

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

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

(DR – II Série, n.º 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de Especialização em
Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

***A Influência da Gestão de Recursos Humanos e Organização do Trabalho
dos Enfermeiros na prática dos cuidados que prestam aos utentes, no
período perioperatório, e o grau de satisfação destes com esses
cuidados***



Dissertação de Mestrado apresentada por: 165 805
DINA MARIA ALMEIDA GAMITO DAMIÃO CLEMENTE

ORIENTADORAS: Professora Doutora Fátima Jorge
Professora Doutora Marta Silvério

ÉVORA
Abril 2008

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

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

(DR – II Série, n.º 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de Especialização em
Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

***A Influência da Gestão de Recursos Humanos e Organização do Trabalho
dos Enfermeiros na prática dos cuidados que prestam aos utentes, no
período perioperatório, e o grau de satisfação destes com esses
cuidados***

Dissertação de Mestrado apresentada por:

DINA MARIA ALMEIDA GAMITO DAMIÃO CLEMENTE

ORIENTADORAS: Professora Doutora Fátima Jorge

Professora Doutora Marta Silvério

ÉVORA

Abril 2008

Ao meu marido e à minha filha

A INFLUÊNCIA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DOS ENFERMEIROS NA PRÁTICA DOS CUIDADOS QUE PRESTAM AOS UTENTES NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO E O GRAU DE SATISFAÇÃO DESTES COM ESSES CUIDADOS

RESUMO

Este estudo subordinado ao tema: “*A influência da Gestão de Recursos Humanos e Organização do trabalho dos Enfermeiros na prática dos cuidados que prestam aos utentes no período perioperatório e o grau de satisfação destes com esses cuidados*”, pretende analisar as percepções de trinta enfermeiros do Bloco Operatório relativamente ao clima, cultura organizacional e políticas de recursos humanos, no Hospital Nossa Senhora do Rosário, E.P.E.. Pretende também avaliar a satisfação de cento e quatro utentes com os cuidados de enfermagem no período perioperatório.

O estudo está dividido em duas fases: a primeira conduz ao desenvolvimento de um estudo empírico, de âmbito exploratório. A segunda fase remete-nos para um estudo descritivo com o recurso a uma análise quantitativa.

Os resultados permitiram verificar que as estratégias de recursos humanos e os modelos de organização do trabalho foram determinantes para as práticas de enfermagem e estas contribuíram para a satisfação dos utentes.

Na continuidade do estudo elaborámos um Plano de Intervenção.

Palavras – chave: Gestão de Recursos Humanos; Organização do Trabalho; Satisfação dos Utentes; Cuidados de Enfermagem Perioperatórios.

THE INFLUENCE OF HUMAN RESOURCES MANAGEMENT AND THE ORGANISATION OF WORK OF NURSING PRACTICE REGARDING CARE GIVEN TO PATIENTS IN THE PERIOD PERISURGERY, AND THE DEGREE OF PATIENTS' SATISFACTION WITH THEIR CARE

ABSTRACT

This study entitled "*The influence of Human Resources Management and the Organisation of Work of nursing practice regarding care given to patients in the period perisurgery, and the degree of patients' satisfaction with their care*" aims to investigate the perceptions of thirty nurses from the Operating Room regarding the climate and organisational culture, and politics of Human Resources Management at Nossa Senhora do Rosario Hospital (Public Entity Enterprise). It also intends to evaluate the satisfaction of one hundred and forty patients regarding their nursing care in the period perisurgery.

This study is divided in two phases. The first leads to the development of an empirical study with an exploratory scope. The second phase leads to a descriptive study using a quantitative analysis.

The results obtained verified that human resources strategies and the models of organisation of work are fundamental to the practice of nursing care, and these contribute for the satisfaction of the patients.

In continuation with our study, we elaborated an Intervention Plan.

Key Words: Management of Human Resources; Organisation of Work; Satisfaction of the Patients; Nursing Care in the Period Perisurgery.

AGRADECIMENTOS

Os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que, de algum modo, contribuíram para a elaboração e concretização deste trabalho de investigação:

- ❖ À Professora Doutora Fátima Jorge manifesto o meu especial apreço, pela sua mestria, ensinamentos, apoio, disponibilidade e paciência demonstradas perante as minhas hesitações e dúvidas ao longo do meu estudo.
- ❖ À Professora Doutora Marta Silvério pelo encorajamento, apoio, competência, empenho, compreensão, correcções, disponibilidade na orientação, discussão e revisão deste trabalho.
- ❖ À Professora Dina Salvador pela sua ajuda, apoio e encorajamento incondicional em momentos menos bons.
- ❖ À Professora Doutora Ester Petrenko, minha querida irmã, pelo apoio e colaboração no trabalho de tradução.
- ❖ Ao Conselho de Administração, por ter permitido a elaboração deste estudo.
- ❖ Aos Directores de Serviço e enfermeiros, das várias especialidades cirúrgicas, pela permissão e colaboração na aplicação do instrumento de recolha de dados aos utentes.
- ❖ À Carla, minha colega e amiga por todo o apoio, ajuda e disponibilidade incondicional que me deu ao longo deste período. O meu sincero OBRIGADO.
- ❖ À Alda, amiga e colega de trabalho por todo o seu apoio e amizade manifestada de uma forma incondicional em todas as fases menos boas do meu percurso de vida.

- ❖ A todos os colegas do meu serviço, por desculparem a minha falta de disponibilidade em momentos que eles necessitavam. São um grupo de trabalho fantástico. O meu especial Agradecimento.

ÍNDICE GERAL

	Pág.
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	XVII
ÍNDICE DE QUADROS.....	XIX
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XX
ABREVIATURAS.....	XXI
INTRODUÇÃO.....	23
1. CONSIDERAÇÕES GERAIS E FUNDAMENTAÇÃO DO TEMA.....	23
2. PROBLEMA EM INVESTIGAÇÃO.....	24
3. FINALIDADE, OBJECTIVOS E METODOLOGIA.....	24
4. DEFINIÇÃO DE CONCEITOS.....	25
5. ORGANIZAÇÃO DA DISSERTAÇÃO.....	26
PARTE CONCEPTUAL	
CAPÍTULO I – GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS.....	31
1.1. DA GESTÃO DE PESSOAL À GESTÃO ESTRATÉGICA DE RECURSOS HUMANOS.....	31
1.2. DIMENSÕES E POLÍTICAS DE GRH.....	34
1.2.1. O Processo de Selecção e Integração dos Colaboradores.....	35
1.2.2. Sistemas de Avaliação do Desempenho.....	37
1.2.3. Formação e Desenvolvimento dos Colaboradores.....	42
1.3. SÍNTESE.....	45
CAPÍTULO II – OS MODELOS DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO COMO UMA VARIÁVEL QUE EMERGE DA CULTURA ORGANIZACIONAL.....	49
2.1. A EVOLUÇÃO DOS MODELOS DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO.....	49
2.1.1. As Abordagens Clássicas.....	49
2.1.2. A Escola das Relações Humanas.....	52
2.1.3. Teoria Geral dos Sistemas e Abordagem Sociotécnica.....	54
2.1.4. Abordagens Contingenciais.....	56
2.2. CULTURA E CLIMA ORGANIZACIONAL.....	58
2.2.1. Clima e Organizacional.....	59
2.2.2. Cultura Organizacional.....	61

2.2.3. Análise das Tipologias de Cultura Organizacional Face ao Desafio dos Novos Modelos de Organização do Trabalho.....	63
2.3. EQUIPAS DE TRABALHO.....	68
2.3.1. Conceito de Grupo de Trabalho/ Equipa.....	69
2.3.2. A Utilização de Grupos e Equipas em Contexto Organizacional.....	70
2.4. SÍNTESE.....	73
CAPÍTULO III – MARKETING DE SERVIÇOS.....	75
3.1. CARACTERÍSTICAS DO MARKETING DE SERVIÇOS.....	75
3.1.1. Sistema de Servuction.....	77
3.1.2. Situação e Papel do Pessoal de Contacto.....	79
3.1.3. Qualidade dos Serviços.....	80
3.2. PERCEPÇÕES DE SATISFAÇÃO.....	86
3.3. SATISFAÇÃO DO UTENTE COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIOS.....	87
3.4. SÍNTESE.....	92
CAPÍTULO IV – CARACTERIZAÇÃO DO BLOCO OPERATÓRIO/ PERÍODO PERIOPERATÓRIO.....	93
4.1. DESCRIÇÃO DO SERVIÇO – BLOCO OPERATÓRIO.....	93
4.1.1. Organização do serviço.....	96
4.1.2. Funções do enfermeiro perioperatório.....	97
4.1.2.1. Funções do enfermeiro de anestesia.....	99
4.1.2.2. Funções do enfermeiro circulante.....	100
4.1.2.3. Funções do enfermeiro instrumentista.....	102
4.1.2.4. Funções do enfermeiro da Unidade de Cuidados Pós Anestésicos.....	103
4.2. PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS NO BLOCO OPERATÓRIO.....	104
4.3. FORMAÇÃO NA ORGANIZAÇÃO.....	106
4.4. SÍNTESE.....	108
PARTE METODOLÓGICA E EMPÍRICA	
CAPÍTULO V – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO.....	113
5.1. CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	113
5.2. PLANO DE INVESTIGAÇÃO.....	114
5.3. INSTRUMENTO DE ANÁLISE.....	115
5.3. 1. 1ª FASE DO ESTUDO – Instrumento de Análise no Estudo com os Enfermeiros.....	115
5.3.1.1. Dimensões em Análise no Estudo com os Enfermeiros.....	115
5.3.2. 2ª FASE DO ESTUDO – Instrumento de Análise do Estudo com os Utentes.....	118
5.3.2.1. Dimensões em Análise na SUCEBO.....	120
5.4. SELECÇÃO DA AMOSTRA.....	123
5.4.1. 1ª FASE DO ESTUDO – Amostra de Enfermeiros.....	123
5.4.2. 2ª FASE DO ESTUDO – Amostra de Utentes.....	123
5.5. TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS.....	124
5.5.1. 1ª FASE DO ESTUDO – Recolha de Dados na Amostra de Enfermeiro.....	127
5.5.2. 2ª FASE DO ESTUDO – Recolha de Dados na Amostra de Utentes.....	127
5.6. TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS.....	128

CAPÍTULO VI – ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS.....	131
6.1. ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS DAS ENTREVISTAS AOS ENFERMEIROS.....	131
6.1.1. Caracterização Individual e Situação Profissional.....	134
6.1.2. Percepções sobre a Cultura Organizacional e do Serviço	139
6.1.2.1. Estudo da Fiabilidade.....	144
6.1.2.2. Análise factorial.....	145
6.1.3. Percepções sobre a organização do trabalho.....	150
6.1.3.1. Estudo da Fiabilidade.....	151
6.1.3.2. Análise factorial.....	151
6.1.4. Percepções sobre a intervenção organizacional.....	152
6.1.4.1. Estudo da Fiabilidade.....	153
6.1.4.2. Análise factorial.....	153
6.1.5. Percepções sobre os cuidados prestados ao utente.....	154
6.1.6. Estudo da relação entre as Dimensões que integram cada Escala (Após Análise Factorial) e as Variáveis Relativas às Percepções sobre os Cuidados Prestados.....	155
6.1.6.1. Percepções sobre a Cultura Organizacional e do Serviço.....	157
6.2. ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS DAS ENTREVISTAS AOS UTENTES.....	158
6.2.1. Caracterização da Amostra.....	159
6.2.1.1. Caracterização Individual e Situação Profissional.....	159
6.2.1.2. Caracterização dos Dados Relativos ao Internamento.....	162
6.2.2. Escala SUCEBO.....	163
6.2.2.1. Dimensão Eficácia na Comunicação (EC)	163
6.2.2.2. Dimensão Utilidade da Informação (UI)	164
6.2.2.3. Dimensão Qualidade no Atendimento (QA)	165
6.2.2.4. Dimensão Prontidão na Assistência (PA)	166
6.2.2.5. Dimensão Manutenção de Ambiente Terapêutico	166
6.2.2.6. Dimensão Controlo e Alívio da Dor Pós Operatória (CAD)	167
6.3. SATISFAÇÃO GERAL: Distribuição de Frequências.....	168
CAPÍTULO VII – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	169
7.1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	169
7.1.1. Discussão dos Resultados – Enfermeiros.....	169
7.1.2. Discussão dos Resultados – Utentes.....	178
CAPÍTULO VIII – CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES.....	181
8.1. CONCLUSÕES DO ESTUDO.....	181
8.2. LIMITAÇÕES.....	182
8.3. SUGESTÕES.....	183
BIBLIOGRAFIA.....	189
ANEXOS.....	201
Anexo I – Correspondência.....	CCIII
Anexo II – Guião da Entrevista aos Enfermeiros.....	CCXI
Anexo III – Questionário aos Utentes.....	CCXXXI

Anexo IV – Tabelas dos Resultados no Estudo com os Enfermeiros.....	CCXLI
Anexo V – Tabelas dos Resultados no Estudo com os Utentes.....	CCLVII
Anexo VI – Suporte Informático dos Resultados do Estudo Em <i>SPSS</i> e em <i>Word</i>.....	CCLXVII

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pag.
Gráfico 1 – Distribuição da Amostra enfermeiros segundo o sexo.....	135
Gráfico 2 – Distribuição da Amostra enfermeiros segundo a idade.....	135
Gráfico 3 – Distribuição da Amostra enfermeiros segundo as Habilitações Literárias.....	136
Gráfico 4 – Distribuição da Amostra enfermeiros segundo a Categoria Profissional.....	136
Gráfico 5 – Distribuição da Amostra enfermeiros segundo o seu Vínculo Contratual.....	137
Gráfico 6 – Distribuição da Amostra enfermeiros segundo o Tempo que Exerce Funções no Bloco.....	137
Gráfico 7 – Distribuição da Amostra enfermeiros segundo o Horário Praticado.....	138
Gráfico 8 – Distribuição da Amostra enfermeiros segundo o Papel que Desempenha no Serviço.....	138
Gráfico 9 – Distribuição da Amostra enfermeiros segundo as Diferentes Áreas.....	139
Gráfico 10 – Distribuição das Variáveis segundo a Satisfação com os Diversos Aspectos do Trabalho Realizado.....	140
Gráfico 11 – Distribuição das Variáveis segundo a Análise dos Valores Organizacionais: importância atribuída pelo serviço.....	140
Gráfico 12 – Distribuição das Variáveis segundo a Análise das Políticas de Recursos Humanos – Gestão do emprego.....	141
Gráfico 13 – Distribuição das Variáveis segundo a Análise das Políticas de Recursos Humanos – Selecção e Integração.....	142
Gráfico 14 – Distribuição das Variáveis segundo a Análise das Políticas de Recursos Humanos – Formação e Desenvolvimento.....	142
Gráfico 15 – Distribuição das Variáveis segundo a Análise das Políticas de Recursos Humanos – Manutenção dos Recursos Humanos.....	143
Gráfico 16 – Distribuição das Variáveis segundo a Análise dos Aspectos Relacionados com a Organização do Trabalho.....	150
Gráfico 17 – Distribuição das Variáveis segundo um Processo de Intervenção Centrado na Eficácia dos Grupos de Trabalho.....	152
Gráfico 18 – Distribuição das Variáveis Relacionadas com as Percepções sobre os Cuidados Prestados aos Utentes.....	154
Gráfico 19 – Distribuição da Amostra utentes segundo o sexo.....	159
Gráfico 20 – Distribuição da Amostra utentes segundo a idade por intervalos.....	160

Gráfico 21 –	Distribuição da Amostra utentes segundo o estado civil.....	160
Gráfico 22 –	Distribuição da Amostra utentes segundo as habilitações literárias.....	161
Gráfico 23 –	Distribuição da Amostra utentes segundo a situação profissional.....	161
Gráfico 24 –	Distribuição da Amostra utentes segundo o serviço de internamento.....	162
Gráfico 25 –	Distribuição da Amostra utentes segundo o tipo de anestesia efectuada.....	162
Gráfico 26 –	Distribuição da Amostra utentes segundo a Dimensão: Eficácia na Comunicação.....	164
Gráfico 27 –	Distribuição da Amostra utentes segundo a Dimensão: Utilidade da Informação.....	164
Gráfico 28 –	Distribuição da Amostra utentes segundo a Dimensão: Qualidade no Atendimento.....	165
Gráfico 29 –	Distribuição da Amostra utentes segundo a Dimensão: Prontidão na Assistência.....	166
Gráfico 30 –	Distribuição da Amostra utentes segundo a Dimensão: Manutenção de Ambiente Terapêutico.....	167
Gráfico 31 –	Distribuição da Amostra utentes segundo a Dimensão: Controlo e Alívio da Dor Pós Operatória.....	167
Gráfico 32 –	Satisfação Geral dos utentes com os cuidados de Enfermagem	168

ÍNDICE DE QUADROS

		Pag.
Quadro – 1	Métodos Tradicionais da Avaliação do Desempenho.....	40
Quadro – 2	Análise de outros valores identificados como importantes para ver reforçados pela organização/bloco.....	141
Quadro – 3	Análise dos pontos fortes identificados na gestão de recursos humanos.....	143
Quadro – 4	Análise dos pontos fracos identificados na gestão de recursos humanos.....	144
Quadro – 5	Análise dos pontos fortes identificados na organização do trabalho.....	150
Quadro – 6	Análise dos pontos fracos identificados na organização do trabalho.....	151
Quadro – 7	Análise dos aspectos identificados como possíveis de serem melhorados no âmbito do trabalho em equipa.....	153
Quadro – 8	Análise das outras dimensões identificadas como importantes e possíveis de serem avaliadas na perspectiva dos utentes.....	155
Quadro – 9	Análise do teste de <i>Kolmogorov – Smirnov</i>	156
Quadro – 10	Análise das associações entre as dimensões que avaliam o grau de satisfação dos utentes com a gestão do emprego.....	157
Quadro – 11	Análise das associações entre as dimensões que avaliam o grau de satisfação dos utentes com a formação e desenvolvimento.....	158

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 – Modelo dos Valores Contrastantes de Quinn e Colaboradores.....	65

ABREVIATURAS

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses.

AORN – Association of Perioperative Registered Nurses.

B.O. – Bloco Operatório.

CRM – Customer Relationship Management.

D.O. – Desenvolvimento Organizacional.

EORNA – European Operating Room Nurses Association.

E.P.E – Entidade Pública Empresarial.

G.E.R.H. – Gestão Estratégica de Recursos Humanos.

G.R.H. – Gestão de Recursos Humanos.

H.N.S.R., E.P.E. – Hospital Nossa Senhora do Rosário, E.P.E., Barreiro

i.e. – isto é.

KMO – *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy*

N – População

R.H. – Recursos Humanos.

S.N.S. – Serviço Nacional de Saúde

SUCEH- Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem no Hospital

U.C.I. – Unidade de Cuidados Intensivos

U.C.P.A. – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos.

INTRODUÇÃO

1. CONSIDERAÇÕES GERAIS E FUNDAMENTAÇÃO DO TEMA

A investigação desenvolvida centra-se no âmbito das Políticas de Administração e Gestão dos Serviços de Saúde e decorre em torno do tema *A influência da Gestão de Recursos Humanos e Organização do trabalho dos Enfermeiros na prática dos cuidados que prestam aos utentes no período perioperatório e o grau de satisfação destes com esses cuidados.*

A garantia da Qualidade é a actual preocupação nacional e internacional que implica não só os profissionais, mas também a comunidade e responsáveis políticos. A melhoria contínua da qualidade, inclui prestar e manter serviços e/ou produtos de elevada qualidade centrados no querer dos clientes.

Pretendemos, assim, com este estudo, perceber de que forma os modelos de Gestão dos Recursos Humanos e de Organização do Trabalho dos enfermeiros influenciam a prática dos cuidados que estes profissionais prestam aos utentes no Bloco Operatório. No sentido de avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes no B.O., procedemos à aplicação de um questionário com a finalidade de aferir a satisfação dos utentes em relação a esses cuidados. Finalmente apresentaremos um plano de intervenção com base nos resultados deste estudo.

Os serviços não podem ser dissociados dos seus prestadores e os próprios clientes estão muitas vezes envolvidos no desempenho dos serviços. Além disso muitos dos serviços disponibilizados são consumidos no momento da produção, não podendo ser possuídos nem armazenados pois não existem fora do processo de produção/prestação. Na perspectiva da “qualidade” leva-nos a dizer que o facto de um serviço ser um “desempenho” de consumo imediato, significa que tem de ser “produzido” bem à primeira no momento da entrega, uma vez entregue qualquer correcção é impossível.

2. PROBLEMA EM INVESTIGAÇÃO

Com base no descrito, pretendemos perceber de que forma os modelos de Gestão dos Recursos Humanos e de Organização do Trabalho dos enfermeiros influenciam a prática dos cuidados que estes profissionais prestam aos utentes no Bloco Operatório. Em articulação com o problema, e no sentido de o operacionalizar, definimos a seguinte questão para investigação:

Que dimensões de G.R.H. e de Organização do Trabalho influenciam a prática dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes no período perioperatório e qual o grau de satisfação destes com esses cuidados?

3. FINALIDADE, OBJECTIVOS E METODOLOGIA

Esta investigação teve como finalidade, aprofundar o conhecimento sobre as dimensões de G.R.H. e de Organização do Trabalho que influenciam a prática dos cuidados de enfermagem prestados, aos utentes, no período perioperatório, dando para isso, a conhecer o papel destes profissionais. No sentido de avaliar a percepção que os utentes têm dos cuidados recebidos, procedemos à aplicação de um questionário de *satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no B.O.*, tendo presente a importância que esta matéria poderá ter como indicador de qualidade na assistência de enfermagem, durante este período.

Mais especificamente, estabelecemos três objectivos:

- Analisar as percepções dos profissionais de enfermagem do B.O. relativamente ao clima e cultura organizacional, bem como às principais dimensões e políticas de G.R.H. implementadas no Hospital Nossa Senhora do Rosário, E.P.E. (H.N.S.R., E.P.E.);
- Avaliar as percepções dos enfermeiros relativamente às dimensões que procuram medir a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no B.O.;
- Avaliar a satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem prestados no período perioperatório.

A metodologia utilizada envolveu duas fases. A primeira fase conduziu-nos ao desenvolvimento de um estudo empírico, de âmbito exploratório, aos enfermeiros para percebermos, dentro das suas funções, quais os factores que consideravam importantes na influência do grau de satisfação dos utentes.

A segunda fase conduziu-nos à aplicação de um questionário, para avaliar o grau de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem prestados no B.O., através do desenvolvimento de um estudo descritivo com uma análise de natureza quantitativa.

4. DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

Bloco Operatório – É uma unidade funcional autónoma, constituída por meios técnicos, materiais e humanos que estão, vocacionados para prestar cuidados anestésicos/cirúrgicos especializados, a doentes parcial ou totalmente dependentes, com o objectivo de melhorar a sua qualidade de vida.

É constituído por um conjunto de salas operações, num espaço imobiliário comum e funcionam de uma forma autónoma. (Adaptado da AESOP, 2006).

Sala de Operações – É a unidade imobiliária composta por mobiliário que se destina às intervenções cirúrgicas. (Adaptado da AESOP, 2006).

UCPA – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos. É uma unidade, composta por equipamentos específicos e pessoal com competências para prestarem cuidados pós anestésicos operatórios imediatos. (Adaptado da AESOP, 2006).

Período perioperatório – É o período que engloba as três fases da experiência cirúrgica: pré – operatório (antes da cirurgia), intra – operatório (durante a cirurgia) e pós-operatório (após a cirurgia). (Adaptado da AESOP, 2006).

Cuidados de Enfermagem Perioperatórios – “*Consistem em todas as actividades de enfermagem desempenhadas pelo profissional de enfermagem durante as fases pré, intra e pós operatórias da experiência cirúrgica do doente*” (Adaptado da AESOP, 2006).



Gestão de Recursos Humanos – Conjunto de actividades destinadas a dotar as organizações de um sistema de recursos humanos adequado ao prosseguimento dos seus objectivos.

Cultura Organizacional – Componente do sistema social que se manifesta no modo de vida e nos artefactos, um todo complexo no qual se inclui o saber, a crença, a arte, a moral, a lei, os costumes, os hábitos.

Organização do Trabalho – Conjunto de experiências e de outras iniciativas em geral de origem patronal, diversificadas no tempo e no espaço, tendo por objecto a reorganização do trabalho e a participação dos trabalhadores na gestão da empresa.

Marketing de Serviços – É uma área de eleição para estratégias de diferenciação, ou quem sabe, o desencadear de uma nova era em matéria de relacionamento entre clientes e fornecedores, entre consumidores e produtores.

5. ORGANIZAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

A dissertação, para além da Introdução e das Conclusões, Limitações e Sugestões, apresenta duas partes organizadas por Capítulos.

Na INTRODUÇÃO fundamentamos o tema em estudo, mencionando o problema em investigação, bem como os seus objectivos e sua importância. Ainda definimos os conceitos-chave.

A primeira parte compreende a PARTE CONCEPTUAL que consiste no quadro teórico do nosso estudo. Esta parte integra quatro capítulos onde são explicitados os conceitos e construída a nossa argumentação. Estes capítulos estão estruturados da seguinte forma:

CAPÍTULO I – GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

Constitui uma abordagem da G.R.H., que as organizações realizam, em que através do *Planeamento de Recursos Humanos*, a organização decide do sistema humano que necessita para atingir os seus objectivos.

CAPÍTULO II – OS MODELOS DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO COMO UMA VARIÁVEL QUE EMERGE DA CULTURA ORGANIZACIONAL

Abordámos a evolução dos modelos de organização do trabalho, a importância dos grupos de trabalho e do trabalho em equipa. Destacamos o contributo do clima e da cultura organizacional para a compreensão do funcionamento organizacional. Fazemos uma análise das tipologias de cultura organizacional face ao desafio dos novos modelos de organização do trabalho.

CAPÍTULO III – MARKETING DE SERVIÇOS

Pretendemos, neste capítulo, definir conceitos e características do marketing de serviços. Abordamos a importância dos recursos humanos na prestação e controlo da qualidade durante e após o consumo dos serviços e a forma de avaliação da qualidade dos serviços. Falámos da medição da satisfação dos clientes nos serviços, suas necessidades e expectativas, como forma das organizações identificarem e aferirem a sua *performance* perante os consumidores quando prestam qualquer tipo de serviços. Abordámos a subjectividade do conceito de satisfação de cliente, os factores que a influenciam e as diferentes formas como a satisfação é percebida e avaliada.

CAPÍTULO IV – O UTENTE NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO

Neste capítulo vamos abordar a perspectiva de satisfação do utente no âmbito da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no período perioperatório, definir o conceito e as funções de enfermeiro perioperatório, descrever o B. O. do Hospital em estudo e a forma como este se encontra organizado.

A segunda parte tem dois capítulos e aborda toda a investigação empírica realizada para este estudo. A sua estrutura é a seguinte:

CAPÍTULO V – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Descrevemos a metodologia seguida na investigação, englobando o desenho de pesquisa, a descrição e fundamentação da construção dos instrumentos de análise, bem como a sua validação. Apresentamos os processos para a análise e tratamento dos dados.

CAPÍTULO VI – ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Apresentamos os resultados estatísticos da primeira e segunda fase do estudo.

CAPÍTULO VII – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Efectuamos uma análise dos resultados estatísticos referentes à primeira e segunda fase do estudo, procurando salientar os resultados mais relevantes e a forma como estes contribuíram para atingir os objectivos delineados e responder à nossa questão de investigação.

CAPÍTULO VIII – CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES SUGESTÕES

Apontamos algumas conclusões gerais inferidas da análise realizada neste trabalho, as implicações organizacionais da investigação para a melhoria da qualidade dos cuidados a prestar pelos profissionais de enfermagem do B.O., aos utentes. Serão também relatadas as limitações encontradas durante a realização deste estudo. As sugestões que fazemos, são resultantes do estudo efectuado, tendo como principal finalidade a criação de instrumentos operacionais, que possam de uma forma eficaz, contribuir para o aumento das expectativas dos utentes em relação às instituições de saúde.

PARTE CONCEPTUAL

CAPÍTULO I – GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

A expressão *Recursos Humanos*, no contexto das organizações, surgiu na segunda metade do século XX, designando uma função organizacional constituída por um conjunto de actividades destinadas a dotar as organizações de um sistema de recursos humanos conveniente à prossecução dos seus objectivos. Mas como, em princípio, as organizações não existem sem pessoas, podemos afirmar que esta função sempre existiu desde a existência das organizações, assumindo diferentes formas e designações que foram evoluindo ao longo do tempo (Tavares, 2006).

1.1. DA GESTÃO DE PESSOAL À GESTÃO ESTRATÉGICA DE RECURSOS HUMANOS

Segundo Tavares (2006), as primeiras designações para a função organizacional de tratamento dos meios humanos em quase todo o mundo era a expressão *Administração de Pessoal* e depois *Gestão do Pessoal*. Estas expressões, definem a forma como os trabalhadores foram tratados e valorizados pelas organizações durante as primeiras décadas do século passado.

Ainda segundo o mesmo autor, o termo *pessoal*, era atribuído, nesta época, aos trabalhadores, os quais eram considerados como um colectivo de pessoas com características mais ou menos homogéneas, pouco qualificadas, a quem eram atribuídas determinadas tarefas rotineiras e qualquer opinião, mesmo sobre o seu próprio trabalho, era-lhes vedado.

Neste período, as organizações tiveram de desenvolver actividades, enumeradas por Fayol como: planear, organizar, dirigir, coordenar e controlar. O termo *administração* foi atribuído a este conjunto de actividades. Se associarmos este termo aos trabalhadores, a função *Administração de Pessoal*, será a aplicação dessas actividades, de forma a obter profissionais adaptados ao trabalho e conseguir, através dos mesmos, resultados de produção elevados (*ibid.*).

Verificamos que a adaptação ao trabalho e a produtividade foram, neste período, os principais objectivos das administrações de pessoal. Estes objectivos levaram ao

desenvolvimento de actividades como a *contratação*, as *remunerações* na representação de salários, *formação* simples no contexto das suas tarefas e a *disciplina* (*ibidem*).

Segundo Ulrich (2000), na década de 50 foi dada somente importância às relações laborais, ao recrutamento e selecção de pessoal e à formação.

Dentro da mesma ideia, Kathryn McKee, citada por Brewster, C. *et al.* (2003) refere que entre a década de 40 e 50, o principal enfoque dos Recursos Humanos era de natureza administrativa. A base do seu trabalho era a avaliação de contratos colectivos, registo manual de informações, contratação e pagamento ao pessoal.

Segundo Tavares (2006), a partir do meio do século passado, o termo *Administração* foi substituído pelo termo *Gestão*, expressando, contudo, o mesmo conjunto de actividades consideradas, por Fayol e atrás já referidas, para a função administrativa.

Para os trabalhadores, passou a utilizar-se a expressão *Gestão de Pessoal*, para definir o conjunto de actividades relacionadas com a direcção dos trabalhadores, passando a *Gestão do Pessoal* a ser considerada uma vertente da gestão das organizações, tal como a *Gestão Financeira*, *Gestão Comercial* (*ibid.*).

O conceito *Gestão do Pessoal* passou a exprimir uma nova forma de olhar para os trabalhadores por parte das organizações. Os profissionais passaram a ter mais qualificações do que no início do século passado, o que levou a uma mudança, por parte destas, na forma de os obter e de os colocar a trabalhar. A complexidade dos equipamentos também influenciou a necessidade de escolher profissionais melhor preparados e motivados de forma a desempenharem as suas funções com mais autonomia.

Nas décadas de 60 e 70, foi dado maior ênfase aos problemas relacionados com a regulamentação e legislação laborais, processos de gestão de remunerações, a benefícios sociais e avaliação (Ceitil, 2006).

As actividades que passaram a integrar a função *Gestão do Pessoal* aumentaram, passando a fazer parte delas, *o planeamento de recursos humanos*, *o planeamento de carreiras*, *a gestão de quadros*, *a avaliação do desempenho*, *a segurança e higiene*, *a contratação colectiva*, *a análise e qualificação de funções*, *a gestão de salários* e *benefícios sociais*, *a informação e comunicação*, etc. (Tavares, 2006:61).

Foi a partir da década de 80 que surge a expressão *Gestão de Recursos Humanos* para substituir a anterior função organizacional e que prevalece durante toda a segunda metade do século passado (*ibid.*).

Os trabalhadores, passaram a ter uma nova designação – *recurso* –, o que demonstra que foram colocados ao nível dos demais recursos organizacionais, como: matérias-primas, recursos financeiros, tecnologia, informação, considerados como fonte de vantagem competitiva.

Dada à elevada competição existente entre as organizações, neste fim de século, levou a uma luta competitiva de forma sustentada, que passou pelo estabelecimento de objectivos de acordo com as necessidades do mercado e com o desenvolvimento de estratégias adequadas a essas necessidades.

As organizações entraram numa nova era da Gestão Estratégica cujos princípios se reflectiram na gestão de recursos humanos. Como tal, foi acrescentada à designação Gestão de Recursos Humanos o adjectivo estratégico (não houve alteração na designação dos serviços, somente na literatura e na sua acção), passando então a usar-se a expressão *Gestão Estratégica de Recursos Humanos* (G.E.R.H.). Os recursos humanos saíram valorizados desta evolução pois tornaram-se como os verdadeiros elementos capazes de trazer vantagem competitiva de uma forma sustentada para a organização.

Segundo Tavares (2006), mais recentemente surgiu uma nova designação para falar da função de gestão dos trabalhadores, sobretudo, segundo o mesmo autor, ao nível literário e não ao nível dos serviços. Esta nova expressão designa-se por *Gestão de Pessoas*.

Esta designação não se reduz a uma “moda” linguística, mas pretende dar ênfase ao papel do ser humano na actividade produtiva, a qual, não pode nem é comparável, a qualquer outro tipo de recurso. Segundo esta corrente mais humanista e menos economicista o trabalhador deve ser encarado como uma pessoa, com características, necessidades e funções, para além das de carácter económico. É o único recurso inteligente e criativo, dotado de sentimentos, (outrora, segundo o espírito da gestão científica, deveriam ser banidos e ignorados do mundo do trabalho), tão importantes como a sua dimensão racional e com um reflexo tão positivo na sua actividade profissional. É dotado de vontade própria, o que o pode levar a decidir ficar ou abandonar a organização, transportando consigo o seu saber que deixa de ser propriedade da mesma e esta não o pode tirar (Tavares 2006).

Neste contexto, as tão valorizadas estratégias de recursos humanos, sobretudo, as de longo prazo, passam para um plano secundário, dado que existem outro tipo de necessidades mais importantes e imediatas, tais como levar cada pessoa a ter

comportamentos e práticas profissionais com valor acrescentado, efectivo e imediato, que levem à concretização dos objectivos, mais pertinentes da organização (Ceitil, 2006). Ainda, segundo o mesmo autor, é possível afirmar que o principal foco de incidência da actual e futura gestão de recursos humanos, será no delinear dos meios e processos para que cada pessoa, venha a tornar-se o mais rapidamente possível num recurso humano estratégico para a organização.

A transformação de paradigmas na gestão de recursos humanos pode produzir efeitos menos positivos, se não estiverem reunidas algumas condições, nomeadamente ao nível do ensino, no que diz respeito à capacidade de formar alunos com qualificações, que permitam que estes rapidamente se enquadrem com sucesso nas empresas.

1.2. DIMENSÕES E POLÍTICAS DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

Segundo Neves (2000), a estratégia do negócio e a cultura organizacional são os factores mais frequentemente referidos na literatura, como tendo uma enorme influência na explicitação, formulação e evolução da ideia de G.R.H..

O mesmo autor, questiona, na base da explicitação da ideia de G.R.H., a existência de um ou vários modelos, referindo que a principal dificuldade na resposta a esta questão resulta da escassa investigação empírica neste domínio e no conhecimento demasiado impressionista da realidade, o qual assenta numa diversidade de modelos (descritivos, prescritivos e analíticos) de G.R.H.. Por isso, a dificuldade em delimitar conceptualmente as práticas de gestão, quer em termos de dimensões, quer em termos dos respectivos conteúdos.

Da análise aos manuais de G.R.H., Neves (*ibid.*), refere que existem um conjunto de teorias a propósito do modo de funcionamento das organizações, dos grupos e dos indivíduos bem como um conjunto de métodos apelidados de G.R.H., relacionados com as pessoas na organização, quer de uma forma directa, quer de uma forma indirecta. As dimensões mais referidas, são o recrutamento e a selecção, a formação, a remuneração, as relações sociais, a higiene e segurança, a análise e descrição de funções, a avaliação do desempenho, a comunicação e a integração, a gestão de carreiras, o planeamento de efectivos, o balanço social, a gestão administrativa e jurídica, etc. Estas dimensões, estruturadas na base de escolas do pensamento, fornecem os alicerces teóricos para a

construção de representações e dimensões da G.R.H.. Das dimensões atrás referidas vamos abordar no nosso estudo o processo de selecção e integração dos colaboradores, os sistemas de avaliação do desempenho, a formação e desenvolvimento dos colaboradores.

1.2.1. O PROCESSO DE SELECÇÃO E INTEGRAÇÃO DOS COLABORADORES

A utilização de técnicas e práticas pouco criteriosas, massificadas, feitas de uma forma pouco profissional e por isso muitas vezes erradas e olhadas com desconfiança, no passado, actualmente o recrutamento e a selecção de “ pessoal “ não se compadecem de uma actuação sem exigências e sem visão estratégica global (Rocha, 2006). O mesmo autor, refere que hoje em dia é vulgar gestores de empresas europeias reconhecerem, que a sobrevivência destas depende da qualificação dos seus trabalhadores e como tal a gestão dos seus R.H. exige uma rigorosa e específica direcção do esforço, a curto e a médio prazo, para alcançar esse objectivo.

O recrutamento e a selecção têm como principal objectivo municiar a organização com os recursos de natureza humana mais adequados ao bom funcionamento da mesma (Rocha, 2006).

O autor, ainda refere, que embora os processos de recrutamento e selecção tenham a ver com a atracção, identificação, avaliação e escolha dos candidatos aos postos de trabalho a ocupar e como tal focalize a escolha na recolha de informação sobre a pessoa, contrariamente à orientação que tem como principal objectivo a adequação de uma determinada pessoa a um dado posto, tendo em consideração as suas potencialidades e desejos, estes dois aspectos, são vistos actualmente como complementos do mesmo processo. Actualmente tenta-se adequar as preferências dos candidatos às características do posto de trabalho e da organização cientes, como diz Weick, K. (1996) citado por Rocha (2006), de que as ideias que as pessoas têm influenciam o trabalho nas organizações, i.e., uma perspectiva em função da pessoa, contrariamente a uma visão mais restritiva que se preocupa em avaliar e adequar os conhecimentos, aptidões, habilidades e atitudes da pessoa às exigências dos postos de trabalho, ou seja, uma actuação em função do trabalho.

Num processo de selecção e orientação para que se actue com o objectivo de procurar a maior eficácia, o gestor de R.H. necessita de diversas informações relativas à pessoa a escolher (conhecimentos, habilidades, preferências, aptidões, interesses, traços de Personalidade, ou seja, os chamados predisposers de comportamento futuros), ao posto de trabalho a preencher (exigências físicas, aspectos ergonómicos, condições ambientais de trabalho, psicológicas, relacionais, psicomotoras, intelectuais, atitudinais) e à organização onde se situa esse trabalho (normas, regulamentos, cultura, mercado de trabalho externo, estratégias, concorrência, liderança).

Só na posse de toda a informação e com o conhecimento de todos os instrumentos e qualidades o gestor de R.H. poderá elaborar um plano de selecção para determinado posto de trabalho/função com a probabilidade da escolha se efectuar com sucesso. Ainda assim, a possibilidade de sucesso nunca é absoluta, quando se tem que ajuizar com o maior rigor entre os dois critérios – o ideal e o real.

A selecção deve fundamentalmente contribuir para os objectivos da organização, dispondo de profissionais com qualificações de modo a obter altos níveis de rendimento, assegurar-se de que haja retorno económico ou social do investimento feito nas pessoas ao serem contratadas, i.e., que o processo seja rentável, conseguir que no processo de integração que se segue à contratação, as pessoas obtenham satisfação dos seus interesses e a organização encontre satisfação para as suas necessidades.

Segundo Chiavenato (1994), à medida que as pessoas ingressam nas organizações, precisam ser integradas nos seus papéis, através da *socialização organizacional*. O autor define socialização organizacional como uma interacção entre um sistema social e os novos membros que ingressam na organização; como um conjunto de processos, através dos quais os novos membros aprendem o sistema de valores, as normas e os padrões de comportamentos exigidos pela organização. Esta aprendizagem específica é imprescindível para se tornar membro da organização. O autor refere que este processo de *socialização organizacional* também é conhecido como programa de *integração de novos empregados*.

Outros aspectos decorrentes da socialização, como a implicação no trabalho, o grau de identificação e a sua activa participação são aspectos importantes para o bem-estar dos trabalhadores dentro da organização e para o funcionamento organizacional (Rocha, 2006). Ainda segundo o autor, a cooperação que caracteriza a orientação da pessoa para a organização em termos de lealdade, envolvimento e identificação são tão importantes

para o indivíduo como para a organização. Uma boa socialização pode ser a chave para a realidade destas variáveis.

1.2.2. SISTEMAS DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO

Os métodos de avaliação têm sofrido alterações, no sentido de reduzir os erros, reforçar o princípio de validade das avaliações e permitir uma aceitação crítica por parte dos colaboradores. Actualmente, a gestão de desempenho tem-se centrado mais na gestão de objectivos e das próprias competências. O papel, outrora, passivo dos colaboradores deu lugar a um papel activo, no qual o colaborador, em conjunto com a chefia, estabelece os objectivos e analisa o seu desempenho no processo de avaliação (Duarte, 2006).

A avaliação do desempenho é um processo pelo qual uma organização mede a eficácia e eficiência dos seus colaboradores. Este processo serve como ferramenta de auditoria e controlo da contribuição dos participantes para o lucro organizacional (Duarte, 2006).

A autora refere, ainda, que a avaliação de desempenho é um processo estratégico, que pode servir de instrumento de gestão, de forma a permitir medir o desempenho dirigido para objectivos individuais, grupais e organizacionais específicos.

Segundo Câmara *et al.* (2005), os sistemas de avaliação do desempenho são uma ferramenta crucial no conjunto de ferramentas da gestão de recursos humanos. As consequências que dela advêm são importantes para a retenção, motivação e desenvolvimento dos avaliados.

Para Chiavenato (1991) citado por Duarte (2006:192), a avaliação do desempenho é uma observação sistemática do indivíduo no seu cargo e do seu potencial desenvolvimento, contribuindo para fornecer aos colaboradores informações sobre o seu desempenho, para que possam aperfeiçoá-lo sem, contudo, perderem a motivação e independência na realização do seu trabalho.

Este processo não constitui uma técnica de modificação do comportamento, devendo ser considerado como um instrumento de levantamento e análise de dados que caracterizam as condições dentro da organização, que estejam, num dado momento, a dificultar ou a impedir o adequado aproveitamento dos seus R.H.. É um instrumento que deve retratar o comportamento do indivíduo em situação de trabalho (Duarte, 2006).

Quando as organizações implementam um processo de avaliação de desempenho têm determinados objectivos que pretendem atingir. Segundo Jacob *et al.* (1980), citado por Duarte (2006:193), o primeiro aspecto a ter em conta para compreender um sistema de avaliação de desempenho é perceber quais são os objectivos que a organização pretende alcançar com a implementação deste sistema.

Câmara *et al.* (2005), referem que uma organização quando utiliza um sistema de avaliação, fá-lo em função de objectivos claramente definidos, em que todos os avaliados têm conhecimento do que esperam deles, quais os parâmetros de avaliação e a calendarização dos resultados.

McGregor (1957), citado por Duarte (2006), refere que as organizações ao pretenderem implementar um sistema de avaliação de desempenho têm como objectivos satisfazer necessidades quer dos indivíduos quer da própria organização. Estas necessidades, em relação aos indivíduos, permite ao avaliado ter conhecimento da apreciação feita ao seu desempenho e ao avaliador tecer considerações em relação ao percurso profissional do mesmo e permite à organização, em termos administrativos, tomar decisões aos níveis, da mobilidade dos profissionais, remuneratórios e outros.

Mas compatibilizar os objectivos das pessoas e da organização nem sempre é tarefa fácil. À priori é evidente que avaliadores e avaliados têm conhecimento da sua importância na melhoria dos desempenhos da organização, mas em relação à avaliação do desempenho há sempre uma posição de ambivalência. Por vezes, o avaliado espera do avaliador que tenha uma perspectiva muito boa da sua pessoa. O avaliador, por seu lado, tem a noção da eventual degradação nas relações, com os seus subordinados, que possam advir dos resultados da avaliação.

Os objectivos da avaliação são os primeiros elementos a serem determinados num sistema de avaliação de desempenho. A sua fixação não deve ser efectuada unilateralmente, isto é, do topo para a base, mas antes negociada com o avaliado Câmara *et al.* (2005).

Segundo Murphy & Cleveland (1995), citado por Duarte (2006), os objectivos de avaliação de desempenho podem sistematizar-se da seguinte forma:

- Dirigidos para as tarefas, utilizados para manter e melhorar os níveis de desempenho dos avaliados e prepará-los para desafios futuros;
- Interpessoais, utilizados para manter ou melhorar as relações interpessoais entre avaliadores e avaliados;
- Estratégicos, pretendem aumentar a sua reputação ou da equipa de trabalho;

- Internos, relacionados com o facto do avaliador realizarem a avaliação de uma forma exacta e interessada o que leva a um reforço dos seus valores e crenças em relação ao processo de avaliação.

O objectivo último do sistema é orientar a actividade profissional no sentido duma melhoria contínua do desempenho individual, com conseqüente melhoria dos resultados globais da empresa onde está inserido.

O sistema de avaliação de desempenho não se limita aos instrumentos de avaliação, mas integra um conjunto de três componentes que se interligam de uma forma dinâmica, que são: objectivos, instrumentos e procedimentos (Caetano, 1996).

Existem, por vezes, algumas discrepâncias entre os objectivos e instrumentos utilizados na avaliação, o que poderá traduzir perda de eficácia do processo. Contudo, isto não significa, que esteja em causa a qualidade psicométrica do instrumento. A este respeito Caetano (1996), afirma que os métodos centrados nos comportamentos e os que se baseiam nos resultados, mostram-se mais adequados para dar *feedback* ao avaliado, tendo como finalidade o seu desenvolvimento profissional e para elaborar programas de formação, sendo assim coerentes com objectivos de desenvolvimento individual de manutenção e desenvolvimento da organização. Os instrumentos centrados na personalidade, bem como os que se baseiam na comparação com os pares, são consistentes com os objectivos de gestão de remunerações.

Segundo Duarte (2006), dada as múltiplas finalidades da avaliação de desempenho, não se pode considerar um método de avaliação como sendo globalmente melhor.

Coloca-se então o problema aos gestores, de selecção do método mais adequado de avaliação de desempenho a cada situação, considerando o seguinte:

- Características específicas do ambiente externo e da própria organização, tais como tecnologia, características da organização e características dos indivíduos que podem influenciar a *performance* incluindo aptidões específicas, capacidades e nível motivacional;

- Conjunto de comportamentos relevantes, dimensões do desempenho tendo em conta a organização e os indivíduos;

- Conjunto de objectivos a serem atingidos a nível global, departamental e individual.

O autor refere, que um conjunto de investigadores examinou o processo de avaliação de desempenho com o objectivo de o tornar mais fiável e válido. Dividiram, então os

métodos de avaliação mais utilizados em duas categorias: métodos de avaliação tradicionais e os métodos de avaliação por objectivos e competências.

Quadro 1 – Métodos Tradicionais de Avaliação de Desempenho

Métodos	Avaliação baseada em:
Escala Gráfica	Avalia o desempenho dos colaboradores através de factores previamente definidos e graduados.
Escolha Forçada	Avalia o desempenho dos colaboradores por intermédio de frases descritivas de determinadas alternativas de tipos de desempenho individual.
Pesquisa de campo	Um especialista em Avaliação de Desempenho vai entrevistar a chefia sobre o desempenho dos seus subordinados.
Incidentes Críticos	A chefia directa observa e regista os factos excepcionalmente positivos e negativos referentes ao desempenho dos seus subordinados.
Comparação por Pares	Compara os colaboradores dois a dois, registando aquele que é considerado melhor, tendo como base o seu desempenho.
Frases Descritivas	O avaliador assinala apenas as frases que caracterizam o desempenho do subordinado (sinal “+” ou “s”) e as que demonstram o oposto de seu desempenho (sinal “-“ ou “n”).
Mistos	Comum nas organizações com cargos muito complexos. Recorrem a uma mistura de métodos na elaboração do modelo de Avaliação de Desempenho.
Centrados nos Resultados	Comparação periódica entre os resultados esperados para cada colaborador e os resultados efectivamente alcançados.

Fonte: adaptado de DUARTE (2006)

A subjectividade do processo de avaliação pode ser atribuído a várias causas: o julgamento, os avaliadores, o processo, a política da organização e a inflexibilidade do método. A maioria apresenta baixa objectividade, provocando efeitos negativos.

A gestão por objectivos baseia-se numa validação periódica entre os objectivos esperados, para cada colaborador, e os resultados efectivamente alcançados. As conclusões dos resultados permitem a identificação dos pontos fortes e fracos do colaborador, bem como as medidas necessárias a implementar no próximo período de avaliação (Duarte, 2006).

Neste método de avaliação o gestor e colaborador negoceiam os objectivos de desempenho do colaborador, para um determinado período de tempo, tendo como base os objectivos departamentais e globais.

Os objectivos devem ser específicos, mensuráveis, alcançáveis, relevantes, calendarizados e estarem alinhados com os objectivos organizacionais.¹

¹ Específicos (*Specific*) – os objectivos devem ser claros quanto aos resultados. Os verbos a usar devem ser do tipo “fazer”, “reduzir”, de forma a ajudar na descrição da acção e do resultado.

A Gestão por Competências é um sistema que, segundo Duarte (2006), procura estimular os colaboradores na gestão das suas competências profissionais. A competência, segundo a autora (2006:203), “é a produção de uma *performance*, um processo que produz a *performance* e a produção regular de uma *performance*”. Estas competências são entendidas como os conhecimentos, capacidades e características pessoais que distinguem um profissional de alto desempenho dos de desempenho regular numa determinada função. A gestão baseada em competências é uma ferramenta importante na identificação das competências essenciais, as habilidades e conhecimentos determinantes da eficácia profissional, as falhas de qualificação para determinadas tarefas específicas e fornece os recursos para aperfeiçoar as suas competências. O resultado deste processo é possuímos um quadro de colaboradores mais produtivos e com mais talento. No entanto a percepção, da chefia sobre o colaborador é que define a competência do mesmo, na maior parte das situações (*ibid.*).

Relativamente à problemática do “*quem avalia quem*”, normalmente o avaliador é a chefia imediata do avaliado. Neste facto, existe uma ausência de reciprocidade nas relações interpessoais.

Caetano (1996), afirma que esta situação se prende, por um lado, com a estrutura hierárquica da maioria das organizações que reforça o direito dos supervisores a avaliarem os seus subordinados, gerindo da melhor forma as recompensas e penalizações. Por outro lado, na perspectiva taylorista, são eles que melhores condições têm para observar e apreciar o desempenho dos seus subordinados. Este tipo de avaliação, embora legítima, não está isenta de enviesamentos e subjectividade de vária ordem.

São quatro as fontes de avaliação do desempenho na perspectiva de Caetano (1996):

- Chefe imediato
- Subordinado
- Os pares do subordinado e
- Autoavaliação

Mensuráveis (*Measurable*) – os objectivos devem incluir critérios da sua mensuração: quantitativos (número de eficiência, taxas, desperdícios e outras); qualitativos (desvios face ao padrão, número de reclamações); custo (gastos, lucro, preços, gastos em horas extras); tempo (atrasos nas entregas face aos prazos acordados).

Alcançáveis (*Relevant*) – os objectivos devem estar relacionados com a especificidade do colaborador e com as suas tarefas.

Calendarizados (*Time-bound*) – deverão existir marcos temporais que se esperam alcançar durante o ano (Duarte, 2006).

Através da avaliação de desempenho devem ser apuradas as diferenças entre o estágio actual dos R. H. e o estágio que permitirá à organização efectuar o seu Plano de Negócios. A diferença entre o estágio de conhecimento disponível e o necessário, consiste nas necessidades de formação (Câmara, 2005).

1.2.3. FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DOS COLABORADORES

“Mais importante do que pensar em formar (...) é reflectir sobre o modo como ele próprio (adulto) se forma (...) A formação é sempre um processo de transformação individual, na tripla dimensão do saber (conhecimento), do saber-fazer (capacidades), e do saber-ser (atitudes) (...). A formação faz-se na “produção” e não só no consumo do saber (...).”

(NÓVOA, 1998)

Para Câmara (2005:415):

“ (...) a formação é um processo, formal ou informal, de aquisição de conhecimentos ou adopção de atitudes e comportamentos, com relevância para a actividade no cargo e para o desenvolvimento pessoal e organizacional”.

Os termos “formação” e “aprendizagem” são normalmente utilizados como sinónimos, como refere Ceitil (2006:33), ou surgem muitas vezes associadas no âmbito da gestão de recursos humanos. O autor afirma que, além destas duas realidades não serem indissociáveis, identificam perspectivas substancialmente diferentes no que diz respeito à forma de pensar e gerir os processos relativos à promoção da produtividade organizacional, através do desenvolvimento de competências dos seus colaboradores dessas organizações.

O termo “formação” diz respeito ao conjunto dos dispositivos, institucionais, organizacionais, organizativos e metodológicos, que são disponibilizados para a realização das acções de formação, qualquer que seja a sua natureza. A aprendizagem, pode ser definida como “uma mudança relativamente permanente nas cognições, nos comportamentos, nos afectos e, inclusivamente, nas atitudes das pessoas, como

resultante dos processos de interacção dessas pessoas com os seus diferentes contextos de vida” (Desimore *et al.*, 2002), citados por Ceitil (2006:33).

O principal objectivo da formação é aumentar a eficácia e o desenvolvimento organizacional e assim trazer mais valias para a organização.

Uma das dificuldades, ligadas aos objectivos da formação é a avaliação da mesma, na medida em que os resultados, por vezes, só surgem a médio prazo, sobretudo os de ordem comportamental, ou se extinguem a médio prazo, devido ao retorno a antigos hábitos e práticas organizacionais (*ibid.*).

Câmara (2005:415), aponta quatro tipos de objectivos de formação:

- Desenvolver as capacidades profissionais dos formandos para que possam contribuir mais eficazmente para os negócios da empresa (curto prazo);
- Desenvolver nos formandos comportamentos e atitudes que lhes permitam ter maior eficiência, eficácia e satisfação profissional no exercício da sua actual função (curto/médio prazo);
- Proporcionar a aquisição dos conhecimentos necessários ao desenvolvimento de carreira previsto (médio prazo);
- Possibilitar aos formandos o seu desenvolvimento como pessoas.

O mesmo autor (2005:417), ainda refere que a formação deve contribuir de forma positiva para os resultados da empresa, ou seja, a formação tem um objectivo de negócio. Sendo assim, o responsável pela formação tem de recorrer a duas componentes da Gestão da Formação: a componente de gestão e a componente de intervenção que embora distintas devem actuar de uma forma integrada. A componente da Gestão, é responsável pelo planeamento e orçamento das necessidades de formação detectadas, assim como do efeito da avaliação dos seus resultados no plano de negócios. A componente de Intervenção é acompanhada pela anterior componente, na medida em que a partir das necessidades de formação detectadas, se efectua o diagnóstico do *gap* (diferença) entre a realidade actual do conhecimento e a pretendida e se planeiam os meios de intervenção necessários para satisfazer as necessidades detectadas (*ibid.*).

As organizações de saúde são burocracias profissionais, onde existe um vértice estratégico (que decide), e um nível operacional (que executa e que tem o conhecimento).

Como refere Câmara (2005), a formação para o desempenho do cargo e para o desenvolvimento é o meio ideal para potenciar a eficácia da organização e dos seus

Recursos Humanos e para diminuir a diferença do estágio que estamos hoje e do que desejamos que exista para os seus colaboradores. O autor diz que o processo de desenvolvimento organizacional está associado à optimização de todo o potencial individual e grupal das organizações, em que a formação, quando bem gerida, é um factor dinamizador

O trabalho nas empresas assenta, cada vez mais, no trabalho em equipa. É fundamental haver um treino neste sentido, para que os objectivos de grupo e da Empresa se sobreponham aos objectivos individuais. As equipas, em regra, são multidisciplinares, compostas por pessoas com aptidões diversas e, como tal, é necessário respeitar certas regras de comportamento, como:

- Respeito pelo trabalho dos outros;
- Pedir ajuda a quem pode encontrar uma solução;
- Fazer perguntas sobre o que não se compreende;
- Utilizar da melhor maneira as aptidões individuais;
- Repartir eficientemente o trabalho... (Câmara 2005:421)

A formação profissional deve ser vista como uma prática indissociável do indivíduo e no seu papel na sociedade.

Deve ser pensada como sendo uma mais-valia para cada pessoa, independentemente do seu cargo dentro da organização onde trabalha.

As empresas necessitam de profissionais com as competências necessárias à flexibilidade que as acções para o exterior o exigem. Como tal, a Formação tornou-se um instrumento de crucial importância para o desenvolvimento dos R.H., permitindo que os objectivos do Marketing Interno sejam atingidos, ao proporcionar uma resposta adequada às exigências do mercado externo. Para que a formação seja um instrumento de gestão eficaz, deverá estar enquadrada na estratégia da empresa. A formação deve dar resposta às necessidades resultantes do, diagnóstico efectuado da sua envolvente, às exigências em termos de competências técnicas e humanas que o meio exige, para manter a eficácia organizacional. A organização são as pessoas que a constituem, como se relacionam entre si e como optimizam os meios disponíveis. A forma de actuação das pessoas é a forma de actuar da organização (Câmara, 2005).

Dentro de cada organização, a formação profissional deve ser orientada e divulgada, após um bom levantamento das necessidades de formação da organização.

A nível das organizações de saúde, a formação profissional é indispensável para todos os profissionais envolvidos e constitui uma prioridade a nível da actividade clínica, sendo um dos mais importantes pilares em que assenta toda a estrutura dos serviços de saúde.

No cruzamento dos critérios de eficácia organizacional com a dimensão da organização referente à aprendizagem, podemos encontrar a formação profissional contínua como reforço da identidade da própria organização e dos indivíduos que nela operam.

A organização deve promover a aquisição de conhecimentos dos seus funcionários, para além das exigências do trabalho que realizam.

O próprio indivíduo também deve fomentar essa formação, porque, ao aumentar o seu leque de conhecimentos, também será mais capaz de melhorar, inovar e até transformar as características da sua actividade, com maior responsabilização e eficácia.

Não é difícil entender após o que foi explicitado que todos os profissionais de saúde, são sistematicamente confrontados com múltiplas situações que vão para lá do domínio da teoria científica da sua profissão e que fazem também parte integrante das competências que têm que desenvolver, no sentido da resolução dos problemas dos doentes, com eficácia e eficiência.

Assim, é fundamental a formação contínua em serviço como forma de progressão pessoal e da própria organização. Deverá ela própria aprender a resolver os seus problemas e incertezas, na perspectiva da prestação de um bom serviço. A formação deve ser alicerçada num bom levantamento de necessidades. Deverão os nossos hospitais, promover por isso a avaliação de desempenho, que poderá identificar áreas de menor eficácia, que obviamente deverão ser corrigidas e por consequência integradas nas necessidades de formação.

1.3. SÍNTESE

Como verificámos, ao longo do século passado ocorreram inúmeras mudanças na forma como as organizações se desenvolveram e como criaram a função organizacional destinada a criar e a colocar em acção os meios humanos necessários à sua laboração.

Durante esta trajectória, os profissionais tornaram-se cada vez mais qualificados e destinados ao trabalho mais inteligente, a que não foi alheia a ajuda que a evolução tecnológica veio trazer e que revolucionou os processos de trabalho e os aliviou do trabalho rotineiro.

É importante que as instituições considerem cada elemento não apenas como um indivíduo, com necessidades próprias e singulares, mas também como um membro de um grupo específico dentro de um sistema. Isto, porque o êxito da integração dependerá não só da motivação com que o novo elemento encara as novas funções, no sentido de rapidamente ser mais um elemento da equipa, mas também das condições psicológicas, sociológicas, pedagógicas e administrativas, facultadas por quem o recebe e o integra.

A organização é moldada intencionalmente pelo homem, para atingir determinados objectivos organizacionais, sendo ele que define a estrutura interna da organização. Perante esta perspectiva, a organização pode apresentar dois tipos de imagem: a formal, baseada na divisão do trabalho, na diferenciação e integração; a informal, surge espontaneamente entre as pessoas da organização formal.

A convergência entre os objectivos que a organização pretende atingir, as recompensas que providencia aos seus colaboradores face à sua actuação individual e desempenho meritório, constitui um ponto fulcral na orientação do pessoal no sentido de contribuírem para a sua concretização.

Os profissionais de saúde em geral e os enfermeiros em particular, constituem um dos sectores profissionais que pela natureza e essência do seu desempenho ao nível da prestação directa de cuidados, quer pela gestão e formação, implicam uma relação de proximidade e continuidade com os clientes.

Impõe-se assim, que os enfermeiros na prática clínica, nas áreas da gestão e da formação, iniciem uma profunda reflexão sobre esta nova forma de estar na profissão. Isto implica o desenvolver novas atitudes no processo de interacção com o cliente e família e na relação com os outros profissionais, baseada na competência e na autonomia da profissão.

A formação deve ser da responsabilidade dos próprios, mas também da instituição onde trabalham, porque é evidente que quanto melhor e mais competente for o quadro de uma organização de saúde, melhor será o desempenho dela própria. Obviamente que aos órgãos intermédios e porque não aos de topo, compete compatibilizar e integrar as competências dos seus quadros nos objectivos e necessidades da instituição, de forma a criar valor na avaliação e tratamento dos pacientes.

O planeamento estratégico de recursos humanos é uma das mais importantes actividades da Gestão de Recursos Humanos, pois permite às organizações tomarem as decisões no presente, sobre os recursos humanos que pensam vir a ser necessários no futuro.

Todas estas mudanças referidas anteriormente levaram ao aumento do conhecimento e da importância dada ao trabalho humano, o que exige uma evolução na função de Gestão de Recursos Humanos. As perspectivas, que actualmente se lhe apontam são as de defensor do capital humano, social e cultural da organização, da reconstituição permanente das competências dos trabalhadores e da satisfação das necessidades dos diferentes tipos de clientes da organização.

CAPÍTULO II – OS MODELOS DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO COMO UMA VARIÁVEL QUE EMERGE DA CULTURA ORGANIZACIONAL

2.1. A EVOLUÇÃO DOS MODELOS DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Podemos dizer que a origem da administração surge com o 1º homem no seio da sociedade. Esta afirmação baseia-se no facto de que foi a necessidade humana de organização para sobreviver, que deu origem à administração.

Se retrocedermos no tempo, podemos constatar que o homem primitivo tinha grandes dificuldades para obter alimentos, vestuário, abrigo e outros elementos que eram vitais para a satisfação das suas necessidades básicas. A necessidade humana de organização para eliminar ou pelo menos diminuir as condições adversas que são impostas pelo ambiente físico, foi o que obrigou os grupos humanos a criarem sociedades.

Na história da administração, o desenvolvimento dos elementos teóricos desta é relativamente lento até ao início do século XX; a partir daí dá-se uma evolução constante com uma definição e delimitação que situam a administração como o acontecimento histórico de maior transcendência dos seres humanos.

2.1.1. AS ABORDAGENS CLÁSSICAS

As abordagens clássicas radicam o seu contributo histórico em estudos e análises sobre “a racionalidade do comportamento humano nas organizações” (Ferreira, 2001: 25). Ainda segundo o mesmo autor, elas surgem num contexto dominado pelo despotismo dos métodos de gestão, do empirismo e arbitrariedade do exercício da autoridade no funcionamento das organizações, sobretudo ao nível da execução das tarefas e funções que eram importantes para as empresas da “sociedade capitalista dos finais do século XIX e início do século XX” (*Ibid.*).

As consequências da Revolução Industrial trouxeram consigo um crescimento acelerado de empresas, e como resultado uma maior complexidade na administração. Por outro lado, a necessidade de aumentar a eficiência, a produtividade e a utilização óptima dos recursos reflectiu-se num aumento de problemas dentro das próprias empresas.

Estas abordagens centravam os seus estudos empíricos, em aspectos racionais, técnicos e económicos da conduta humana nas organizações.

Ainda que com diferenças entre si, autores como Taylor, Fayol e Weber, figuras eminentes desta teoria, consideravam que as organizações deveriam ser um espaço de uniformização, de hierarquização e de especialização na execução das tarefas, como também de “uma racionalidade comportamental prescrita por regras, regulamentos e uma autoridade formal” (*Ibid.*).

Taylor (1856 – 1915) preocupou-se com a realização de um estudo científico do trabalho, com enfoque sobre o estudo “dos movimentos, pausas, gestos e tempos necessários para a execução das tarefas”. Depois de realizado este estudo, passar-se-ia então à “selecção científica de cada trabalhador”, ou seja, a defesa do lema “o homem certo no lugar certo”. Ele defendia o princípio da separação entre a “concepção e execução de tarefas” (*Ibid.*).

Como refere Cunha *et al.*, (2004:22), Taylor defendeu cinco princípios de organização do trabalho: Toda a organização do trabalho deve ser transferida do trabalhador para o gestor; Devem ser usados métodos científicos para determinar a forma mais eficiente de realização do trabalho; as tarefas devem ser estruturadas segundo o resultado desse esforço, sendo especificado ao trabalhador a forma como o trabalho deve ser executado; os melhores trabalhadores devem ser seleccionados segundo as características do posto de trabalho; os trabalhadores devem ser treinados para efectuarem o trabalho de forma eficiente; o desempenho dos trabalhadores deve ser monitorizado, de forma a garantir que são alcançados os resultados previstos.

A função dos gestores era, exclusivamente, a preparação, o planeamento e o controlo de todo o processo de trabalho, relacionado com a execução das tarefas e os operários tinham como função exclusiva a execução destas. Era uma concepção “economicista e mecanicista” do ser humano, ou seja, este mais não era do que uma entidade que se realizava em função de um trabalho racional e tecnicista, com “incidência nas suas capacidades psicofísicas” (Ferreira, 2001: 25).

A especialização e a uniformização da execução de tarefas permitiam que os trabalhadores “*maximizassem as suas capacidades produtivas e obviamente estivessem motivados para receber o máximo de contrapartidas salariais para satisfazerem as suas necessidades básicas*” (*Ibid.*).

Algumas das críticas expressas, em torno da teoria científica de Taylor, relacionam-se exactamente com o conceito de actividades mecânicas, que fazem do elemento humano um ser económico, ou seja, parte-se do pressuposto de que o único factor que motiva as pessoas a trabalhar, é o dinheiro. Para além disso, a especialização do operário, protagonizada pelo paradigma científico, conduz a uma super especialização, isto é, a uma fragmentação do trabalho de tal forma que, ao dividi-lo em tarefas de fácil aplicação, priva-se os trabalhadores da satisfação de contemplar o *terminus* da sua obra. Assim, segundo Pedrero (2005), é violado o direito humano de ser concebido como pessoa, já que são convertidos em instrumentos de produção.

Por outro lado, Fayol (1841 – 1925) concentrou o seu estudo na análise das estruturas e funções das empresas, que se centravam “nos sectores comercial, financeiro, administrativo, de contabilidade, de segurança e de produção” (Ferreira, 2001: 26).

Para ele, a função administrativa, diferia de todas as outras funções de uma empresa, e ocupava um lugar privilegiado no funcionamento das empresas. Segundo Cunha *et al.* (2004:25), para Fayol administrar consiste em “planear, organizar, comandar, coordenar e controlar”. Daqui nasce a sigla PODC, presença inevitável em qualquer manual de gestão: Planear, Organizar, Dirigir e Controlar (*ibid.*).

Os catorze princípios gerais de administração, estabelecidos por Fayol, serviam, na sua perspectiva, como modelo geral de actuação para os administradores de uma empresa. A empresa aparece como um “organismo vivo, em cuja estrutura administrativa, estava a base de governação, de controlo e de toda a cadeia hierárquica da autoridade formal, das estratégias, objectivos, funções e tarefas da empresa” (*Ibid.*).

Max Weber (1856 – 1915), criador da concepção sociológica da burocracia, descreveu o modelo burocrático como a forma mais apropriada de organização para empresas complexas.

A base deste modelo burocrático é a noção de autoridade legal – racional, ou seja, a autoridade livremente reconhecida pelos empregados como inerente à posição de gestor dentro dos níveis hierárquicos; a gestão para os administradores da época era a autoridade formal.

A burocracia surge aqui, como uma forma de organização humana que tem na sua base a racionalidade, ou seja, adequar os meios aos propósitos. Ela é concebida como uma forma de organização de carácter legal, formal e racional. Deste modo, a organização burocrática requer uma ordem perfeitamente estabelecida, que inclua uma divisão do trabalho minuciosamente detalhada, mas uma autoridade o mais neutra possível.

Entre os três tipos de autoridade legítimas descritas por Weber – tradicional, racional e carismática –, a autoridade racional, de características burocráticas, assumia uma função primordial no contexto da sociedade capitalista moderna. Conseguia-se disciplinar os membros de uma organização, desenvolvendo e estimulando condutas humanas racionais e padronizadas, assentes em rotinas e procedimentos uniformizados. Os subordinados obedecem não por imposição ou por carisma, mas sim, porque as normas e regulamentos assim o exigem.

2.1.2. A ESCOLA DAS RELAÇÕES HUMANAS

As críticas aos modelos, clássico e científico, revelaram a importância do Homem como elemento nuclear da organização. De igual modo, o desenvolvimento das ciências do comportamento, influenciou decisivamente as novas teorias da administração.

A Sociologia e a Psicologia, aplicadas à indústria, produziram um movimento de reacção e oposição ao paradigma clássico da administração, que ficou conhecido como o período com enfoque humanista, ou enfoque no comportamento ou ainda nas relações humanas.

A teoria neoclássica propõe um modelo eclético, ou seja, tem em consideração as correntes teóricas existentes para reformar a teoria administrativa. O paradigma neoclássico define os conceitos proporcionando maior flexibilidade na sua interpretação. Considera o Homem sem dar prioridade à empresa ou aos trabalhadores; em vez disto, propõe a integração e a relação integrada dos objectivos empresariais e individuais.

Esta Escola das Relações Humanas foi, em grande medida, um produto histórico da experiência de Hawthorne.

Elton Mayo, Roethlisberger, Warner, Henderson, Whitehead, Homans, Chapple e Arensberg, foram, de certa forma, os pioneiros de um conjunto de investigações que

estiveram na base deste modelo. Posteriormente, esta escola alargou e aprofundou os seus postulados teóricos e métodos. Kurt Levin, Jack French, Alex Bavelas, Leon Festinger, Dorwin Cartwright, Ronald Lippitt, Ralph White, Robert Tannenbaum e Harold Leavitt, são autores que, nos anos 40 e 50, dinamizaram as potencialidades epistemológicas e metodológicas desta escola.

Os postulados teóricos da Escola das Relações Humanas podem ser sintetizados com base nos seguintes aspectos: *motivações humanas, tipo de liderança e estrutura informal dos grupos*.

Neste modelo, o Homem “é objecto e sujeito de um conjunto significativo de motivações circunscritas a uma função social de participação e satisfação no trabalho” (Ferreira *et al.*, 2001: 47).

Cunha *et al.* (2004: 30) refere ainda, que a escola das relações humanas defende que os trabalhadores são sobretudo entes sociais, movidos por necessidades de pertença e aceitação. O centro de empenhamento dos trabalhadores é o grupo de trabalho, no qual as normas são criadas de forma contínua e emergente.

Os seres humanos tendem a estabelecer, partindo de um conjunto de sentimentos, emoções e afeições, relações e interações informais. Destas, surgem tipologias de acção colectiva nas organizações que têm por base um conjunto de valores, atitudes, normas e regras com características específicas. Surge daqui, a importância fulcral dos grupos informais, que se tornam imprescindíveis para o desenvolvimento da coesão, do controlo e da integração social nas organizações.

Para que as relações sociais do tipo informal sejam viabilizadas no grupo, torna-se imprescindível a existência de uma liderança de tipo democrático, para que a coesão social e a cooperação, sejam uma realidade profundamente integrada na dinâmica dos grupos e promotoras da eficiência organizacional.

As críticas a este modelo incluem: a tentativa de integrar os indivíduos nos grupos, com base num comportamento humano sujeito a métodos e técnicas centrados em estímulos – respostas de carácter psicossociológico, esquecendo as contradições e antagonismos que existem ao nível das relações sociais e do poder, que estão na base do funcionamento de todas as organizações. Também, por outro lado, analisaram as organizações como sistemas fechados, pois não referem as interações que existem entre as organizações e a sociedade (Ferreira *et al.*, 2001: 47-48).

2.1.3. TEORIA GERAL DOS SISTEMAS E ABORDAGEM SOCIOTÉCNICA

A teoria geral dos sistemas começou a ter um grande impacto nas ciências sociais com os trabalhos de investigação realizados pelo biólogo alemão Ludwig von Bertalanffy, nas décadas de 40 e 50. Na sua perspectiva, a ciência preocupava-se essencialmente em explicar os fenómenos observados como unidades elementares independentes, logo, era impossível perceber a noção de organização e de *todo* que resulta das relações de interdependência e de interação entre as diferentes partes que compõem o sistema. Esta teoria surge como uma resposta à visão atomística de que o *todo* se pode compreender e explicar partindo da compreensão das partes que o constituem. Para esta teoria é necessário partir de um pressuposto básico: a natureza dos sistemas abertos difere da dos sistemas fechados. Estes últimos estão isolados do seu meio ambiente, donde são independentes da acção de forças externas. Estes sistemas, de acordo com a segunda lei da termodinâmica, possuem um tipo de entropia positiva que gera a desorganização e o nivelamento das diferenças estruturais, e o seu estado de equilíbrio só é atingido com a desintegração ou morte do sistema. Os sistemas abertos, como acontece com os organismos vivos, são pelo contrário possuidores de características específicas que os distinguem dos sistemas fechados: a *equifinalidade* e a *entropia negativa* (Ferreira *et al.*, 2001:50).

Para Bertalanffy (1973: 64), citado por Ferreira *et al.* (1999: 45), nos sistemas fechados “o estado final é inequivocamente determinado pelas condições iniciais”, ao contrário dos sistemas abertos que possuem o princípio da equifinalidade, o que lhes permite alcançar o mesmo estado final, utilizando para o efeito vários percursos, partindo inicialmente de condições diferentes. Da mesma forma, os sistemas abertos podem, ao longo da sua evolução, importar energia do meio ambiente, produzindo a ordem e a organização do sistema e deste modo contrariar a entropia positiva que é internamente produzida. De uma forma distinta do sistema fechado, o sistema aberto funciona com a segunda lei da termodinâmica no sentido da produção de entropia negativa. Nos sistemas fechados a entropia, sendo positiva, cresce progressivamente o que por tendência dá origem à destruição do seu equilíbrio.

Katz e Khan foram dois psicólogos que muito contribuíram para a análise das organizações numa perspectiva sistémica. Segundo estes autores (1966:16-17), citados por Ferreira *et al.* (1999: 51):

“ (...) o modelo teórico para a compreensão das organizações é o de um sistema de energia input-output, no qual o retorno da energia do output reactiva o sistema. As organizações sociais são flagrantemente sistemas abertos, porque o input de energias e a conversão do produto em novo input de energia consiste em transacções entre a organização e o seu meio ambiente.”

Para Ferreira *et al.* (2001: 74-75), a teoria geral dos sistemas e a abordagem sociotécnica desenvolveram um conjunto de conceitos que podem ser resumidos da seguinte forma:

↳ *As organizações como sistemas sociais são o resultado de uma construção de sínteses assente na interdependência e na interacção entre os seus subsistemas estruturais e funcionais, nomeadamente na execução de tarefas, no processo de tomada de decisão e na organização do trabalho;*

↳ *Enquanto sistemas abertos, as organizações interagem de forma sistemática com o ambiente circundante, importando e exportando energia, informação e matéria na forma de outputs e inputs;*

↳ *Na perspectiva da corrente sociotécnica, para uma mesma tecnologia, é possível estruturar uma organização do trabalho baseada nas decisões e participação do trabalho em grupo. É o grupo através do seu funcionamento interno que coordena e controla a execução das tarefas e não uma supervisão externa ao mesmo. As relações entre os diferentes trabalhadores passam a ser presididas pela cooperação e a solidariedade, fomentando a coesão e a integração social imprescindíveis para a consecução dos objectivos do grupo e da organização. A comunicação e a interacção entre os diferentes membros do grupo foram dinamizadas substancialmente, aumentando a satisfação e a motivação no trabalho decorrente da execução das tarefas. Finalmente, o trabalho enquanto actividade humana e social relacionada com qualquer tecnologia atinge uma maior eficiência em grupo do que circunscrito a uma função polarizada no trabalho individual centrado na especialização e na competição entre os diferentes indivíduos que executam de forma interdependente uma determinada tarefa;*

↳ *Os diferentes estudos e intervenções da corrente sociotécnica nas empresas da Noruega, Grã-Bretanha, Índia e Suécia, etc., demonstraram várias virtualidades nas formas de organização do trabalho. Em primeiro lugar, sendo os trabalhadores a*

decidir e participar na organização do trabalho, a sua criatividade e responsabilidade em relação ao carácter interdependente e cooperativo na execução de tarefas aumenta substancialmente. Aumentando a motivação e a identidade em relação ao trabalho, desenvolve-se a coesão social e a eficiência nas empresas;

↳ *Por último, para se realizar uma mudança organizacional positiva tem de existir um diálogo profundo e sistemático entre investigadores e organização, de forma a permitir uma intervenção baseada no método da pesquisa - acção.*

A abordagem sociotécnica, ao privilegiar este método de intervenção, teve por intenção não só realizar diagnósticos aprofundados dos problemas que afectam o funcionamento das organizações como também permitir a sua superação através de condutas humanas assentes em relações inter-pessoais dialógicas e democráticas.

Segundo Chiavenato (1994: 37), a abordagem sociotécnica caracteriza a organização, ou parte dela, como uma associação entre a tecnologia (exigência de tarefa, ambiente físico, equipamento disponível) e um sistema social (um sistema de relações entre aqueles que realizam a tarefa). Os sistemas tecnológicos e social estão em interacção mútua e recíproca e como tal um influencia o outro. A natureza da tarefa influencia (não determina) a natureza da organização das pessoas e as características psicossociais das pessoas influenciam (não determinam) a forma como determinado posto de trabalho será executado. O principal fundamento desta abordagem está em que qualquer sistema de produção requer tanto uma organização tecnológica (equipamentos e arranjos de processos), como uma organização de trabalho (envolvendo aqueles que desempenham as tarefas necessárias)

2.1.4. ABORDAGENS CONTINGENCIAIS

Tal como a abordagem sociotécnica, também as abordagens contingenciais tornaram possível o desenvolvimento da análise das organizações como um sistema aberto.

Segundo Cunha *et al.* (2006:31), esta teoria sugere que, *havendo um conhecimento das estruturas envolventes, podem ser criadas estruturas e processos decisórios cientificamente validados e com uma base proposicional próxima das ciências duras.* Este autor (2006:32) refere, que um exemplo desta abordagem é proporcionado pelo livro de Burton & Obel (1995), em que estes na contracapa do mesmo fazem a seguinte apresentação: “A teoria organizacional é uma ciência positiva, que proporciona um

entendimento do modo como o mundo funciona e o contrasta com a forma como ele poderia funcionar, assim fornecendo a base teórica para o diagnóstico organizacional. (...) esta abordagem oferece aplicações para um vasto âmbito de situações, produzindo um conjunto claro e consistente de regras (...) para criar novos designs.”

Para Ferreira *et al.* (1999: 67), com este modelo, *as estruturas, o desenho organizacional, os níveis hierárquicos da autoridade formal, os papéis, as normas, o processo de tomada de decisão e a liderança que enformam o funcionamento das organizações passam a ser objecto de um processo de adaptação e de reacção sistemático, face às contingências do ambiente externo.*

O determinismo desta teoria, que nos diz que só podemos compreender o funcionamento interno das organizações a partir de factores externos, é simultaneamente uma perspectiva que tem como finalidade demonstrar que não existe um modelo padrão de ajustamento, de reacção e de funcionamento para qualquer organização. Em presença de múltiplos factores ou situações no ambiente externo, assim se podem construir e dinamizar múltiplas formas de funcionamento interno das organizações. É óbvio que deste determinismo contingencial dos factores do ambiente externo, emerge o relativismo do funcionamento interno das organizações.

Tanto as abordagens contingenciais como as teorias recentes surgem associadas às profundas mudanças sociais, políticas, económicas e culturais que emergiram desde o final da Segunda Guerra Mundial. As mudanças produzidas pela introdução de novas tecnologias e a concorrência dos mercados destacam o carácter aberto das organizações, e será da capacidade de se adaptarem e de reagirem a essa realidade que dependerá a sua própria sobrevivência.

Num outro sentido, essas mudanças traduziram-se em novas formas de acção individual e colectiva, onde a capacidade sócio -cognitiva e reflexiva do Homem se revela cada vez mais determinante no funcionamento das organizações.

Apesar de subsistir uma pressão e controlo do ambiente externo, “indivíduos e grupos dão um significado construtivo e estratégico às suas acções, de forma a não só determinarem o seu funcionamento como a modelarem o ambiente externo em que se inserem” (Ferreira *et al.*, 2001: 100).

Pode então adivinhar-se a pertinência das abordagens contingenciais e de algumas teorias recentes não só através das mudanças operadas na sociedade global como nos próprios mecanismos de interacção que existem entre esta e as organizações.

Segundo Ferreira *et al.* (2001: 100-101), em primeiro lugar, “qualquer organização, como sistema aberto, é um produto do seu ambiente externo”, pois é este que dispõe da energia, da informação e da matéria que se revelam determinantes para o seu funcionamento. Num outro sentido, quando exporta para o ambiente externo os seus *outputs*, está a contribuir para a sua própria formação e reprodução.

Em segundo lugar, da capacidade sistemática das organizações, em se adaptarem e reagirem às condições do ambiente externo, surgem as estruturas organizacionais, os níveis hierárquicos de autoridade, os papéis, as normas, o processo de tomada de decisão, assim como a liderança.

Em terceiro lugar, “conforme os estudos empíricos ou factores analisados do ambiente externo pertinente das organizações, assim se verifica que existem formas e conteúdos analíticos diversificados, no âmbito da teoria contingencial”.

Por último, não existe um modelo que seja melhor para a conquista da eficiência nas organizações. Face a ambientes externos diversificados, o melhor modelo será aquele que mais capacidade demonstrar em se adaptar às pressões e oportunidades desses mesmos ambientes.

2.2. CULTURA E CLIMA ORGANIZACIONAL

Estruturar uma organização, para a grande maioria dos teóricos é definir funções, com quem e como se deve relacionar em termos horizontais e verticais.

As organizações são unidades ou agrupamentos de actores, intencionalmente constituídas e reconstruídas de modo a atingirem objectivos e de satisfazerem grande número de necessidades. Como tal, a organização não constitui uma raridade estática e acabada, mas um organismo social sujeito a influências e mudanças, como sistema aberto que é.

Para Cardoso (1995), organizar significa integrar de uma forma harmoniosa os recursos humanos, técnicos e financeiros de forma a otimizar a consecução das metas definidas. Implica uniformização de metodologias e instrumentos compatíveis orientados por cultura de envolvimento de todos nos objectivos da empresa. A partir dos objectivos das organizações, pode compreender-se o seu funcionamento interno, tendo

presente as características do ambiente externo, das tecnologias e das estruturas organizacionais.

Trata-se no fundo de, perante uma dada realidade desenvolver uma dinâmica organizacional presidida por objectivos, estratégias e processo de tomada de decisão que integra recursos humanos, materiais, técnicos e financeiros necessários ao funcionamento da organização.

Segundo Caetano *et al.* (1996), as estruturas organizacionais, os níveis hierárquicos de autoridade, os papéis, as normas, o processo de tomada de decisão, são o resultado da sua adaptação e reacção sistemática às contingências do ambiente externo. Para o mesmo autor, o melhor modelo será, portanto, aquele que consegue uma melhor adaptação e ajustamento face às contingências das pressões desse mesmo ambiente, interligado ao ambiente interno. Por outro lado, a existência de uma prática institucional normalizada é sobejamente reconhecida na prestação de cuidados de saúde, promovendo a adequação de procedimentos ao ritmo da evolução do conhecimento científico e da inovação técnica.

Nos hospitais, as metodologias da qualidade, de distribuição de trabalho, “por enfermeiro responsável”; “processo de enfermagem”; “sistema de classificação de doentes”; “definição de padrões e critérios de qualidade”, são métodos e instrumentos testados e de utilização crescente, que reúnem características que os recomendam, como instrumentos privilegiados em estruturas organizacionais flexíveis.

Por outro lado, as organizações são entidades compostas por três componentes interligados, os actores, o sistema cultural e o sócio-estrutural, que se reforçam mutuamente. São pois os actores, que pela sua participação, interacção e aceitação das mudanças irão legitimar a estrutura, incorporando novos valores à cultura, onde o resultado esperado não é voltado apenas para o interior da organização, mas para o seu ambiente externo.

2.2.1. CLIMA ORGANIZACIONAL

É importante destacar o contributo do clima e da cultura organizacional para a compreensão do funcionamento organizacional (Ferreira *et al.*, 2001).

O conceito de clima sugere um composto multidimensional de elementos, os quais exercem considerável influência no modo como os indivíduos se comportam na situação

de trabalho. Os estudos sobre o clima organizacional são mais remotos (meio século) que os estudos sobre cultura organizacional que têm pouco mais que uma década e meia de investigação.

Têm sido feitas várias investigações sobre o clima em meios industriais, escolares, familiares e hospitalares (O’Driscoll & Evans, 1988; Turnipseed, 1990), citado por Neves *et al.* (2001), com o objectivo de evidenciar uma realidade que, uma vez conhecida, permita aos responsáveis institucionais intervir de uma forma eficaz sobre o presente e o futuro das organizações que dirigem. Os resultados evidenciam que o clima influencia quer a motivação e comportamento dos profissionais, quer a produtividade da organização.

Ainda segundo Neves *et al.* (2001), o conceito de clima organizacional pode ser abordado a partir de quatro perspectivas distintas: perspectiva *organizacional*, perspectiva *psicológica*, perspectiva *psicossocial* e perspectiva *cultural*.

A perspectiva organizacional encara o clima como uma demonstração objectiva da organização. O clima existe na realidade da organização, é exterior ao indivíduo e distingue-se das próprias percepções. Pode ser avaliado a partir da percepção ou de medidas objectivas. Distingue-se inter-organizacionalmente, é de certa forma estável no tempo e influencia o comportamento dos indivíduos na organização.

A perspectiva psicológica transfere a ênfase para o indivíduo como o processador da informação e como origem do clima emergente. O clima percebido revela-se importante para o indivíduo na medida que é a expressão da forma como este entende o seu ambiente de trabalho, o qual pode ser percebido de forma diferente por outros. Clima, que dada a sua natureza perceptiva e individual, é visto como um atributo individual, pois reflecte as necessidades do sujeito que a percebe. Por esta razão o clima corresponde mais à percepção derivada de atributos individuais do que de atributos organizacionais. Por este motivo, o nível de análise desloca-se para o indivíduo, designando-se o resultado da percepção de *clima psicológico*, na medida em que as descrições dos aspectos organizacionais reflectem a forma como o indivíduo organiza e interpreta a sua experiência dos atributos organizacionais.

Na perspectiva psicossocial a partilha do acordo fundamenta-se nas interações individuais e nos processos de influência social subjacentes. A perspectiva de influência social preconiza que o significado dado aos atributos organizacionais tem origem na interacção dos sujeitos, munidos de conhecimentos adquiridos na base dos contactos

com outros sujeitos. Na génese deste contacto está o fenómeno da intersubjectividade², que faz da compreensão da realidade um processo de construção social e possibilita o aparecimento da noção de consciência partilhada. A base do clima organizacional é o acordo partilhado pelos sujeitos pela interacção existente entre os mesmos.

A perspectiva cultural procura dar a conhecer a influência que um contexto mais amplo e alargado exerce sobre a formação e partilha do significado dos eventos organizacionais, que os sujeitos que vivem em sociedade e interagem se confrontam. O significado desta estrutura de referência não é dado pela realidade objectiva, mas através da interacção dos indivíduos, socialmente construído e influenciado pela cultura organizacional. De acordo com (Moran & Volkwein, 1992), citado por Neves *et al.* (2001), esta perspectiva revela a forma pela qual os grupos interpretam e negociam a realidade, tendo por base uma cultura organizacional, em que a partilha dos pressupostos confere unanimidade e validação à partilha das percepções sobre o funcionamento organizacional. Como tal, o clima organizacional é criado por grupo de pessoas que interagem e partilham uma estrutura de referência comum que contextualiza a interacção individual na organização: a *cultura organizacional* (Neves *et al.*, 2001:432 a 441)

2.2.2. CULTURA ORGANIZACIONAL

Segundo Ferreira *et al.* (2001), através da análise da literatura antropológica a cultura começou por ser definida como uma componente do sistema social, que se manifesta no modo de vida, um todo complexo onde se inclui o saber, a crença, a arte, a moral, a lei, os costumes, etc., adquiridos pelo homem enquanto membro duma sociedade.

Ainda segundo o mesmo autor, o interesse pelo estudo da cultura organizacional tem origem nos finais dos anos setenta e tem um amplo desenvolvimento na década de oitenta. Na base deste interesse está a tomada de consciência por parte de teóricos e práticos na importância dos factores culturais nas práticas de gestão e a crença no facto da cultura organizacional, constituir um factor de diferenciação entre as organizações com melhor ou pior sucesso. Devido à grande pressão imposta pela competição

² A intersubjectividade é um conceito que traduz a ideia de um processo pelo qual se constitui uma ligação supra individual, das percepções, interpretações, valores e crenças dos membros de uma organização. Usando os outros como modelo, cada indivíduo modela o seu eu pessoal, incorporando nele o que conhece dos outros.

internacional ao nível dos negócios e actividades, o estudo das culturas organizacionais conhece grande incremento, em virtude da crença do condicionamento pela excelência organizacional, materializada numa elevada motivação e desempenho dos colaboradores. Numa óptica de intervenção organizacional, Dawson (1995), associa o interesse pela cultura organizacional às limitações reveladas pela estrutura na função aglutinadora das várias componentes organizacionais e faz da cultura organizacional o principal ponto de partida de qualquer análise organizacional.

Para Pettigrew (1979), citado por Marques (1996), a cultura organizacional é definida como o sistema de significados aceites colectivamente por um dado grupo. Para Marques (1996), a cultura organizacional é um conjunto normativo ou social que mobiliza a organização e expressa os valores e crenças partilhadas pelos membros da organização. São os pressupostos básicos subjacentes de valores partilhados a questão central da análise estratégica. São a alma e o coração em torno dos quais a organização assenta.

De acordo com Smircich (1983), citado por Marques (1996), a cultura organizacional dá um sentimento de identidade aos membros da organização, facilita o empenhamento e serve de mecanismo que pode guiar e modelar o comportamento dos profissionais de qualquer organização.

Em contexto de trabalho emergem aquisições de saberes, interesses múltiplos e interacções sociais, que se evidenciam pela sua dinâmica e complexidade nem sempre de forma harmoniosa. Estes interesses e atitudes diversos nem sempre são conciliáveis, gerando conflitos que são o resultado das discordâncias e oposições entre os actores organizacionais.

O conflito que se apresenta como o resultado de sentimentos, atitudes ou interesses antagónicos e colidentes, integra a dinâmica e cultura organizacional, pressupondo a existência de desentendimento, discórdia, inconsistência, oposição e desaprovação.

Para os autores citados, só um empenhamento e uma coerência muito forte dos líderes / gestores / chefias, aos diferentes níveis podem operar tais mudanças inovadoras, incrementais ou radicais que englobam o conjunto de crenças, expectativas e valores partilhados entre os seus membros.

Segundo Katz & Khan (1978), não existe diferença entre uma organização de saúde e outro tipo de organização. As organizações/instituições de saúde são sistemas complexos com capacidade de influenciar a conduta dos indivíduos que deles fazem parte. São formadas por pessoas e dependem delas para atingir os seus objectivos e

cumprir as suas missões. Para as pessoas, as organizações constituem o meio pelo qual elas podem alcançar vários objectivos pessoais. No entanto, os indivíduos têm que se adaptar às organizações, serem orientados nas suas actividades dentro da instituição, conhecer a sua missão e os seus objectivos. Têm, sobretudo, que se ajustar à cultura da organização.

“A cultura organizacional representa as normas informais e não escritas que orientam o comportamento dos membros de uma organização no dia-a-dia e que direccionam as suas acções para o alcance dos objectivos organizacionais.”

(Chiavenato, 1999:457)

Assim, todas as pessoas que ingressem numa organização irão ser submetidas a um processo de socialização e de integração, fundamental para o desempenho adequado das suas actividades dentro da mesma.

O processo de socialização de um enfermeiro é um processo contínuo, que segundo Marquis & Huston (1999), teve início na escola, durante a sua formação académica e que continua quando ocorre o ingresso numa instituição de saúde, sofrendo neste caso uma ressocialização, terminando quando o enfermeiro se sente confiante no desenvolvimento da sua actividade.

Para Chiavenato (1999:457)), a socialização organizacional é:

“ (...) a maneira como a organização recebe os seus novos funcionários e os integra na sua cultura, no seu contexto e no seu sistema para que eles possam comportar-se de maneira adequada às expectativas da organização.”

2.2.3. ANÁLISE DAS TIPOLOGIAS DE CULTURA ORGANIZACIONAL FACE AO DESAFIO DOS NOVOS MODELOS DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Uma tipologia, aplicada à cultura organizacional, é uma forma de classificação, através do qual diferentes organizações podem ser agrupadas em função de características culturais comuns (Neves *et al.*, 2001). Ainda, segundo o mesmo autor, a sua utilidade permite efectuar generalizações de natureza teórica a partir de um conjunto de organizações; contribuir para explicar as diferenças existentes entre organizações;

possibilitar a avaliação do grau de congruência cultural dos vários elementos de uma cultura; definir estratégias de mudança em conformidade com determinados requisitos.

Várias têm sido as formulações de modelos de cultura organizacional sob a forma de tipologias. Os autores que maior destaque têm revelado nesta área, são: Deal e Kennedy (1988), Harrison (1972), Handy (1978), e De Witte e De Cock (1986), Hampden-Turner (1993), Denison (1990) e Quinn *et al.* (1983, 1985), (*ibid.*).

Por exemplo, a tipologia de Deal e Kennedy, citado por Neves *et al.* (2001), parte de duas dimensões organizacionais unipolares, relacionadas entre si, e estrutura-se em quatro quadrantes. As dimensões organizacionais são a *quantidade de risco* que é necessário às organizações correrem e a *velocidade com que se obtém informação* do resultado dos riscos corridos, a qual varia ao longo de um contínuo, cujos pólos são a *lentidão e a rapidez*.

Os quadrantes resultantes são os seguintes: baixo risco e velocidade lenta a que corresponde uma cultura de processo, alto risco e velocidade lenta a que corresponde uma cultura de agressividade e baixo risco e velocidade rápida a que corresponde uma cultura de risco, alto risco e velocidade rápida a que corresponde uma cultura de agressividade e baixo risco e velocidade rápida a que corresponde uma cultura de acção.

Na cultura de processo a lentidão do *feedback* conduz as pessoas a focalizarem o modo de fazer em detrimento do que fazer, o que pode levar aos efeitos indesejáveis da burocracia; valoriza a rigidez da hierarquia, em que o poder de posição como base da autoridade e a ênfase no título profissional, são o reflexo. O grande perigo está na morosidade da reacção às exigências do meio e no pouco estímulo à inovação.

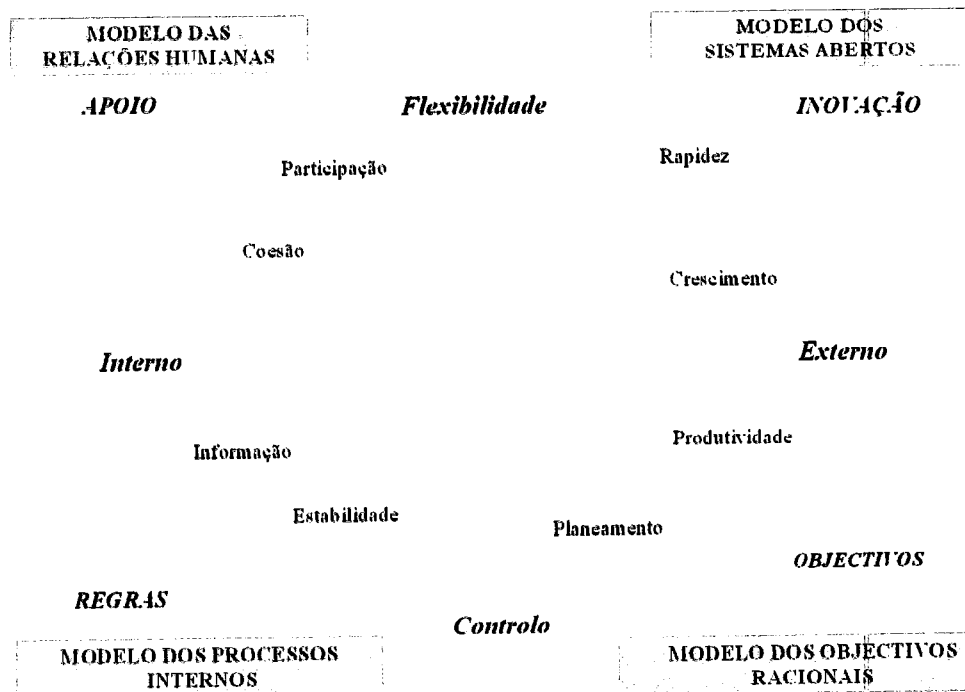
Na cultura de risco em virtude da sua focalização no futuro, o processo de decisão requer competência técnica e autoridade e uma grande capacidade de funcionar num ambiente de elevadas tensões e pressões.

A cultura de acção torna uma organização dinâmica e focalizada no cliente, mais voltada para o presente que para o futuro, acentua a quantidade em detrimento da qualidade.

Na cultura de agressividade, a ênfase é colocada na rapidez e no curto prazo, o que gera muita competitividade interna, individualismo e pouca cooperação.

Das tipologias bipolares referidas, Neves *et al.* (2001), exemplifica a de Quinn *et al.* (1983; 1985). O modelo dos valores contrastantes pode representar-se por dois eixos, à volta dos quais três dimensões se distribuem e da sua combinação resultam quatro quadrantes, como está exemplificado na figura 1.

Fig. 1 - Modelo Dos Valores Contrastantes De Quinn E Colaboradores



Fonte: Neves (2001:463)

Da análise desta estrutura o mesmo autor conclui que a tensão entre o valor da flexibilidade e o valor do controle, entre a importância da ênfase interna e a importância das prioridades externas e entre a ênfase nos resultados (fins) e a ênfase nos processos (meios) é algo que está permanentemente presente no modo de funcionar do dia-a-dia de uma qualquer organização.

A aplicação do modelo ao estudo do funcionamento organizacional tem sido diversificada. Por exemplo, foi usado para estudar a eficácia dos processos de decisão, para estudar a eficácia da tecnologia de informação numa organização de serviços, para estudar os perfis de uma liderança eficaz, entre outros.

Da justaposição das dimensões anteriormente referidas, emergem quatro tipos de cultura: a cultura de *apoio*, caracterizada pelos vectores da orientação interna e da flexibilidade; a cultura de *inovação*, caracterizada pelos vectores da flexibilidade e da orientação externa; a cultura das *regras*, caracterizada pela orientação interna e pelo controlo e a cultura de *objectivos*, caracterizada pela orientação externa e pelo controlo.

Cada um destes tipos de cultura constitui um conjunto de pressupostos básicos, que estão subjacentes aos processos de motivação, de liderança, de decisão, de eficácia, e que são descritos de seguida.

A *cultura de apoio* insere-se no modelo teórico das relações humanas. Enfatiza a flexibilidade e o lado interno da organização e tem por principal objectivo a criação e manutenção da coesão e empenho das pessoas. A participação, a confiança, o sentimento de pertença, são os valores nucleares da motivação. A liderança tende a estimular a participação e a apoiar o desenvolvimento das pessoas, fomentando o trabalho em grupo. O critério de eficácia inclui o desenvolvimento do potencial humano e do envolvimento das pessoas.

A *cultura de inovação* valoriza a flexibilidade e a mudança, mas centra a atenção na adaptação da organização às exigências da envolvente externa. Como valores dominantes, estão o crescimento, a aquisição de recursos, a criatividade e a capacidade adaptativa. Na base da motivação estão o desafio e iniciativa individual, a possibilidade de inovar, a variedade de tarefas e o crescimento em termos do ser. A liderança apropriada legitima-se na capacidade de correr riscos, de fazer crescer a organização e de ter uma visão estratégica. A eficácia mede-se pela quota de mercado e pelo crescimento em volume de negócios.

A *cultura de objectivos* enfatiza a produtividade, o desempenho, o alcance dos objectivos e a realização, consistindo a motivação na capacidade de competir e de alcançar os objectivos pré-determinados. A liderança tende a ser orientada para a tarefa e alcance dos objectivos e a eficácia assenta na produtividade conseguida com base no planeamento e na eficiência de funcionamento.

A *cultura de regras* valoriza a formalização e segurança, a uniformidade e a centralização, em nome de uma estabilidade interna. O que constitui factor de motivação é a segurança, a ordem, as regras e normas de funcionamento parametrizadoras do funcionamento organizacional. A liderança tende a ser conservadora no sentido de garantir o controlo e de assegurar a estabilidade e segurança características que funcionam como critério de eficácia.

Coloca-se então a questão de saber se é desejável uma organização possuir uma cultura “forte” que integre e controle mais, do que diferencie. Uma cultura “forte” é definida pela homogeneidade, estabilidade, profundidade e intensidade da partilha dos pressupostos fundamentais que cimentam os elementos humanos da organização. Se

uma organização estável apresenta uma longa, variada e intensa história e enfrentou com sucesso problemas difíceis de sobrevivência, possui por certo uma cultura “forte”.

Da mesma forma, uma organização que apresenta uma elevada rotação dos seus membros, em especial os dirigentes, ou é bastante recente e ainda se não deparou com dificuldades, possuirá uma cultura “fraca”. A organização deve antes dispor de uma cultura adequada, que lhe permita fazer face aos problemas de adaptação ao seu meio externo e de integração do seu meio interno. Desta forma se ilustra o modo como a cultura de uma organização pode constituir uma vantagem ou um obstáculo ao seu desenvolvimento e à resolução dos problemas (Neves *et al.*, 2001:466).

A cultura pode, pois, funcionar como facilitadora ou dificultadora na resolução de problemas, pelo que, mais importante do que o problema da homogeneidade cultural *versus* heterogeneidade, é a necessidade de avaliar a complexidade dos problemas e o grau de ajuste das soluções aos mesmos. E neste sentido, as organizações podem obter bons resultados com culturas “fortes”, com culturas “fracas”, com uma cultura “singular” (única e geral) e com uma cultura “plural”, residindo a questão fulcral na rapidez e adequação das respostas às exigências do meio envolvente (*ibid.*).

Para Cardoso *et al.* (2004), organizar significa integrar de uma forma harmoniosa os recursos humanos, técnicos e financeiros de forma a otimizar a consecução das metas definidas. Implica uniformização de metodologias e instrumentos compatíveis orientados por cultura de envolvimento de todos nos objectivos da empresa. A partir dos objectivos das organizações, pode compreender-se o seu funcionamento interno, tendo presente as características do ambiente externo, das tecnologias e das estruturas organizacionais.

Trata-se no fundo de, perante uma dada realidade desenvolver uma dinâmica organizacional presidida por objectivos, estratégias e processo de tomada de decisão que integra recursos humanos, materiais, técnicos e financeiros necessários ao funcionamento da organização.

Segundo Caetano *et al.* (1996), as estruturas organizacionais, os níveis hierárquicos de autoridade, os papéis, as normas, o processo de tomada de decisão, são o resultado da sua adaptação e reacção sistemática às contingências do ambiente externo. Para o mesmo autor, o melhor modelo será, portanto, aquele que consegue uma melhor adaptação e ajustamento face às contingências das pressões desse mesmo ambiente, interligado ao ambiente interno. Por outro lado, a existência de uma prática institucional normalizada é sobejamente reconhecida na prestação de cuidados de saúde, promovendo a adequação

de procedimentos ao ritmo da evolução do conhecimento científico e da inovação técnica.

Nos hospitais, as metodologias da qualidade, de distribuição de trabalho, “por enfermeiro responsável”; “processo de enfermagem”; “sistema de classificação de doentes”, “definição de padrões e critérios de qualidade”, são métodos e instrumentos testados e de utilização crescente, que reúnem características que os recomendam, como instrumentos privilegiados em estruturas organizacionais flexíveis.

Por outro lado, as organizações são entidades compostas por três componentes interligados, os actores, o sistema cultural e o sócio-estrutural, que se reforçam mutuamente. São pois os actores, que pela sua participação, interacção e aceitação das mudanças irão legitimar a estrutura, incorporando novos valores à cultura, onde o resultado esperado não é voltado apenas para o interior da organização, mas para o seu ambiente externo.

2.3. EQUIPAS DE TRABALHO

Como seres humanos vivemos naturalmente inseridos em grupos, que nos influenciam, mesmo que, por razões de personalidade e/ou circunstanciais, valorizemos a independência, a autonomia e a solidão.

Nos diferentes grupos dos quais somos actores mais ou menos activos (grupos familiares, trabalho, religiosos, recreativos ou de solidariedade social) tendemos a adoptar comportamentos socialmente aceites e apropriados.

Para entendermos o comportamento organizacional, temos que entender que as organizações, não são meros aglomerados de indivíduos, mas antes um conjunto de grupos e subgrupos, com dinâmicas próprias, e que influenciam a forma como os membros da organização agem, interagem e sentem.

A utilização de grupos, por parte das organizações, prende-se com uma grande variedade de motivos, que vão desde a distribuição do trabalho à tomada de decisão, do processamento de informação à resolução de conflitos.

A crescente popularidade da criação de equipas nas organizações é justificada, segundo Cunha *et al.* (2006: 403), pelo potencial que os grupos de trabalho têm, de aumentar, simultaneamente, a produtividade e a satisfação dos seus membros.

2.3.1. CONCEITO DE GRUPO DE TRABALHO/ EQUIPA

Apesar de haver uma multiplicidade de definições sobre o que é um grupo, parece já consensual, segundo Cunha *et al.* (2006: 403), que podemos afirmar a existência de um grupo, numa organização, quando os seus membros:

- *Se definem como membros do grupo, isto é, estão motivados para se juntarem ou manterem no grupo;*

- *São definidos pelos outros como membros do grupo;*
- *Se identificam uns com os outros;*
- *Se envolvem em interacção frequente;*
- *Participam num sistema de papéis interligados;*
- *Partilham normas comuns;*
- *Procuram alcançar objectivos comuns e interdependentes;*
- *Sentem que a sua pertença ao grupo é compensadora;*
- *Têm uma percepção colectiva de unidade;*
- *Se mantêm juntos numa confrontação com outros grupos ou indivíduos;*
- *Sentem que partilham um destino comum.*

Ainda segundo o mesmo autor, podemos verificar que a existência de um grupo supõe a necessidade de interacção mútua e a consciencialização desta mesma interacção. A existência de um objectivo comum, revela-se uma condição necessária, mas não suficiente, para a existência de um grupo.

Um grupo tem, portanto, uma identidade distinta que o separa de outros grupos ou pessoas, tem limites e um sentido de permanência.

Relativamente à diferença de conceito entre grupo e equipa, Cunha *et al.* (2006: 404), defendem que a diferença qualitativa entre um conceito e outro não esconde o essencial: «*um grupo pode funcionar com maior ou menor “espírito de equipa”, mas não deixa de ser...um grupo, isto é, um conjunto de pessoas que tem consciência da sua condição colectiva e que procura atingir um objectivo partilhado*».

2.3.2. A UTILIZAÇÃO DE GRUPOS E EQUIPAS EM CONTEXTO ORGANIZACIONAL

Actualmente os grupos ou equipas de trabalho assumem cada vez mais importância nas organizações, daí a crescente necessidade de uma abordagem científica e técnica no estudo e na utilização dos mesmos.

No entanto, a realização de trabalho por grupos ou equipas, em oposição ao trabalho individual, apresenta alguns desafios. De entre alguns destes desafios destacamos, a tendência à diluição da responsabilidade individual, a demora no processo de tomada de decisão, a tendência para tomar decisões mais arriscadas e a frequência com que recorrem a soluções de compromisso para gerar consenso. Torna-se então lógico perguntar: porque é que as organizações tendem a interessar-se pela criação de grupos de trabalho e o que é que estes trazem como *valor acrescentado* a essas mesmas organizações?

Segundo Cunha *et al.* (2006: 404), este interesse aparece associado aos seguintes benefícios, potenciais, da utilização dos grupos:

«A abordagem grupal é superior em problemas difíceis, novos ou de elevado risco, em que não existe um plano de acção claro;

Quando a solução de um problema exige um conjunto de capacidades e competências diversificadas, que dificilmente se poderão encontrar concentradas numa pessoa, a constituição de um grupo é vantajosa;

Na confrontação entre pontos de vista diferentes, os méritos e desméritos das várias propostas são testados, sendo então provável a emergência de uma melhor escolha;

Da interacção entre os membros do grupo podem emergir propostas, ideias, soluções que, de outro modo, não “veriam a luz do dia”;

As pessoas em geral aceitam melhor as decisões para as quais contribuíram do que aquelas que lhes são impostas sem delas terem tomado conhecimento prévio.»

Resumindo, as principais vantagens atribuídas à utilização de equipas de trabalho, pelas organizações, prendem-se com a criação de soluções mais criativas e mais eficazes na tomada de decisão e, devido ao estabelecimento de um relacionamento informal que é fonte de suporte social e de motivação, são capazes de influenciar a produtividade na organização. As desvantagens associadas à utilização de equipas na organização compreendem a sua perda de eficácia em tarefas muito estruturadas, o facto

de os grupos poderem gerar um efeito de diluição de responsabilidade e existirem custos associados ao tempo necessário para o funcionamento do grupo.

O conhecimento sobre os processos de interacção do grupo pode, por um lado, ajudar a potenciar as vantagens dos grupos e a reduzir, por outro lado, os seus inconvenientes.

O funcionamento de um grupo pressupõe elementos estruturais e elementos dinâmicos – os processos de interacção – que se influenciam reciprocamente determinando o comportamento do grupo. Os processos de grupo caracterizam a forma como o grupo faz aquilo que se propõe fazer e neles são incluídos os dois tipos de influência social (informativa e normativa), a polarização e a coesão. Os elementos estruturais compreendem todos os aspectos que condicionam as interacções no grupo. Entre os mais relevantes podemos considerar a dimensão do grupo, a sua composição, as normas e os papéis no grupo (Ferreira *et al.*, 1999).

A definição dos objectivos de um grupo condiciona o tipo de interacções desse grupo. Uma equipa de trabalho distingue-se pelo facto de os seus membros desempenharem funções de trabalho interdependente e partilharem a responsabilidade por resultados específicos nas suas organizações.

De acordo com os objectivos específicos podem existir na organização, entre outros, equipas operacionais, equipas de resolução de problemas, círculos de qualidade, equipas de gestão e equipas de projecto.

A análise do comportamento de um grupo, numa perspectiva sistémica, permite clarificar a noção de que, a *performance* de um grupo não depende directamente do seu comportamento, mas é mediada, não somente, pelas características da tarefa (complexidade e interdependência), como pelas variáveis ambientais, pela própria estrutura do grupo e pela natureza das características individuais dos seus membros.

A crescente utilização do trabalho em equipa por parte das organizações e a necessidade de assegurar o seu sucesso justificam o maior cuidado na criação de equipas (definição de objectivos, dimensão e composição) podendo levar a que as estruturas organizacionais possam ser (re) concebidas em função das equipas, de modo a contemplar a existência destas e assegurar as condições necessárias ao seu funcionamento.

Segundo Cunha *et al.* (2004), as equipas são um tipo de grupo especial, caracterizado por elevados níveis de independência, com tarefas diferentes mas relacionadas e com conhecimentos e capacidades diferenciadas entre os membros da equipa. Se um grupo tem capacidade para estabelecer objectivos, analisar e resolver problemas, implementar

as soluções e responsabilizar-se pelos resultados então pode ser considerado uma equipa (*ibid.*).

Segundo Caetano *et al.* (2001), o trabalho em equipa está cada vez mais a ser uma forma de realizar trabalho no contexto organizacional. Contudo, segundo Leavitt (1975), citado por Caetano *et al.* (2001), a utilização de grupos de trabalho em contexto de trabalho podem trazer alguns problemas. Os membros de um grupo, podem desperdiçar a sua energia e tempo disponível, sem com isso realizarem trabalho; podem desenvolver normas de produtividade abaixo dos padrões desejáveis [Mayo (1985), citado por Caetano *et al.* (2001)]; a realização do trabalho em grupo pode conduzir a decisões de baixa qualidade [Janis (1972), citado por Caetano *et al.* (2001)] ou aumentar o grau de stress dos seus membros [Hackman (1987), citado por Caetano *et al.* (2001)]. A forma de conceber e gerir grupos nas organizações é de extrema importância, pois não existe nenhum modelo teórico ou empírico, suficientemente testado, que garanta às organizações a eficácia da utilização de grupos de trabalho (Caetano *et al.* 2001).

Estes autores ainda referem o modelo de eficácia de grupo de Hackman (1987), que reside no facto de se estabelecer uma ligação entre a compreensão do comportamento do grupo e a forma de o melhorar. O objectivo deste modelo é identificar os factores facilitadores e inibidores da eficácia da realização das tarefas em grupo e utilizá-los de forma que possa ocorrer uma melhoria real do desempenho. Segundo o autor do modelo, as variáveis utilizadas no modelo necessitam de ser relevantes para o desempenho do grupo, possíveis de serem alteradas na organização e de fácil compreensão para que as pessoas possam utilizá-las. Este modelo assume que a eficácia dos grupos de trabalho da organização é função: do nível de esforço dos membros do grupo que colectivamente realizam tarefas de trabalho; do conhecimento e competências dos membros e das estratégias adequadas utilizadas pelo grupo no seu trabalho (*id.*, *ibid.*).

Hackman (1987), citado por Caetano *et al.* (2001:353), considera que a eficácia do grupo pode ser influenciada pelas seguintes variáveis: desenho do grupo (estrutura e composição do grupo, bem como as normas que regulam o comportamento dos seus membros), contexto organizacional (sistemas de recompensas e de informação e recursos disponíveis) e sinergias do grupo (resultante da interacção dos vários membros do grupo).

2.4 SÍNTESE

Apresentámos de uma forma resumida algumas teorias da evolução do trabalho, desde as teorias clássicas, assentes numa forte racionalidade, regras e supervisão de gerir as organizações. Este modelo de gestão perspectiva uma abordagem de sucesso empresarial, com base nos pressupostos acima referidos. Gerir para o sucesso era desenvolver uma atenção específica aos processos, métodos, regras e controlo interno da organização.

O modelo das Relações Humanas apresenta uma forma de gerir, lutando contra o racionalismo das teorias clássicas. O seu modelo assenta na componente emocional do homem, nas suas motivações sociais e de estima. Dá especial importância às motivações intrínsecas, reforçando a importância do trabalho em grupo. Todas estas abordagens foram extremamente úteis na sua época. Delas foram retirados muitos ensinamentos para a gestão actual. As mudanças constantes da envolvente, produzem nas empresas uma conceptualização de gestão, em que a empresa é um sistema aberto e de acordo com as variáveis situacionais, que caracterizam o contexto que a envolve, deve-se procurar o modelo de gestão, pois não existe uma única forma de gerir organizações mas sim uma gestão contingente com o sistema envolvente.

A flexibilização organizacional leva a uma nova relação de trabalho. A própria evolução do mercado de trabalho e das exigências do homem actual, conduzem a uma nova conceptualização da relação de trabalho assente em novos pressupostos. O homem de hoje tornou-se mais individualista, preocupando-se cada vez mais consigo e com a sua qualidade de vida num mercado de trabalho cada vez mais competitivo. O velho pacto, em que o trabalhador, em troca da sua estabilidade de emprego, progressão na carreira e uma reforma no final da vida, dava à entidade empregadora a sua lealdade, produtividade e disciplina, está completamente obsoleto. A nova relação de trabalho implica uma grande flexibilidade do conteúdo funcional dos indivíduos nas organizações.

A empresa oferece aos seus Recursos Humanos remunerações de acordo com as suas competências, formação constante, esperando receber em troca um valor acrescentado pela contribuição destes à empresa, bem como um compromisso com os valores da sua cultura e objectivos de negócio.

O conceito de cultura é entendido, como um conjunto de valores partilhados pelos membros da empresa, que radicam na visão dos fundadores e que dão à mesma uma identidade própria e que a diferenciam das demais.

Procurámos analisar o conceito de grupo, os processos que lhe estão subjacentes no sentido de clarificar a sua importância e determinar quais as variáveis que contribuem para a eficácia do trabalho em grupo no contexto organizacional.

CAPÍTULO III – MARKETING DE SERVIÇOS

3.1. CARACTERÍSTICAS DO MARKETING DE SERVIÇOS

Aníbal Pires (2002:8) define o marketing como:

“...a gestão da relação que qualquer organização tem com o mercado onde actua, no sentido de atingir os objectivos que persegue e satisfazer as necessidades do mercado”.

De uma forma mais específica Luís Saias (2007), baseado na definição de serviços de Philip Kotler (Saias, 2007: 19), afirma que serviços:

“ (...) são qualquer acto ou desempenho que uma parte pode oferecer a outra que, é essencialmente intangível e, não resulta na mudança de propriedade de nada. A sua produção pode estar ou não associada a um bem físico”.

O mesmo autor (2007:19), também afirma, que são atribuídas aos serviços quatro características que distinguem “bens e serviços” e são as *“responsáveis pelas diferenças essenciais que distinguem o marketing de serviços do marketing tradicional, muito influenciado pelos bens físicos”.*

Neste ponto, iremos abordar os serviços em geral e a sua importância nas sociedades modernas, na vida do dia a dia dos consumidores em geral e das empresas. Apresentamos em seguida uma delimitação do conceito, apresentando as quatro características que de uma forma consensual, distinguem serviços e principalmente aspectos distintivos do marketing de serviços:

- INTANGIBILIDADE

Denota que a qualidade de serviço não pode ser avaliada pelos cinco sentidos, desta forma esta característica tem o seu maior impacto no progresso do Marketing de serviços. Só pode ser avaliada pelo consumidor após “a decisão de adquirir e consumir” (Saias, 2007: 19). Assim, os fornecedores devem ter mecanismos concretos de demonstração dos serviços de forma a serem avaliados pelo cliente. As características

da intangibilidade não são absolutas, pois a maioria dos serviços são acompanhados de bens físicos. Por exemplo um serviço de B.O. se não operar doentes, não desempenha o serviço que se propõe fornecer. A intangibilidade, provavelmente, é a característica que mais impacto tem no desenvolvimento de um “ramo” do marketing dedicado aos serviços (Saias, 2007).

- INSEPARABILIDADE

Significa que existe uma interligação entre a produção e o consumo, e entre o empregado do produtor e o consumidor. Este facto tem inúmeras implicações na especificidade do marketing de serviços. Por isso deverá haver uma boa gestão entre “os aspectos humanos que influenciam a natureza do que acontece nos momentos em que o serviço é produzido” (Saias, 2007: 19). Este autor, refere, que todos os empregados envolvidos na produção de serviços são pessoas de marketing ou vendedores e a standardização do serviço, mesmo que procurada pelo produtor, é difícil de atingir, pois pode ser “corrompida” pela presença do cliente durante a produção. Por exemplo, um utente entra numa sala de operações para ser operado, a “fábrica/ B.O.” é o ponto de venda, é o local onde consumidor/utilizador se encontram, onde a produção e o consumo são simultâneos, onde o consumidor está em relação física com o prestador de serviços. Como consequência, os serviços não podem armazenados, o que pode levar a problemas no ajustamento entre a oferta e a procura (Dionísio *et al.*, 2004).

- HETEROGENEIDADE

Saias (2007) refere, que a heterogeneidade dos serviços, em resultado do que foi referido na característica anterior, significa que os serviços podem ter resultados diferentes dependendo da produção dos seus recursos humanos. Um indivíduo pode em momentos diferentes obter resultados diferentes. Dionísio *et al.* (2004), refere que o consumidor de um serviço contribui para a qualidade do mesmo, através do seu bom ou mau humor, pelo seu grau de exigência, pela sua experiência, pela forma como se envolve no acto de produção e consumo do serviço. Os clientes não são iguais, por isso é que um serviço é menos homogéneo que qualquer produto industrializado. Neste é possível controlar a sua qualidade e determinar se apresenta as condições exigidas à saída da cadeia de produção, nos serviços isto é quase impossível.

- PERECIBILIDADE

A perecibilidade está muito ligada à característica da inseparabilidade. Esta característica conduz, como atrás foi referido, a problemas e soluções muito específicas de adequação entre a oferta e a procura. Por exemplo, se uma das equipas de enfermagem escalada diariamente para cada sala de operações por qualquer motivo não operar numa manhã os utentes que se encontram no plano, a capacidade de atender utentes, durante aquele período, extingue-se, o que trás problemas de adequação entre a oferta e a procura. Estas situações levam muitas vezes os produtores a fazerem opções entre a probabilidade de aumentar a procura perdida através do aumento das listas de espera, de forma a aumentar a possibilidade de substituição, ou a suportar custos resultantes da excessiva capacidade de oferta (Saias, 2007).

O mesmo autor refere que a partir do ano 2000, as teorias acima descritas começaram a ser criticadas na medida em que foram fundadas com base nas teorias do marketing tradicional, desenvolvido no contexto dos bens físicos, não valorizando o facto do consumidor quando adquire um bem, este só ter valor se ao ser utilizado produzir os resultados para que está destinado.

Christian Gronroos (1990), tem vindo a chamar a atenção para a existência não de um, mas de dois sectores de serviços: um primeiro, denominado oficial e que inclui todas as actividades habitualmente identificadas nessa categoria, isto é, cuja principal actividade consiste em produzir serviços; um segundo, denominado de oculto ou escondido, incluindo as actividades de produção de serviços associados à comercialização e distribuição de bens físicos (Saias, 2007: 21).

3.1.1. SISTEMA DE *SERVUCTION*

O sistema de produção e comercialização de serviços é muito específico, ao contrário do sistema de produção de bens tangíveis. Neste último, o consumidor só tem contacto com o produto nos estabelecimentos de venda, enquanto que, no sistema de produção de serviços, a produção e o consumo do produto são coincidentes no espaço e no tempo, havendo uma correspondência entre cliente e organização. Este conceito, desenvolvido por Eiglier & Langeard (1991), foi denominado *servuction*.

Estes autores (1991:15), definem *Servuction* da empresa de serviços como a organização sistemática e coerente de todos os elementos, físicos e humanos, incluídos

no interface cliente - empresa, necessário para a realização de uma prestação de serviço, cujas características comerciais e níveis de qualidade foram pré determinados.

Os elementos do sistema de servuction são: *o cliente* que é o consumidor implicado no fabrico do serviço e a sua presença é indispensável pois, sem ele o serviço não existe; *o suporte físico* representado por todo o material de suporte necessário à produção do serviço, do qual o pessoal de contacto ou o cliente ou ambos se servem. Este suporte físico está dividido em duas categorias: *os instrumentos necessários ao serviço* e o *ambiente material* onde o serviço tem lugar. Nos *instrumentos necessários ao serviço* estão incluídos os objectos, máquinas, colocadas à disposição do pessoal de contacto e/ou cliente. A sua utilização por estes permitirá a realização do serviço. O *ambiente* é constituído por tudo o que envolve os instrumentos, como a sua localização, instalações e decoração; o *pessoal de contacto* é toda a pessoa empregada pela empresa de serviços, cujo trabalho implica o contacto directo com o cliente. O pessoal de contacto pode não existir em determinadas *Servuctions*, por exemplo, as que são operadas pelo cliente (máquinas automáticas de venda de bilhetes ou bebidas, etc.), ao contrário do cliente e do suporte físico que fazem parte integrante; o *serviço* é o objectivo do sistema e como tal o seu resultado. A melhor definição genérica que se pode atribuir a serviço é *o resultado da interacção entre os três elementos de base que são o cliente, o suporte físico e o pessoal de contacto* (Eiglier & Langeard 1991:16). Esta definição traduz o benefício que deve satisfazer o cliente.

Segundo estes autores, o sistema de *Servuction* até agora tem sido apresentado de uma forma muito redutora da realidade. A representação completa da *Servuction* de uma empresa de serviços tem de incluir: o *sistema de organização interna* e os *outros clientes* (*ibid.*).

O pessoal de contacto e o suporte físico são a parte visível, pelo cliente, da empresa de serviços. Contudo, estes elementos são condicionados pela *organização interna* da empresa, como sejam, os objectivos que pretende atingir, a sua estrutura e as suas operações, resumindo, a sua gestão. Esta é a parte não visível para o cliente da empresa de serviços. Fazem parte da gestão do sistema de organização interna, funções como: pessoal, finanças, marketing, etc. e também as funções não menos importantes e necessárias à realização do serviço como, por exemplo num hospital, o aprovisionamento, o armazém, os serviços de instalações e equipamentos, a lavandaria, os serviços de electromedicina para a manutenção dos dispositivos médicos, etc..

O sistema de organização interna interfere directamente no suporte físico e no pessoal de contacto.

Quando um serviço é oferecido, muitas vezes não é efectuado isoladamente a um cliente, mas simultaneamente a vários clientes. Para explicar este modelo, *outros clientes*, vamos dar como exemplo os clientes A e B. O cliente A é o comprador do pacote de benefícios da experiência do serviço. O cliente B simboliza todos os clientes que fazem parte da experiência do cliente A. O consumo de um serviço é muitas vezes uma experiência partilhada, pois ocorre na presença de outros clientes. São exemplos disto, o assistirmos a um espectáculo musical ou comermos num restaurante. Neste aspecto, dos componentes visíveis do modelo *servuction*, outros clientes podem causar impacto à experiência do cliente A (Bateson & Hoffman, 2006).

A qualidade do relacionamento quer entre clientes, quer entre estes e o pessoal de contacto, quer entre clientes e suporte físico está na base do que é determinado por *Ambiente*, elemento fundamental nos serviços.

3.1.2. SITUAÇÃO E PAPEL DO PESSOAL DE CONTACTO

Segundo Eiglier & Langeard (1991), quando se implementa uma *Servuction*, é fundamental definir com rigor os elementos e as suas relações. Definir o pessoal de contacto consiste em decidir relativamente aos empregados que vão estar em contacto com os clientes.

Estes autores referem que é importante definir qual o serviço que a empresa vai oferecer, bem como o vai fabricar. Depois então, define-se o número de elementos necessários, o seu perfil, as suas tarefas, etc. Para além destas decisões que se devem tomar em relação ao pessoal de contacto, deve-se também tomar decisões relativas à forma como este se vai relacionar com os outros elementos do sistema.

Deve-se atender ao comportamento que o pessoal de contacto deve adoptar em relação ao cliente, ao tipo de trabalho a efectuar e à forma como o vai executar. Todos estes aspectos exercem, possivelmente, uma influência na atitude do cliente.

Em relação à “humanização” do próprio contacto é importante que o pessoal domine as suas reacções afectivas e ao mesmo tempo seja capaz de conter as do cliente.

É fundamental, sem desumanização, profissionalizar a relação, salvaguardando sempre o bom ambiente.

O pessoal de contacto constitui um elemento fundamental e crítico do ponto de vista do marketing, pois personifica a empresa aos olhos do cliente. A empresa é uma coisa abstracta, um serviço também é abstracto, a única coisa tangível é a relação que o cliente experimenta com o suporte físico e acima de tudo com o pessoal de contacto. Este último é uma segurança, dá uma visão à empresa de serviço, ele “é” a empresa de serviço (Eiglier & Langeard, 1991: 48). Com este título recebe muitas vezes elogios de clientes satisfeitos e grandes ofensas quando surge algum incidente. Como único representante da empresa, junto do qual o cliente se pode exprimir, este último tende a sobrestimar o seu papel e o seu poder (*ibid.*).

Os autores referem que a representação mental da empresa que se cria no cliente, só pode ter por base os elementos tangíveis da *Servuction*: o suporte físico, os outros clientes e sobretudo o pessoal de contacto, o qual constitui uma dimensão extremamente importante da empresa de serviços. A sua importância é reforçada pela sua simpatia, indiferença ou antipatia que se cria entre ele e o cliente e sobretudo pelo seu profissionalismo e credibilidade que consegue inspirar. Se o pessoal de contacto tenta ocupar uma posição determinante em relação ao cliente, a sua situação não é a mais fácil de assumir (*ibid.*).

O papel do pessoal de contacto, no âmbito da *Servuction*, é duplo. Por um lado deve efectuar um conjunto de tarefas precisas, possuindo um papel operacional, por outro lado, como estas tarefas se realizam na presença, com ajuda e para o cliente, o seu papel é em simultâneo um papel de relacionamento com este de natureza marketing, o que é denominado por papel relacional (Eiglier & Langeard, 1991: 52).

3.1.3. QUALIDADE DOS SERVIÇOS

Saias (2007), refere que a análise da qualidade em serviços é mais complexa do que para a generalidade dos bens. Este facto deve-se à maior ou menor intangibilidade que está associada aos serviços bem como à diferente natureza das relações entre vendedor e comprador.

Afinal o que é a qualidade? Como se pode definir qualidade de um determinado serviço?

O mesmo autor (2007), efectuou duas experiências sobre o que é a qualidade. A primeira no decurso das aulas de licenciatura de um curso de gestão numa universidade

onde leccionava uma cadeira de estratégia comercial, do currículo do 2º semestre do 5º ano do curso e a segunda, também num contexto de formação, a outro nível: programas para executivos. Em ambas as situações o autor, colocou a pergunta: “Digam lá o que entendem por qualidade do vosso serviço?” ou “O que é para si, no seu negócio, a qualidade?”. Durante seis semestres do curso de licenciatura em gestão que leccionou e de algumas dezenas de cursos de pós-graduação para executivos, que efectuou durante seis anos, nunca obteve uma resposta cabal e satisfatória. Perante toda a literatura revista, não se encontra uma definição que seja consensual. O que a generalidade dos autores parecem concordar é com o seguinte princípio:

“Qualidade é o que os clientes ou os consumidores dizem que é”

(Saias, 2007:324)

A qualidade de um serviço em particular, será aquela que os clientes que adquirem o serviço, percebem ser. Esta definição de qualidade, tão genérica e abstracta para obter consensos, será, por isso, desprovida de utilidade ou consequências praticas? (Saias, 2007). O autor refere que, o facto da interpretação genérica, permitir várias interpretações, não deixa por isso de encerrar duas questões teóricas essenciais que associadas ao conceito de qualidade apresentado, têm duas consequências práticas abrangentes.

A primeira questão refere-se, ao que determina a qualidade percebida num serviço. A forma como se coloca a questão implica que aceitamos a qualidade como um processo de percepção e que o resultado desse processo é o que interessa à empresa. Ou seja, a qualidade “é o que é ou é o que parece”. O autor, diz que não se pode tirar conclusões a partir desta abordagem, é necessário compreender o processo de percepção para poder geri-lo.

A consequência prática para esta questão, está na forma de conhecer o resultado de um processo de percepção, individual, pessoal? Da existência de sistemas de comunicação com os clientes, no sentido de fora para dentro da organização? É comum os clientes emitirem, voluntariamente, opiniões sobre o que lhes agrada ou desagrada. É, pois, extremamente importante estimular essa comunicação, registar as informações e fazer uso das mesmas. Este é um novo conceito de comunicação empresarial, de fora para dentro, que parte dos clientes e se dirige para a empresa.

Actualmente este conceito está na base de uma indústria, que movimenta somas astronómicas e nalgumas empresas de serviços assume mesmo uma importância financeira superior à comunicação tradicional através da publicidade, que através da recolha de informação, fundamentalmente através dos Serviços de Assistência a clientes, dos *call-centers*, registo e organização de ficheiros e base de dados e termina na sua utilização através de ferramentas como o CRM (Customer Relationship Management) (*ibid.*).

Não devemos confundir o que atrás foi referido, com o descurar a importância que tem a comunicação tradicional entre a empresa e os seus clientes. A empresa deve continuar a informar os seus clientes do facto de estar continuamente a procurar satisfazer as suas preferências quanto ao serviço. Aqui, estamos a tratar de outra situação, que se refere ao facto de serem os clientes a informarem a empresa de como vêem o serviço e como gostariam de ver o serviço que lhes está a ser oferecido.

A comunicação de fora para dentro é um resultado desejável, mas envolve muito trabalho e investimento em sistemas de informação e em formação de empregados para que se possa retirar dele todo o potencial. Está bem patente que a comunicação tradicional não se encontra incluída neste processo estratégico de comunicação.

A segunda questão, consiste que a empresa deve definir a qualidade do seu serviço da mesma forma que os clientes a definem. Se não o fizer, poderá tomar medidas erradas que em vez de melhorarem a qualidade percebida vão deteriorá-la, para além do investimento financeiro, tempo do pessoal e da gestão, sem resultados. Trata-se de um problema de definição incorrecta de objectivos e não de eficácia no seu cumprimento.

“Uma definição de qualidade (pela empresa) coincidente com a definição que dela fazem os seus clientes-alvo é a única que pode suportar uma política de marketing eficaz.”

(Saias, 2007:326)

A forma normalmente eficaz e prática de estar em sintonia com o que os clientes pensam é perguntar-lhes.

Muitas vezes não se obtém, através desta prática, o resultado que se pretende. Pois os clientes muitas vezes não sabem responder, sabem responder mas mentem propositadamente por pensarem que podem tirar algum benefício ou por considerarem ser “politicamente correcto”, respondem o que pensam que o entrevistador quer ouvir, o que,

ao efectuarmos a análise da informação compilada, verificamos uma série de respostas não válidas, falseando os resultados retirados da análise (Saias, 2007).

O mesmo autor (2007) questiona: qual a forma de saber o que realmente o cliente aprecia ou deseja do serviço?

Refere que uma das técnicas que se tem demonstrado eficaz é trazer os clientes para “dentro da empresa”, para que participem no processo de concepção do serviço. Nesta actividade os clientes são confrontados com “protótipos” do serviço e vão definindo as características que lhes agrada, as características que compreendem e as que têm mais dificuldade em compreender ou utilizar. Durante este processo os clientes estão a ser observados pelos responsáveis da concepção.

Segundo Dionísio *et al.* (2004), é fundamental um gestor de marketing ter respostas em relação ao porquê do cliente, ao expressar da qualidade ou não qualidade de um produto.

De que forma é que se pode melhorar a qualidade do produto e quais os factores que influenciam a avaliação global dos clientes/ consumidores?

Bateson & Hoffman (2006: 367), referem que embora as medições da qualidade do serviço e da satisfação do cliente, resultem da comparação das percepções com as expectativas, existem algumas diferenças nas definições operacionais entre os dois conceitos. Enquanto a satisfação compara as percepções do cliente com o que este esperaria, a qualidade do serviço compara as percepções com o que o cliente deveria esperar da empresa que presta serviços de alta qualidade.

Segundo os mesmos autores (2006), uma medida de qualidade do serviço frequentemente utilizada e ao mesmo tempo muito debatida é a escala *SERVQUAL*¹, que segundo os seus autores revela os pontos fracos e fortes duma empresa na área da qualidade do serviço. Esta ferramenta é constituída por cinco dimensões, que avaliam a qualidade dos serviços: tangibilidade, confiabilidade, atendimento, segurança e empatia. A ferramenta *SERVQUAL* está dividida em duas secções, compostas, cada uma, por uma escala constituída por vinte e dois itens distribuídos pelas cinco dimensões. Uma das secções regista as expectativas dos clientes de empresas excelentes na indústria de serviço, a outra mede as percepções do cliente de determinada empresa que está a ser avaliada na indústria de serviço. Os resultados, são comparados entre as duas secções e quanto maior for a lacuna em cada uma das cinco dimensões, mais distantes são as percepções do cliente em

¹ Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1988): “SERVQUAL: A Multiple- Item Scale for Measuring Customer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 64, Spring, nº 1, 1988, 12-40.

relação às suas expectativas, logo mais baixa a avaliação da qualidade do serviço. Se a lacuna for baixa, mais elevada é a avaliação.

As expectativas dos clientes são medidas numa escala de um a sete, em que um corresponde a “de maneira alguma essencial” e sete a “absolutamente essencial”. As percepções do cliente são medidas, igualmente, numa escala de um a sete, em que um corresponde a “concordo plenamente” e sete a “discordo plenamente”. A *SERVQUAL* é, pois, uma escala composta por itens que medem expectativas e percepções do cliente a respeito das cinco dimensões da qualidade do serviço.

DIMENSÕES DA ESCALA *SERVQUAL*:

- **Tangibilidade (*tangibles*)** – Devido à intangibilidade do serviço, muitas vezes o cliente, para efectuar a avaliação do mesmo depende da evidência tangível que envolve o serviço. Esta dimensão compara as expectativas do cliente com o desempenho da empresa na capacidade de administrar a variedade de objectos envolvidos na prestação do serviço, como: o aspecto físico das instalações, dos equipamentos, dos empregados, a apresentação dos materiais, folhetos e correspondência diária. O componente dos tangíveis é bidimensional, uma dimensão focaliza instalações e equipamentos e a outra focaliza o pessoal e os materiais de comunicação (Bateson & Hoffman (2006: 368),

- **Fiabilidade (*reliability*)** – os itens que constituem esta dimensão procuram avaliar aspectos relacionados com a forma como o serviço é prestado, se as promessas da empresa são cumpridas, se o serviço é bem executado à primeira, se as entregas são feitas de acordo com o estabelecido, se detém registos sem erros. Reflecte a coerência e a confiança que o desempenho de uma empresa inspira.

- **Atendimento (*responsiveness*)** – os itens desta dimensão procuram medir o tempo, a rapidez e a pontualidade. O atendimento reflecte o compromisso da empresa em fornecer os seus serviços com prontidão. Os clientes podem enfrentar situações em que as suas necessidades são ignoradas por funcionários que estão entregues à sua conversa. Esta situação reflecte ausência de atendimento.

- **Segurança (*assurance*)** – esta dimensão é composta por itens que pretendem medir os aspectos ligados à competência da empresa no que diz respeito ao conhecimento e à forma como esta desempenha o serviço; à cortesia, na forma como o pessoal da empresa se relaciona com o seu cliente e respectivos bens, se reflecte polidez e respeito pela propriedade do cliente; a segurança é uma componente fundamental pois reflecte a sensação que o cliente tem de não correr risco, perigo ou dúvida. Esta componente não

só reflecte perigo de riscos físicos, como riscos de ordem financeira e de confidencialidade.

- Empatia (*empathy*) – esta dimensão está essencialmente ligada a aspectos relacionais na prestação de serviços, tais como: colocar os interesses do cliente em primeiro lugar, compreender as suas necessidades e relacionamento personalizado. Empatia é a capacidade de perceber as sensações dos outros como se fossem as próprias.

A ferramenta SERVQUAL tem sido alvo de várias críticas, relativas à extensão do seu questionário, à validade das cinco dimensões da qualidade do serviço e quanto à sua previsibilidade a respeito da fidelidade do cliente.

Apesar de todas as críticas esta ferramenta destaca vários aspectos que todos os provedores de serviços devem ter em consideração ao examinarem a qualidade da sua prestação. As percepções do cliente dependem muito das atitudes e do desempenho do pessoal de contacto. O atendimento, a empatia e a segurança reflectem a interacção entre cliente e equipa de funcionários. Até os componentes tangíveis estão de certa forma ligados, a aparência, as roupas e higiene do pessoal de serviço (Bateson & Hoffman, 2006: 375).

A forma como os clientes avaliam um serviço depende tanto do processo como do resultado do mesmo. O modo como o serviço é prestado é tão importante quanto a frequência e natureza do mesmo. A satisfação do cliente depende da produção e do consumo do serviço (*ibid.*).

Segundo Berkowitz (2004), na saúde, a perspectiva é similar, os prestadores de cuidados de saúde estão para satisfazer os desejos e necessidades dos utentes. Os serviços de saúde podem oferecer qualquer número de serviços realocando os seus recursos financeiros. No entanto é necessário primeiro definir: qual o serviço a oferecer? É aqui que a perspectiva do marketing é válida.

Num sistema (serviço) de saúde o foco da instituição, orientada pelo marketing, pode ser visto como “nós orientamos as necessidades de saúde de acordo com as necessidades do cliente” (*ibid.*).

Uma estratégia orientada e focalizada no marketing pode levar a uma linha de serviço que inclua os cuidados domiciliários, medicina geriátrica, cuidados fora de horas ou centros de bem-estar. A tendência para sistemas integrados é uma resposta a um mercado que não quer lidar com um sistema de saúde de fornecedores fraccionado, centros médicos isolados, num hospital ou numa seguradora.

O sistema integrado deve fornecer um produto diferente ao consumidor que envolva não só a execução dos cuidados de saúde, mas também aceite o risco do custo do cuidado através de um produto de saúde gerido.

Medir a satisfação nos serviços, com periodicidade, de forma a avaliar as necessidades e expectativas dos clientes, vai permitir às organizações identificar e aferir, de forma mais eficaz, a sua estratégia de marketing, bem como a sua imagem perante os consumidores, aquando da prestação de serviços.

3.2. PERCEPÇÕES DE SATISFAÇÃO

“A satisfação do cliente é a condição necessária para conseguir a sua lealdade: quando os clientes não estão satisfeitos não voltam a comprar e, pior ainda, fazem-no sem sequer se queixarem e, eventualmente, passam a falar mal da empresa ou do serviço.”

(Saias, 2007:191)

Para Pires (2002), a satisfação de um cliente depende não só da forma como as características de um determinado produto correspondem às necessidades do mesmo, bem como das expectativas deste em relação à função a que o produto se destina.

Segundo o mesmo autor, existem vários factores que influenciam o grau de satisfação, tais como: conformidade do produto; se as características do produto fornecido correspondem às necessidades do cliente; o serviço após venda; as garantias; a simpatia e a competência do pessoal de atendimento; as instalações e a imagem.

As expectativas do cliente são criadas pelo fornecedor do produto. Se o fornecedor cria expectativas que não pode cumprir ou mesmo exceder, a avaliação da satisfação é baixa, ainda que o produto corresponda às necessidades do consumidor. Por vezes é útil baixar as expectativas dos clientes de modo a que estas possam ser superadas. Por outro lado, o mesmo autor refere, se o produto oferecido exceder de forma significativa a expectativa criada, pode também ser gerador de desconfiança e incredibilidade.

Assim, quanto melhor as características do produto ou do serviço corresponderem às necessidades do cliente, maior é a probabilidade de atingir um elevado nível de satisfação e quanto maiores forem as expectativas criadas, menores são as probabilidades de satisfação.

Saias (2007), refere que uma das formas de evitar clientes insatisfeitos, é quando detectado o problema, limitar a dimensão do mesmo e recuperar a situação. Por vezes, este processo não é fácil, pelo facto de muitos clientes não se queixarem, o que dificulta a detecção do problema por parte da empresa. A melhor solução é fazer tudo bem desde o início.

Este autor, refere ainda, que uma das formas de medir a satisfação dos clientes é através da abordagem directa aos mesmos, através de inquéritos, que não devem ser complexos, em que estes através de uma escala classificam, duas ou três dimensões da sua satisfação em relação ao serviço e à organização. O autor, ainda refere, que estes inquéritos devem ser efectuados com alguma frequência, de modo a obter informações seguras e actualizadas.

Outra forma apontada pelo autor, para medir a satisfação é através do *feed-back* dos próprios clientes. O ser humano tem uma pré disposição para fazer comentários do que não lhe agrada, de fazer queixas. Muitas vezes, este tipo de comentários, são mal recebidos pelos empregados, considerando o cliente como um inimigo. No entanto este ao queixar-se, dá a solução para o problema e muitas vezes a organização negligencia e ignora esta informação.

Não obstante a grande dificuldade de conceptualização, no contexto de saúde, é do consenso geral, que a satisfação deve ser tomada como avaliação dos cuidados prestados.

3.3. SATISFAÇÃO DO UTENTE COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIOS

Em relação à satisfação do utente, Monteiro (1991), refere tratar-se de um julgamento à qualidade dos cuidados recebidos, sobretudo na área interpessoal, sendo assim um indicador dessa mesma qualidade, visto reflectir a percepção que os utentes retiram do conjunto de cuidados que recebem.

Vuori (1986), também citado por Monteiro (1991), considera que os utentes são a última autoridade no que diz respeito à definição de critérios de bons cuidados nas áreas não técnicas da prestação, constituindo os seus valores e expectativas, factores decisivos no julgamento e no sucesso das relações interpessoais, no âmbito da prestação de

cuidados. Neste sentido, o utente pode constituir um importante factor na avaliação da qualidade dos cuidados, quando direccionada quer para as áreas interpessoais (atendimento, comunicação com a equipa), quer no âmbito das amenidades, onde os cuidados são prestados (conforto, privacidade, higiene), assim como no que se refere às consequências psicológicas e sociais que os cuidados produzem nos utentes.

Fitzpatrick & Hopkins (1993), referem que parece haver acordo em relação à natureza multidimensional da satisfação do utente, isto é os utentes têm opiniões muito díspares sobre aspectos diferentes dos cuidados de saúde, sendo uma das distinções importantes: o aspecto técnico do cuidar e o aspecto humano ou interpessoal do cuidar, também chamado a “arte do cuidar”.

A satisfação do utente não só constitui um indicador importante da qualidade dos serviços, como parece estar directamente relacionada com a adesão terapêutica. Tem-se verificado que os utentes mais satisfeitos com os cuidados são mais passíveis de seguir as prescrições médicas, continuar com o profissional actual e ter um estado de saúde melhor (Fitzpatrick, 1993).

Para Donabedian (1980), cuidados de saúde de qualidade são os que maximizem uma medida inclusiva de bem-estar do paciente, tendo em conta o balanço esperado de ganhos e perdas referente a todas as partes do processo de prestação de cuidados de saúde.

A Direcção Geral de Saúde (1999), no sentido de garantir a continua melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, defende a avaliação da satisfação das necessidades dos utentes, considerando que, são estes que estão em melhor posição para ajuizar se os cuidados recebidos os ajudam a melhorarem o seu estado de saúde e a sua qualidade de vida.

Os enfermeiros são, de um modo geral, a classe profissional mais acessível e mais próxima dos utentes, têm por este motivo uma responsabilidade acrescida no sentido de lhes dar voz e de desenvolverem uma cultura de humanização de cuidados.

As actividades dos profissionais de saúde devem levar em conta a opinião do utente no sentido de o envolverem nos cuidados prestados. Não se trata de trabalhar para ele mas com ele.

O doente que vai ser operado, encontra-se muito vulnerável, o que leva a não atribuir grande importância à presença dos enfermeiros, relacionando frequentemente a qualidade e o êxito da cirurgia unicamente com a perícia do cirurgião, ignorando a

maioria das vezes a função e a presença dos enfermeiros e restante equipa do bloco operatório (AESOP, 2006).

A função do enfermeiro perioperatório continua desconhecida do grande público, sendo, igualmente, desconhecida por outros profissionais de saúde.

A sua missão é garantir e disponibilizar ao doente cirúrgico e ao ambiente que o envolve, cuidados de enfermagem específicos, de qualidade.

Segundo Ribeiro (2003), no estudo que efectuou sobre “Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem”, refere que, segundo Clearly & McNeil (1998), frequentemente, os investigadores não diferenciam o tipo de satisfação avaliada. Muitas vezes são utilizadas medidas de avaliação global. Mas, se o instrumento de avaliação utilizado, medir factores específicos e relevantes para a melhoria dos cuidados, então os resultados obtidos podem tornar-se fundamentais para atingir esse objectivo.

É com base nesta especificidade dos cuidados prestados aos utentes no B. O. e tendo em atenção as condições específicas em que se desenvolvem as interacções entre enfermeiro-utente no período perioperatório, que pretendemos referir dimensões passíveis de serem apreciadas por estes e que têm como objectivo avaliar o grau de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem.

A AESOP (2006), determina que para um funcionamento seguro e eficiente do B. O., os enfermeiros devem respeitar os seguintes critérios:

- Oferecer aos utentes condições de acolhimento em segurança. O enfermeiro deve privilegiar este momento, pois o utente ao ser recebido de uma forma personalizada, por certo que a sua ansiedade, que decorre também de estímulos ambientais, diminuirá. O utente sentir-se-á pessoa e não fazendo parte, de imediato, da realidade inanimada de instrumentos e aparelhos tecnológicos. O enfermeiro perioperatório deve tornar o acolhimento humanizado, integrando a pessoa e a circunstância, que tanto o preocupa nesse momento, como a separação da família, entrar em contacto com um meio estranho, bem como enfrentar todos os seus medos e fantasias. O primeiro impacto no acolhimento produzirá no utente, lembranças que perdurarão e que serão determinantes no seu comportamento e no estabelecimento de uma relação terapêutica.

- Favorecer a dignidade do utente permitindo privacidade e confidencialidade. Pretende-se que exista uma relação de ajuda que envolva duas pessoas em que a pessoa ajudada desenvolva capacidades para enfrentar o seu problema. Constitui uma troca verbal ou não verbal que permite que o utente encontre um bem-estar físico, psicológico

e social. Para Gaspar (2000:32), “ a relação de ajuda é intrínseca aos cuidados de enfermagem que devem ser prestados tendo em atenção esta relação”.

- Comunicar com o utente. O enfermeiro deve utilizar esta arte na sua prática quotidiana, como uma atitude terapêutica que procura a independência do utente e que favorece a cooperação entre os vários intervenientes de todo o processo. Como refere Lourenço (1996:68), “cada um de nós necessita de ter a responsabilidade de melhorar as técnicas de comunicação, todos temos de comunicar e é preferível fazê-lo de forma correcta”. Comunicar, faz parte do dia-a-dia de todos nós que vivemos em sociedade, assim é um componente essencial na vida de cada um. O objectivo da comunicação é a resposta à satisfação das necessidades humanas fundamentais. Para Martins (1996:64), “pela comunicação aprendemos e ensinamos acerca de nós próprios e podemos servir de espelho para o outro se reconhecer”. A comunicação não se refere só às palavras, à sua estrutura e sentido, mas também à vertente não verbal, à linguagem do corpo e ao contexto onde ela é produzida. Como refere Martins (1996:65):

“...a comunicação possibilita-nos estabelecer uma relação de ajuda, não esquecendo que o utente/doente está ali numa situação, para ele não familiar, e além de estar no desconhecido, está em desequilíbrio ou para lá caminha.”

- Escutar o utente. A escuta é um instrumento essencial que permite ao enfermeiro ter acesso à compreensão do utente, embora muitas vezes nos limitemos a ouvi-lo. Para Lazure (1994:15), “escutar é constatar através do sistema auditivo estimulado, mas é também aceitar o facto de se deixar impregnar pelo conjunto das suas percepções externas e internas”. O enfermeiro que sabe escutar consegue compreender a mensagem do utente, ficando disponível para a comunicação, pois consegue estar atento à linguagem não verbal, que quando correctamente interpretada transmite informações que podem ser importantes no desenrolar do processo da relação de ajuda. Para um utente que vai ser submetido a uma intervenção cirúrgica, a Escuta é um factor muito importante, pois o enfermeiro deve dar-lhe a oportunidade de exprimir os seus receios, ao mesmo tempo que avalia todas as componentes que envolvem a linguagem verbal. Como refere Lazure (1994:16):

“...em relação de ajuda, a escuta é uma capacidade, um instrumento essencial, que o enfermeiro deve desenvolver, pois é a única via de acesso à compreensão dos clientes”.

Para além das dimensões referidas, o controlo e alívio da dor pós-operatória são também hoje um imperativo ético quando cuidamos de utentes neste período.

Segundo Cerejo (2001), o medo da dor no pós – operatório, “ (...) *é um fenómeno sempre presente aquando da realização de um acto invasivo, é um dos problemas que mais aflige o utente, por não saber qual a sua intensidade, como e se ela vai ser combatida, como e se lhe irão aliviar o sofrimento*”.

No Plano Nacional de Luta Contra a Dor da Direcção Geral de Saúde (2001:27), encontramos a definição de dor perioperatória, sendo esta: “*Dor presente no doente cirúrgico, de qualquer idade, e em regime de internamento ou ambulatório, causada por doença preexistente, devida à intervenção cirúrgica ou à conjugação de ambas.*”

As orientações fornecidas por este Plano (2001:26,31) assinalam ser:

“ (...) *eticamente inaceitável não propiciar ao doente todos os meios disponíveis para lhe aliviar a dor e o sofrimento inúteis* ”.

Seguindo a mesma linha de pensamento, a Circular Normativa nº 9 de 14/06/2003 da Direcção Geral de Saúde, refere nas suas alíneas b), e) e f) que:

“b) *O controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde*”;

“e) *O sucesso da estratégia terapêutica analgésica planeada depende da monitorização da Dor em todas as suas vertentes*”;

“f) *A avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de uma forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipe prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente*”.

Neste sentido, e considerando o enfermeiro como uma pedra basilar, numa estratégia multidisciplinar de controlo da dor é também da sua responsabilidade implementar, executar e avaliar os planos anti-álgicos traçados para o doente, uma vez que este é o profissional que, nas 24 horas diárias, mais tempo permanece junto ao doente que sobre este ajuizará o efectivo alívio ou não da sua dor.

3.4. SÍNTESE

Os serviços atravessam todos os aspectos da nossa vida, como tal, a necessidade de ter conhecimentos em relação ao marketing de serviços, é maior hoje do que era antes.

Verificamos que, por vezes, não é clara a distinção entre bens e serviços. Os bens normalmente são definidos como objectos enquanto os serviços são definidos como acções ou desempenhos. Quando um cliente compra um serviço, compra uma experiência. Esta experiência para o cliente é criada pelas quatro componentes do sistema *servuction*: o ambiente inanimado, o pessoal de contacto, outros clientes e a organização interna. Os clientes de serviços constituem parte integral do processo de produção de serviços.

A qualidade de um serviço e a satisfação do cliente estão entrelaçados. Mas enquanto a satisfação do cliente pode ser considerada uma medida de curto prazo, já a qualidade de serviço é uma medida mais abrangente, de longo prazo. A satisfação compara as percepções do cliente com as suas expectativas enquanto a qualidade do serviço compara as percepções dos clientes com suas expectativas em relação à empresa de alta qualidade. As avaliações da satisfação do cliente e sobre a qualidade de serviço são complementares, pois se após cada prestação de serviço avaliarmos a satisfação do cliente, esta informação ajuda a avaliar o desempenho da empresa quanto à qualidade do serviço. A escala *Servqual*, é um instrumento de avaliação da qualidade de serviço. Compara as expectativas do cliente com suas percepções ao longo das cinco dimensões da qualidade de serviço.

Em particular, em relação à satisfação do utente, Monteiro (1991) refere tratar-se de um julgamento à qualidade dos cuidados recebidos, sobretudo na área interpessoal, sendo assim um indicador dessa mesma qualidade, visto reflectir a percepção que os utentes retiram do conjunto de cuidados que recebem.

Para prestar um serviço com qualidade é importante haver um conhecimento das necessidades do cliente, empenhamento dos provedores de serviços em oferecer qualidade e sistemas de prestações de serviço vocacionadas para apoiar a missão de qualidade geral da empresa.

CAPÍTULO IV – CARACTERIZAÇÃO DO BLOCO OPERATÓRIO / PERÍODO PERIOPERATÓRIO

A palavra “perioperatório” é um termo abrangente, que engloba as três fases da experiência cirúrgica: pré – operatório (antes da cirurgia), intra – operatório (durante a cirurgia) e pós-operatório (após a cirurgia).

Castellanos & Jouclas (1990), dividem o período perioperatório em:

- Período pré – operatório imediato, que se inicia na véspera da cirurgia e termina no momento em que o doente é recebido no bloco operatório,
- Período intra-operatório, que tem início no momento em que o doente chega ao bloco operatório e termina quando o doente é encaminhado para a recuperação pós-anestésica (RPA/UCPA);
- Período de recuperação pós-anestésica, que vai desde o momento de saída da sala de operações até à sua alta da UCPA;
- Período pós-operatório imediato, que se inicia no momento da alta da UCPA e vai até às primeiras 48 horas pós cirurgia.

A expressão enfermagem perioperatória é utilizada para descrever uma vasta variedade de funções de enfermagem, associadas com a experiência cirúrgica, que se desenvolvem num ambiente específico, o bloco operatório, que culturalmente nos surge como um meio enigmático, não só pela visão mais ou menos misteriosa de um meio fechado, interdito, frio, com equipamento sofisticado e pessoas de cara coberta, mas também, por ser o local onde se exerce um poder – o poder sobre a vida e sobre a morte. O acto cirúrgico toca a vida e por consequência, inevitavelmente, a morte.

4.1. DESCRIÇÃO DO SERVIÇO – BLOCO OPERATÓRIO

A história dos Blocos Operatórios esteve sempre ligada à história das cirurgias, às descobertas sobre a infecção microbiana com Pasteur, aos conceitos sobre a propagação da infecção, dando especial importância à necessidade de controlo da infecção dos doentes cirúrgicos (AESOP, 2006).

A AESOP (2006:20) define que o *Bloco Operatório*, é uma unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésico/cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, com o objectivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida.

FUNÇÃO DO SERVIÇO: realização de intervenções cirúrgicas programadas e de urgência, bem como alguns procedimentos que requeiram um elevado nível de cuidados de assepsia e/ou anestesia.

LOCALIZAÇÃO DO SERVIÇO: o B.O. está localizado numa área terminal/ isolada de circulação geral do hospital, mas simultaneamente acessível ao serviço de urgência, UCI, central de esterilização, serviços de apoio e serviços de internamento.

O B. O. foi planeado e organizado de modo a facilitar o fluxo interno e externo de doentes, pessoal e material nas três áreas definidas no B.O.: área livre, área restrita e área semi-restrita de acordo com as actividades específicas que se realizam em cada uma delas.

CIRCUITOS: estão definidos três circuitos com áreas de acesso diferentes: doentes, pessoal e material. Todos eles obedecem ao Princípio da Assepsia Progressiva.³

O Princípio Geral de Circulação Interna que se utiliza no nosso B.O. é: *Sentido único para materiais / resíduos*.

O doente é transportado para o B.O. em maca ou cama hospitalar. O transfer do doente é efectuado, com apoio de uma manta de deslizamento, para a maca de transporte do bloco operatório. Em circunstância nenhuma deverá entrar a cama hospitalar para dentro do B.O..

O pessoal equipa-se com fardamento próprio antes de entrar na zona operatória propriamente dita. A entrada de pessoal no bloco não se pode fazer antes de se ter atravessado e utilizado o vestiário, seja para retirar a roupa da rua, como para retirar a farda ou roupa hospitalar e vestir o fardamento do B.O..

³ “A regra de Assepsia Progressiva define a sala de operações como “ambiente limpo” e os espaços reservados ao público como “ambiente sujo”. Esta regra vai determinar um tráfico controlado, limitado e com barreiras para o pessoal, doentes e materiais” (AESOP, 2006:23)

O material é recebido e verificado à entrada do Bloco. As primeiras embalagens do material devem ser retiradas imediatamente antes de entrar no interior do mesmo.

Os instrumentais cirúrgicos que vêm directamente da central de esterilização, possuem uma zona de aprovisionamento exterior e uma zona de recepção interior em arsenal próprio.

DESCRICÃO FÍSICA DO SERVIÇO: a arquitectura do B.O. enquadra-se na variante de corredor triplo com zonas operatórias compartimentadas ou suites operatórias. O corredor central constitui a zona operatória propriamente dita; o corredor da esquerda é para o circuito de sujios e o corredor da direita é para o circuito de material limpo e pessoal. O Bloco é constituído por cinco salas operatórias, quatro das quais precedidas de sala de arsenal de material estéril de apoio, sala de pré-anestesia e sala de desinfectão cirúrgica. Estas salas desenham-se ao longo de um corredor central único, onde, partindo do *transfer* de entrada de doentes, surgem do lado esquerdo as suites operatórias e do lado direito os arsenais de material e gabinetes diversos.

CARACTERÍSTICAS DAS SALAS OPERATÓRIAS: As salas operatórias dispõem de cinco portas, que correspondem aos locais que com elas se relacionam funcionalmente: doente (entrada e saída), pessoal, material estéril e sujios. As salas estão sob pressão positiva em relações aos circuitos anexos, de modo a que o ar saia de dentro para fora da sala operatória sempre que se abre uma porta.

O chão é de linóleo para garantir a capacidade de condução eléctrica suficiente para dissipar a electricidade estática, do equipamento e do pessoal, evitando assim descargas electrostáticas perigosas. Para além disso é um material duro, não poroso que permite a limpeza com água.

As paredes e tectos estão pintadas com tintas impermeáveis, resistentes ao fogo e laváveis.

A união do chão com a parede é arredondada para facilitar e garantir a melhor limpeza possível.

A iluminação geral é proporcionada por luz artificial branca e fluorescente, colocada no tecto, distribuindo-se de modo uniforme. A iluminação do campo operatório é assegurada por candeeiros cirúrgicos (*Pantoff*) que estão colocados no tecto por cima das mesas de operações, e possuem as seguintes características: intensidade parecida

com a luz do dia e sem fazer sombra; ajustam-se facilmente em qualquer posição ou ângulo; produzem o mínimo de calor e são de fácil limpeza.

O B.O. possui um gerador que é accionado automaticamente na falta de energia eléctrica.

A temperatura da sala operatória deve ser mantida entre os 19°C e os 24°C, para uma humidade relativa de 50% a 55% (limite mínimo e máximo entre 40% a 60%).

A fundamentação da necessidade de limites, mínimo e máximo, de temperatura e humidade está na relação do crescimento de bactérias com temperaturas mais próximas da temperatura corporal e taxas de humidade acima dos 55%, sabendo-se que temperaturas mais frias inibem o crescimento bacteriano. Por outro lado, ambientes com baixa percentagem de humidade relativa (<50%), aumentam os riscos relacionados com a electricidade estática.

Existe uma Unidade de Tratamento de Ar especifica para o bloco operatório.

A distribuição de ar é promovida por insuflações a partir de grelhas superiores por onde sai o ar ultra filtrado e é extraído por grelhas inferiores a cerca de 30 cm do chão. O sistema implica 20 renovações totais / hora.

O sistema de filtragem é composto por pré-filtros lavados mensalmente, filtros intermédios trocados semestralmente, filtros absolutos trocados anualmente e realização de uma filtragem suplementar do ar.

4.1.1. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

O Bloco tem quarenta e dois enfermeiros: dois na gestão do serviço, quinze de horário rotativo (cinco equipas de cinco elementos com o horário de uma manhã, uma tarde, uma noite, descanso e folga) e os restantes praticam horário fixo (horário das oito às dezasseis horas de segunda a sexta-feira).

O B.O. está dividido em seis áreas funcionais, com rotatividade anual:

- Anestesia;
- Cirurgia Geral;
- Urologia;
- Especialidades Cirúrgicas (Otorrino, Oftalmologia e Cirurgia Plástica);
- Ginecologia;

- Ortopedia.

Cada área é constituída por um número variável de enfermeiros (quatro a seis membros), coordenados por um profissional perito.

O objectivo desta divisão consiste:

- Melhorar a qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem no B.O. ;
- Seleccionar o material por especialidade, de forma a facilitar a aprendizagem e identificação por parte dos profissionais;
- Aprofundar conhecimentos nas várias especialidades;
- Uniformizar procedimentos e criar protocolos de actuação;
- Controlar os períodos de manutenção dos equipamentos e dos stocks dos materiais de consumo.

4.1.2. FUNÇÕES DO ENFERMEIRO PERIOPERATÓRIO

Assim, define-se como função do enfermeiro perioperatório:

Identificar as necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais do doente/família, para elaborar e pôr em prática um plano individualizado de cuidados que coordene as acções de enfermagem, baseadas no conhecimento das ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem estar do indivíduo antes, durante e após a cirurgia [(AORN), citado por AESOP, (2006: 108)].

Neste ponto serão abordadas, sumariamente, as várias funções do enfermeiro perioperatório: enfermeiro de anestesia, circulante, instrumentista e enfermeiro da Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA).

Estas quatro funções, embora distintas, revelam-se complementares, e um enfermeiro perioperatório deve adquirir competências específicas para o desempenho de cada uma delas.

A enfermagem perioperatória é definida como:

(...) o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro da sala de operações através de um processo programado (ou de várias etapas integradas entre si), pelo qual, o enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos no trabalho realizado (AESOP, 2006:107)..

Em unanimidade, todos os membros da *EORNA- European Operating Room Nurses Association* (1997), citado por (AESOP, 2006:108) defendem que:

Os indivíduos submetidos a cirurgia invasiva ou procedimentos anestésicos, têm o direito de serem cuidados por pessoal qualificado, num ambiente seguro, enquanto estiverem numa unidade perioperatória.

Define-se então como cuidados perioperatórios:

(...) Conjunto de actividades desenvolvidas pelos enfermeiros perioperatórios para dar resposta às necessidades do doente submetido a cirurgia e ou qualquer outro procedimento invasivo [AESOP, (1998), citado por AESOP (2006:8)].

A dimensão do cuidar da enfermagem perioperatória não se limita ao momento cirúrgico, antes, atravessa transversalmente a fase pré, intra e pós operatória da experiência anestésica e cirúrgica do doente.

Assim, podemos dizer que a prática de cuidados de enfermagem no bloco operatório é orientada por um modelo conceptual, que consiste:

(...) nas actividades de enfermagem desempenhadas pelo profissional de enfermagem durante as fases pré, intra e pós-operatória (AORN, 1978).

AESOP (2006:6).

Os objectivos da prática dos cuidados de enfermagem perioperatória têm como finalidade:

- Estabelecer fios condutores em relação ao cuidar e ao trabalho técnico;
- Garantir a qualidade dos cuidados perioperatórios;
- Avaliar o desempenho profissional;
- Elaborar objectivos de formação para os novos enfermeiros perioperatórios;

- Dar visibilidade ao conteúdo funcional do enfermeiro perioperatório.

Partindo do pressuposto que no B.O., o doente:

- É o centro da actividade do enfermeiro;
- Recebe cuidados individualizados e adaptados às suas necessidades.

Sendo por tal fundamental que o enfermeiro perioperatório:

- Acompanhe, seja responsável e responsabilizado pelo doente durante a sua permanência no bloco operatório;
- Elabore um plano de cuidados perioperatórios que garanta a qualidade dos cuidados;
- Preste cuidados que visem dar resposta às necessidades do doente naquela unidade.

Podemos então descrever o papel do enfermeiro perioperatório como o:

(...) conjunto de actividades orientadas não só para a técnica, mas também para as necessidades humanas centradas na relação de ajuda e no cuidar.”

(AESOP, 2006:108).

No decorrer da sua actividade, o enfermeiro deve assumir uma atitude ética e deontologicamente adequada, não só quando cuida do doente, mas também nas relações interpessoais com os diferentes membros da equipa multidisciplinar.

4.1.2.1. FUNÇÕES DO ENFERMEIRO DE ANESTESIA

O enfermeiro de anestesia deve compreender e valorizar a área de enfermagem da anestesia como um campo distinto, mas em complementaridade com a área de circulação e instrumentação, no âmbito dos cuidados perioperatórios.

Quando colabora com o anestesista, o enfermeiro de anestesia é responsável pelo doente numa fase de grande dependência, sendo por isso necessário:

- Manter uma observação e vigilância intensivas;

- Ter capacidade para despistar sinais e sintomas de complicações que possam surgir;
- Estar apto a actuar em situações de urgência e emergência.

A actuação do enfermeiro de anestesia centra-se na aplicação de medidas ao nível da:

- Preparação de fármacos e operacionalidade do equipamento de anestesia;
- Manutenção da estabilidade hemodinâmica;
- Prevenção e controlo de reacções decorrentes do efeito de anestésicos;
- Manutenção da permeabilidade perfusional;
- Comunicação com o enfermeiro da UCPA para transmitir informações relevantes acerca do estado clínico do doente, de modo a permitir a sua transferência em segurança;
- Ultimear os registos das intervenções de enfermagem no intra-operatório;
- Transferência rápida e segura do doente para a UCPA / serviço de destino, estabelecendo prioridades em função do estado hemodinâmico do doente.

4.1.2.2. FUNÇÕES DO ENFERMEIRO CIRCULANTE

A AESOP defende que a função de enfermeiro circulante deve ser desempenhada por um enfermeiro experiente, com competências científicas e técnicas actualizadas de modo a dar resposta a qualquer situação urgente/emergente no B.O..

Os seus conhecimentos e competências, o olhar atento e perspicaz, a técnica de controlo, o conhecimento sobre dispositivos médicos, activos e não activos, fazem do enfermeiro circulante um gestor perfeito da sala de operações e o garante da segurança do doente e de toda a equipa multidisciplinar.

Ser enfermeiro circulante não é uma prática meramente rotineira, mas implica desenvolver um conjunto de procedimentos, fruto de um pensamento crítico e reflexivo permanente, em busca de uma melhoria contínua dos cuidados prestados ao doente cirúrgico.

O enfermeiro circulante cuida do doente de uma forma *holística*⁴, responsabiliza-se pelo seu acolhimento e dá resposta às suas necessidades de comunicação, conforto e

⁴Global

segurança. Este também é responsável por dar resposta às necessidades da equipa cirúrgica, competindo-lhe organizar, gerir, controlar todo o trabalho da sala de operações para que o acto cirúrgico se realize nas melhores condições de segurança para o doente e equipa cirúrgica.

No entanto não fazendo parte da equipa estéril ele desenvolve a sua função em redor do campo operatório, detectando qualquer quebra de assepsia e introduzindo atempadamente medidas correctivas. Antecipa-se e dá resposta às necessidades desta equipa, especificamente assistindo o enfermeiro instrumentista, enquanto dá continuidade aos cuidados ao doente garantindo a sua segurança, registos e documenta toda a informação necessária para a continuidade dos cuidados. Para além da prestação de cuidados cabem-lhe ainda as funções de gestão, de organização do trabalho, de relação, de manutenção, de ensino e de compatibilização.

É o garante da qualidade dos cuidados de enfermagem, da segurança do doente, da manutenção do ambiente cirúrgico seguro, e da assepsia no campo operatório.

O enfermeiro circulante actua como líder da equipa na sala de operações, coordena todas as actividades de enfermagem, garantindo a qualidade dos cuidados de durante o período perioperatório.

A própria rentabilização das salas de operações passa pela responsabilidade do enfermeiro circulante, porque consegue gerir os tempos e os contactos com o exterior, de modo a não existirem “tempos mortos”. A possibilidade de circular na sala de operações permite-lhe coordenar o conjunto de actividades dentro desta e realizar a comunicação com o exterior. Ao enfermeiro circulante é-lhe exigido uma evolução permanente, devido às constantes mudanças imputadas pelo avanço científico e tecnológico, e uma avaliação constante da qualidade dos cuidados prestados.

As actividades do enfermeiro circulante podem então classificar-se como actividades assistenciais e actividades de gestão, sendo o elemento responsável pela gestão organizacional dentro da sala operatória e respondendo perante as hierarquias sobre as ocorrências neste âmbito.

4.1.2.3. FUNÇÕES DO ENFERMEIRO INSTRUMENTISTA

Como em qualquer outra função do enfermeiro perioperatório, a prestação de cuidados do enfermeiro instrumentista, exige competências específicas na área da enfermagem perioperatória.

O enfermeiro instrumentista desenvolve a sua actividade inserido na equipa cirúrgica, que irá cuidar do doente durante um determinado procedimento cirúrgico. Nesse sentido, assume a responsabilidade individual e em equipa, dos cuidados que presta, em parceria com outros profissionais, que têm a seu cargo determinado doente.

No âmbito desta valência é sua função prever, organizar, utilizar, gerir e controlar a instrumentação para que a cirurgia decorra nas melhores condições de segurança para o doente e equipa.

O desenvolvimento de competências a este nível é um percurso moroso pela especificidade e valência de funções.

O enfermeiro perioperatório deve dominar saberes específicos relativamente à área de instrumentação, de forma a permitir um desempenho eficiente e eficaz no âmbito do doente e da equipa pluridisciplinar, fundamental na gestão dos cuidados, dos recursos humanos e materiais.

Os objectivos da actuação do enfermeiro instrumentista são:

- Promover o acolhimento do doente na sala operatória;
- Prevenir, reduzir e eliminar o risco de infecção operatória;
- Cumprir e fazer cumprir os protocolos estabelecidos no âmbito da técnica asséptica cirúrgica e das contagens dos itens quantificáveis;
- Zelar pela segurança do doente e equipa;
- Contribuir para a diminuição do tempo cirúrgico, pela inexistência de “tempos mortos”;
- Contribuir para a diminuição dos custos do procedimento cirúrgico, promovendo uma gestão controlada dos gastos e um adequado controlo dos dispositivos médicos;
- Promover a durabilidade dos instrumentos, promovendo e exigindo cuidado na sua manipulação, utilização e manutenção.

O enfermeiro instrumentista tem funções próprias, dependentes e independentes, baseadas nos conhecimentos científicos da enfermagem perioperatória e relacionados com a área específica da sua intervenção.

4.1.2.4. FUNÇÕES DO ENFERMEIRO DA UNIDADE DE CUIDADOS PÓS ANESTÉSICOS

O período de recobro pós-anestésico é o espaço de tempo que se segue imediatamente a um acto terapêutico e/ou diagnóstico efectuado sob anestesia geral, loco regional ou sedação.

Os principais objectivos dos cuidados nesta Unidade são:

- Proporcionar uma avaliação crítica permanente do pós-operatório dos doentes;
- Antecipar e prevenir as possíveis complicações anestésicas e cirúrgicas;
- Possibilitar a actuação imediata e de elevada competência se estas complicações surgirem.

Para um adequado funcionamento deste tipo de Unidade foram estabelecidos pela equipa de saúde multidisciplinar alguns itens:

- Critérios de admissão/ alta na unidade;
- Protocolos de actuação;
- Áreas de responsabilidade de cada elemento da equipa de saúde;
- Critérios de monitorização: frequência, método, parâmetros a avaliar.

O enfermeiro nesta Unidade desenvolve a sua actuação ao longo das seguintes fases:

- Preparação da unidade para acolher o doente;
- Avaliação inicial;
- Estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem;
- Elaboração do plano de cuidados;
- Implementação do plano de cuidados elaborado;
- Avaliação.

Nesta unidade o enfermeiro é o elemento *pivot*. A sua actuação envolve a totalidade da problemática do doente recém operado onde a analgesia surge integrada de forma organizada. No momento da alta desta unidade está protocolado que estejam assegurados critérios de alta que envolvem a recuperação das funções fisiológicas e a estabilidade algica.

4.2. PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS NO BLOCO OPERATÓRIO

A forma como um novo funcionário é recebido no momento da sua admissão é excepcionalmente importante. Deve ser fornecida informação sobre os objectivos da organização, meios para os atingir, conceito de responsabilidade, padrões de comportamento, conjunto de regras ou princípios que assegurem a identidade e integridade da organização (AESOP, 2006).

Deve-se disponibilizar informação sobre a realidade objectiva da organização, de forma a constituir-se um processo de aprendizagem (*ibid.*).

Neste processo, a organização tem um papel pedagógico importante, porque são os elementos que dela fazem parte que estruturam a forma como se vão realizar as experiências de aprendizagem dos novos elementos. A essa estruturação da aprendizagem chama-se *processo de integração* e os elementos da organização que a realizam, funcionam como condicionantes na adaptação do novo elemento a esta.

Por *integração* entende-se a introdução do indivíduo na organização e sua orientação na situação de trabalho, ou seja, é um processo mediante o qual se informam os novos enfermeiros acerca do ambiente de trabalho existente, com o propósito de se facilitar uma rápida adaptação ao mesmo (Gillies, 1994). É um processo através do qual o indivíduo apreende o sistema de valores, normas e padrões de comportamento requeridos pela organização/serviço em que ingressa.

A integração deverá ser perspectivada como uma forma organizada de analisar as necessidades, tanto da instituição como do elemento recém-admitido, a fim de facilitar a sua adaptação para melhor atingir os objectivos, quer pessoais quer organizacionais.

Esta representa uma das actividades básicas da administração dos recursos humanos cujo objectivo visa o ajustamento adequado dos profissionais à instituição. O processo de integração é particularmente importante para os enfermeiros, sobretudo na sua primeira experiência de trabalho.

O processo de integração de um enfermeiro no B.O. é habitualmente demorado e complexo, uma vez que os conteúdos programáticos relacionados com o bloco operatório durante a formação académica de base são praticamente inexistentes. Ele

obedece, por isso, a diversas etapas extraordinariamente exigentes, quer para o novo enfermeiro, quer para o responsável pela sua integração.

Quando pensamos em integrar enfermeiros em B.O., como em qualquer outro serviço ou unidade, devemos pensar sempre em estabilidade, de modo a garantir a segurança do doente e a satisfação profissional do novo elemento. Pela especificidade dos cuidados perioperatórios, o tempo de integração dos enfermeiros é demorado e dispendioso, pois a rentabilidade de um elemento em integração, no B.O., é obviamente mais reduzida. Um programa de integração "não se faz sem critérios" (Rocha, 1999). Para existirem critérios, têm que haver normas, sendo estas definições válidas e aceitáveis da qualidade dos cuidados. Elas não têm valor, a menos que contenham critérios que permitam que os cuidados possam ser medidos e avaliados em termos de efectividade e qualidade.

O conjunto de critérios específicos da integração, concretamente referentes ao seu processo, será o melhor indicador das normas de integração. Elabora-se, então, a partir dessas normas e critérios, os programas de integração, os quais devem possuir uma avaliação para medir a sua eficácia e a eficiência do integrador.

Por tal, os programas de integração são essenciais ao processo de adaptação do novo enfermeiro, os quais devem ser devidamente estruturados e adequados às características reais do serviço e dos integrandos, respeitando as suas experiências anteriores, os seus sentimentos e emoções, contribuindo assim para um bom desempenho e para a melhoria da qualidade dos cuidados. Boog (1980), citado por Macian (1987), refere que um homem bem adaptado está disposto a dar mais de si, e em consequência, reivindica maiores conhecimentos e responsabilidades.

A duração do Programa de Integração será a necessária para promover a qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatórios e para a aquisição de conceitos fundamentais para a sua prática, tais como o saber-fazer, saber-ser e o saber-estar.

Os conteúdos do Programa de Integração não são estanques devem permitir uma reformulação e adaptação a cada novo elemento, porque as experiências, os conhecimentos, as atitudes e o ritmo de aprendizagem são diferentes de pessoa para pessoa, mas deverão integrar o novo elemento nas funções de apoio à anestesia, de enfermeiro circulante, instrumentista e de enfermeiro da UCPA.

Assim, quando falamos de integração de novos elementos em B.O., temos que fazer um correcto diagnóstico da situação, distinguindo três categorias:

- Enfermeiros sem experiência profissional;

- Enfermeiros com experiência profissional;
- Enfermeiros com experiência em B.O..

No primeiro caso, e dada a especificidade de funções e a falta de formação nesta área, o tempo de integração é demorado (no mínimo um ano, segundo a AORN – *Association of PeriOperative Registered Nurses*).

Noutros casos, dependendo dos conhecimentos e habilidades do novo enfermeiro nesta área, o tempo de integração é mais reduzido e pode variar de acordo com a resposta às solicitações do serviço. No entanto, um enfermeiro em integração é um iniciado, no *continuum* de iniciado a perito (Benner, 2001), pelo que deve ser acompanhado pelo integrador, até se sentir com autonomia e autoconfiança suficiente para desempenhar a sua actividade, individualmente.

4.3. FORMAÇÃO NA ORGANIZAÇÃO

A sociedade actual caracteriza-se por uma enorme instabilidade, plena de mudanças rápidas e intensas, o que coloca às organizações um desafio constante de: adaptação ao seu meio de sobrevivência, auto conservação e desenvolvimento.

Para suportar estas constantes mudanças existe a necessidade das organizações criarem:

- Novos modelos de actuação;
- Desenvolver novos climas organizacionais;
- Novas metodologias de trabalho;
- Nova sistematização da comunicação e informação.

Podemos considerar que a problemática da mudança organizacional pode situar-se em duas vertentes: a do sistema e a dos intervenientes.

Nesta perspectiva Brioso (1996) afirma que só se constrói a mudança se se desenvolver um trabalho convergente sobre as estruturas e sobre os indivíduos, ou como refere Benavente (citado por Brioso; 1996:81):

“ (...) a mudança é uma questão sistémica” e a “inovação das práticas exige transformações a todos os níveis do sistema de acção”.

Neste contexto, de que forma os enfermeiros se adaptam às exigências da dinâmica social que impõem maiores níveis de competência, adaptabilidade e inovação?

A resposta a esta pergunta passa pelo papel que a formação desempenha no processo de mudança nas práticas profissionais, mas também na mudança da própria organização.

“ (...) formação é sempre um processo de mudança institucional devendo para isso estar intimamente articulada com as instituições onde os formandos exerçam a sua actividade profissional”. (Nóvoa, 1998: 28)

No mesmo sentido, Brioso (1996), baseando-se em Le Boterf (1988, 1989), sublinha que a formação tem que cada vez mais ser um *“investimento produtivo”* o que supõe que esta esteja concebida como um processo integrado no desenvolvimento da organização, que tende a articular-se com os projectos e planos estratégicos da mesma e orientada para uma contribuição explícita de resolução de problemas.

Ainda a este respeito, acreditamos que a formação só terá impacto se aos motivos organizacionais se associarem uma vontade individual, uma motivação para efectuarem a mudança necessária para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Pensamos que de facto o objectivo último da formação será garantir o nível máximo da qualidade dos cuidados, no entanto, a nossa experiência revela-nos que outros objectivos igualmente se impõem sempre que a formação ocorre:

- A satisfação profissional do enfermeiro;
- Implementação de novos métodos de trabalho;
- Desenvolvimento de novas capacidades;
- Mudança de atitudes e comportamentos.

Como afirma Barreto (1995:5), quem:

(...) Acredita no velho ditado popular “Burro velho não aprende línguas” vive ainda um estado de inocência estando portanto a quilómetros de distância de poder embarcar na viagem de mudança de realização e sucesso – a viagem da melhoria da qualidade.

Neste contexto, os enfermeiros têm um papel muito importante no desempenho de cuidados de enfermagem de qualidade, tendo que para isso, desenvolver a sua formação no sentido de adquirirem e reforçarem os atributos de competência e relação humana.

No entanto para além deste aspecto há também que ter em conta alguns pressupostos para o desenvolvimento contínuo da qualidade:

- O compromisso e envolvimento da direcção da organização;
- O consentimento e envolvimento dos profissionais;
- Educação para a qualidade;
- Cultura organizacional;
- A avaliação do desempenho.

Nonaka (1991), citada por Canavarro (2000), refere que ao termos na organização pessoas muito qualificadas em termos de formação, vamos ter pessoas que procuram informação, pensem e reflectam sobre as situações. Deste modo se a organização estimular a aprendizagem dos seus membros, e se integrar essa aprendizagem ao nível da aprendizagem da própria organização, poderá daí advir um grande trunfo para a mesma, ao constituir-se como a única vantagem comparativa no mundo cada vez mais global e mais pequeno que caracteriza a nossa época.

Para os enfermeiros se adaptarem às exigências de dinâmica social terão de ter uma formação que acompanhe o desenvolvimento dos projectos da organização, e esta deverá estar orientada para a evolução previsível da profissão, no sentido de serem capazes de responder aos desafios do futuro.

As organizações de saúde enfrentam actualmente o grande desafio, que consiste na necessidade de responder de modo eficaz e eficiente às solicitações e expectativas da comunidade. O seu futuro depende da sua capacidade de resposta, do seu dinamismo, sendo este sinónimo de formação do seu melhor capital – os recursos humanos.

4.4. SÍNTESE

A prática dos enfermeiros na sala de operações é, muitas vezes, vista como um conjunto de técnicas, por vezes considerada substituível por pessoal técnico somente preparado para dar este tipo de resposta (AESOP, 2006).

É óbvio que a prestação dos enfermeiros perioperatórios contraria este tipo de filosofia, uma vez que, ao centralizarem a sua actuação no doente como um todo, através de um processo intelectual, científico e metódico, operacionalizam os seus saberes para melhor cuidar, sendo uma garantia da qualidade, da continuidade e da educação junto do doente/família e equipa de saúde (AESOP, 2006).

A Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses, refere que a enfermagem perioperatória deve ser planeada, implementada e orientada por objectivos, tendo por base uma abordagem holística do indivíduo enquanto pessoa, considerada nas suas diferentes componentes, nomeadamente, física, psicológica, espiritual e social.

Os objectivos devem estar relacionados com todas as actividades dos enfermeiros perioperatórios e devem ser definidos de acordo com objectivos dos cuidados, do trabalho técnico, da formação, da inter-relação, subjacentes aos objectivos organizacionais (*ibid.*).

PARTE
METODOLÓGICA E EMPÍRICA

CAPÍTULO V – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

5.1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

A enfermagem representa o maior grupo profissional de prestadores de cuidados de saúde às populações, direccionando a sua acção não só para a prestação de cuidados quer na fase aguda, quer na fase crónica da doença, mas também ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença.

Assistimos nos últimos anos a uma diversidade de mudanças que se operaram no Sistema de Saúde, que confrontaram estes profissionais com múltiplos processos de mudança, aos quais têm procurado responder com o seu contributo nos cuidados de saúde.

Os serviços de saúde procuram hoje responder não só à eliminação da sintomatologia patológica, mas também a um conjunto vasto e complexo de questões que adquirem significado no contexto da saúde percebida pelos utentes e que derivam das suas expectativas em termos de resultados. Para a enfermagem, a avaliação da qualidade dos cuidados que presta, afigura-se hoje como um dos seus maiores desafios, ou seja, é fundamental avaliar se estes cuidados são reconhecidos pela população alvo, como cuidados de qualidade e se vão ao encontro das expectativas dos utilizadores dos serviços de saúde.

Segundo Harteloh (1994), citado por, Ribeiro (2003), existem várias razões para avaliar a satisfação dos utentes face aos cuidados prestados, já que esta influencia a qualidade dos cuidados prestados, tornando-se um objectivo em si mesmo, e um indicador de medida de qualidade.

A opinião do utente é indispensável para a monitorização da qualidade dos cuidados prestados, na identificação de problemas a corrigir, de novas expectativas em relação aos cuidados e na reorganização dos serviços de saúde (McIntyre, 1999). A Comissão para a Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde, considera que uma das formas de garantir a qualidade dos serviços, passa pela existência de instrumentos de avaliação da satisfação dos utentes em relação aos cuidados prestados e de medidas de correcção das causas de insatisfação.

No documento “Saúde em Portugal: Uma estratégia para o virar do século” (1997), citado por Ribeiro (2003), encontra-se uma referência ao facto da insatisfação dos utentes e dos profissionais constituírem um dos problemas existentes no SNS.

O presente estudo “*A influência da Gestão de Recursos Humanos e Organização do trabalho dos Enfermeiros na prática dos cuidados que prestam aos utentes no período perioperatório e o grau de satisfação destes com esses cuidados*”, constitui-se como um estudo predominantemente metodológico que procura responder à seguinte questão: *Que dimensões de G.R.H. e de Organização do Trabalho influenciam a prática dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes no período perioperatório e qual o grau de satisfação destes com esses cuidados?*

Mais especificamente, estabelecemos três objectivos:

- Analisar as percepções dos profissionais de enfermagem do B.O. relativamente ao clima e cultura organizacional, bem como às principais dimensões e políticas de G.R.H., implementadas no Hospital Nossa Senhora do Rosário, E.P.E. ;
- Avaliar as percepções dos enfermeiros relativamente às dimensões que procuram medir a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no B.O.;
- Avaliar a satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem prestados no período perioperatório.

5.2. PLANO DE INVESTIGAÇÃO

O estudo que realizámos é um estudo transversal predominantemente de natureza metodológica, dado que permitiu a utilização de inquéritos que, segundo Polit (1997), se refere a uma técnica controlada de obter, organizar e analisar os dados.

O estudo está dividido em duas fases. A primeira fase conduz ao desenvolvimento de um estudo empírico, de âmbito exploratório. Assenta numa metodologia mista, quantitativa no que concerne às questões fechadas do guião da entrevista e qualitativa relativamente às questões abertas englobadas nas entrevistas semi-estruturadas efectuadas aos enfermeiros do B.O..

A segunda fase remete-nos para um estudo descritivo com o recurso a uma análise quantitativa dos questionários aos utentes, para avaliar o grau de satisfação em relação aos cuidados prestados no B.O..

5.3. INSTRUMENTOS DE ANÁLISE

As dimensões de análise em ambos os instrumentos de recolha de dados, guião de entrevista e questionário (enfermeiros e utentes) foram definidas, de acordo com o estudo exploratório, após pesquisa bibliográfica e documental.

5.3.1. 1ª FASE DO ESTUDO – INSTRUMENTO DE ANÁLISE NO ESTUDO COM OS ENFERMEIROS

Como já referimos anteriormente o instrumento de análise utilizado na amostra dos enfermeiros teve por base o trabalho desenvolvido por Jorge (2002).

Contudo, foi necessário proceder a algumas alterações no sentido de operacionalizar apenas as variáveis que pretendíamos medir. Foram retiradas as questões que diziam respeito à utilização dos sistemas / tecnologias de informação. Foram, por um lado, introduzidas outras questões que nos pareceram pertinentes para o estudo em curso e por outro lado, também alterámos alguns itens das escalas adaptando-os à realidade em estudo. O instrumento utilizado para recolha de dados junto dos enfermeiros possui inicialmente uma caracterização dos respondentes e está depois dividido em quatro escalas, cada uma com diversos itens (Anexo II).

5.3.1.1. DIMENSÕES EM ANÁLISE NO ESTUDO COM OS ENFERMEIROS

I. CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL E SITUAÇÃO PROFISSIONAL

Para atingir este objectivo criámos oito variáveis de caracterização que incluem: sexo, idade, habilitações literárias, categoria profissional, vínculo contratual, tempo em exercício de funções no B.O., tipo de horário e papel desempenhado na organização do serviço.

II. PERCEPÇÕES SOBRE A CULTURA ORGANIZACIONAL E DO SERVIÇO

Esta primeira escala avalia três dimensões em seis sub-escalas: satisfação com o trabalho, importância atribuída pelo serviço aos valores organizacionais e finalmente política de recursos humanos, que engloba quatro sub-escalas.

Os itens da primeira sub-escala procuram analisar em que medida os enfermeiros se consideram satisfeitos com aspectos específicos do seu trabalho, tais como: perspectivas de promoção; organização e funcionamento do departamento onde trabalham; colaboração e clima de relação com os colegas de trabalho; remuneração; competência e funcionamento do seu superior imediato; tipo de trabalho que executam; competência e funcionamento dos subordinados e globalmente todos os aspectos do trabalho e da sua vida no serviço.

Para avaliar estas variáveis utilizámos uma escala de medida de 1 a 7, em que 1 correspondia a extremamente insatisfeito e 7 a extremamente satisfeito.

Na segunda sub-escala pretendemos, perante uma série de valores organizacionais (competência técnica, centralização do trabalho, bem-estar pessoal, estabilidade da organização, poder das chefias, desenvolvimento tecnológico e inovação, estabelecimento de procedimentos e normas, ouvir a opinião e as sugestões das pessoas, trabalho em equipa, gestão do risco, realização pessoal e profissional, bom ambiente entre as pessoas e inter relação bloco/ serviços) analisar qual o grau de importância que o serviço atribui a cada um deles, na perspectiva do enfermeiro.

Para avaliar estas variáveis utilizámos uma escala de medida de 1 a 5, em que 1 correspondia a não se dá importância e 5 a dá-se muita importância.

Ainda relativamente aos valores organizacionais, colocámos uma última questão aberta onde pedíamos aos enfermeiros que identificassem outros valores que considerassem importantes ver reforçados pela organização/ bloco, tentando explicitar de que forma.

Os itens referentes à política de G.R.H. estão distribuídos em quatro sub-escalas que avaliam quatro sub-dimensões, dentro desta grande dimensão: a gestão do emprego; selecção e integração de enfermeiros; formação/ desenvolvimento e manutenção de recursos humanos. Pretendemos aqui auscultar qual a opinião dos enfermeiros sobre um conjunto de políticas de recursos humanos.

Para avaliar estas variáveis utilizámos uma escala de medida de 1 a 5, em que 1 correspondia a nunca e 5 a sempre.

Ainda dentro deste primeiro ponto solicitámos, relativamente à G.R.H. no bloco, que os enfermeiros identificassem quais os pontos fortes e os pontos fracos.

III. PERCEPÇÕES SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Com esta segunda escala pretendemos analisar a opinião dos enfermeiros, sobre aspectos relacionados com a organização do trabalho, dentro do serviço onde desempenham funções, aspectos estes relacionados com a tarefa, com o indivíduo e com o grupo.

Para avaliar estas variáveis utilizámos uma escala de medida de 1 a 5, em que 1 correspondia a discordo totalmente e 5 a concordo totalmente.

Relativamente à organização do trabalho no bloco, solicitámos, sob a forma de pergunta aberta, que os enfermeiros identificassem quais os pontos fortes e os pontos fracos.

IV. PERCEPÇÕES SOBRE A INTERVENÇÃO ORGANIZACIONAL

Na terceira escala procurámos, perante um conjunto de aspectos relacionados com um processo de intervenção centrado na eficácia dos grupos de trabalho, que os enfermeiros identificassem o que melhor traduzia a sua opinião.

Para avaliar estas variáveis utilizámos uma escala de medida de 1 a 5, em que 1 correspondia a discordo totalmente e 5 a concordo totalmente.

No âmbito do trabalho em equipa, solicitámos que identificassem, sob a forma de questão aberta, alguns aspectos passíveis de serem melhorados.

V. PERCEPÇÕES SOBRE AS DIMENSÕES QUE AVALIAM A SATISFAÇÃO DOS UTENTES COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO B.O.

Nesta última escala pretendemos classificar, pelo grau de importância atribuído, na perspectiva do enfermeiro, cinco dimensões passíveis de serem avaliadas pelos utentes e que pretendem medir o grau de satisfação destes com os cuidados de enfermagem perioperatória, tendo em atenção as condições específicas em que se desenvolvem as interações entre enfermeiro -utente neste período.

Para tal identificamos cinco dimensões avaliadas numa escala de 1 a 5 em que 1 correspondia a menos importante e 5 a mais importante.

Posteriormente solicitámos, sob a forma de questão aberta, que os enfermeiros identificassem outras dimensões, ao nível dos cuidados de enfermagem, que poderiam ser passíveis de ser avaliadas pelos utentes no período perioperatório.

5.3.2. 2ª FASE DO ESTUDO – INSTRUMENTO DE ANÁLISE NO ESTUDO COM OS UTENTES

Como referimos anteriormente, a construção do questionário aos utentes (Anexo III) teve por base o trabalho desenvolvido por Ribeiro (2003). O formulário SUCEH é constituído por vinte e uma questões, agrupadas em seis dimensões que avaliam: a *Eficácia na comunicação*, *Utilidade da informação*, *Qualidade no atendimento*, *Prontidão na assistência*, *Manutenção de um ambiente terapêutico* e a *Promoção da continuidade dos cuidados*. A resposta a cada uma das questões é dada através de uma escala de atitude com um formato de 3 pontos.

Foi com base neste formulário, que reformulámos algumas das questões que melhor pudessem avaliar a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no B.O.. Pareceu-nos pertinente retirar, desde o início, o factor 6 (*Promoção da continuidade dos cuidados*) do SUCEH, pois esta dimensão associa itens que prevêem a preparação do doente para a alta hospitalar, o que não se enquadra nos cuidados de enfermagem prestados no B. O..

Acrescentámos, no entanto, a dimensão do *Controlo e Alívio da Dor Pós – Operatória*, uma vez que esta é hoje encarada como o 5º sinal vital. As orientações fornecidas pelo Plano Nacional da Luta contra a Dor (2001), assinalam ser *eticamente inaceitável não propiciar ao doente todos os meios disponíveis para lhe aliviar a dor e o sofrimento inúteis*. Neste sentido, e considerando o enfermeiro como *uma pedra basilar na implementação, execução e avaliação de uma estratégia multidisciplinar de controlo da dor*, pareceu-nos pertinente a inclusão desta dimensão, uma vez que a dor pós-operatória é, ainda, um sintoma bastante comum entre os doentes que são sujeitos a uma intervenção cirúrgica.

O questionário aos utentes ficou então constituído por um conjunto de questões que avaliam seis dimensões: *Eficácia na comunicação*, *Utilidade da informação*, *Qualidade no atendimento*, *Prontidão na assistência*, *Manutenção de um ambiente terapêutico* e

Controlo e alívio da dor Pós Operatória, as quais pretendem avaliar a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no B.O..

Neste sentido, elaborámos um quadro no qual apresentamos as dimensões/ factores que a SUCEBO (*Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem no Bloco Operatório*) procura avaliar, assim como, o número referente às questões, incluídas em cada factor (Anexo V – Tab.29).

A SUCEBO é constituída por vinte e quatro questões que se agrupam nos seis factores/ dimensões, referidos anteriormente.

A primeira parte do questionário é constituída por seis questões que procuram caracterizar os respondentes. Incluímos variáveis referentes ao sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, dados do internamento actual, tipo de anestesia e cirurgias anteriores.

As últimas três questões do formulário procuram fazer uma avaliação mais global da satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no B.O..

A última questão “*Se voltasse, um dia, a ser operado, gostaria de ser operado novamente neste Bloco Operatório?*” foi colocada por sugestão da autora do SUCEH (2003), apontado como um indicador de qualidade, como referem autores como Marshall *et al.* (1999).

As primeiras dezasseis questões são avaliadas numa escala de 0 a 3 em que zero corresponde a uma situação neutra, de *não se aplica*. O grau 1 correspondente a *nunca* e reflecte de uma forma negativa a frequência que determinados factores relacionados com a “*Utilidade da Informação*”, “*Eficácia da Comunicação*”, “*Qualidade no Atendimento*”, “*Prontidão na Assistência*”, “*Manutenção do Ambiente Terapêutico*” e “*Controlo e Alívio da Dor Pós-Operatória*”, aconteceram e o grau 3 *sempre*, reflecte uma apreciação bastante positiva da frequência com que esses mesmos factores ocorreram.

As oito questões seguintes são avaliadas numa escala de 0 a 3 em que zero corresponde a uma situação neutra, de *não se aplica/ sem opinião*. Nesta escala o grau 1 *insatisfeito* reflecte uma opinião negativa sobre a frequência que determinados factores relacionados com a “*Eficácia da Comunicação*”, “*Qualidade no Atendimento*”, “*Prontidão na Assistência*”, “*Manutenção do Ambiente Terapêutico*” e “*Controlo e Alívio da Dor Pós-Operatória*” aconteceram e o grau 3 *sempre*, reflecte uma apreciação positiva da frequência com que esses mesmos factores ocorreram.

5.3.2.1. DIMENSÕES EM ANÁLISE NA SUCEBO

I. EFICÁCIA NA COMUNICAÇÃO (EC)

Estes itens procuram reflectir a maneira como os indivíduos percebem o processo de comunicação que o enfermeiro estabeleceu com eles. Na generalidade, o conteúdo dos itens refere-se ao comportamento adoptado pelo enfermeiro na transmissão da informação. Está subjacente a ideia de que, mais do que a transmissão da informação, é fundamental que o *feed-back* se estabeleça, tornando assim o processo mais eficaz. O enfermeiro promove estratégias para melhorar o nível de compreensão da informação que transmite e, simultaneamente, tem a preocupação de saber se as mesmas foram eficazes.

Para avaliar esta dimensão elaborámos três questões:

- Relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas (linguagem utilizada, a preocupação em repetir caso não compreendesse, a preocupação em saber se tinha mesmo percebido).
- Os enfermeiros preocuparam-se em explicar-lhe as coisas de forma compreensível?
- Os enfermeiros procuraram saber se compreendeu bem (e se necessário voltavam a repetir a informação)?

II. UTILIDADE DA INFORMAÇÃO (UI)

Estes itens procuram expressar a ideia geral de que mais importante do que o conteúdo da informação que se transmite, é o modo como o indivíduo a rentabiliza. Parece tratar-se de um conjunto de informação que expressa uma acção consequente dos conteúdos apreendidos no momento em que o enfermeiro, por necessidades específicas daquele indivíduo, tem de desenvolver um ensino adequado à situação. Neste sentido, o doente manifesta a sua opinião favorável ao pressuposto de que a informação fornecida pelo enfermeiro tem um objectivo prático que, em última análise, deve servir para obter por parte do doente, um melhor nível de colaboração tendo em vista melhorar os resultados. A informação transmitida ao doente tem subjacente uma adequada utilização que promova, naturalmente, uma maior competência para lidar com as novas situações de saúde.

Para avaliar esta dimensão elaborámos duas questões:

- Relativamente à informação que achou necessária para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem, os enfermeiros forneceram-lhe (toda, alguma, nenhuma) informação?
- Os enfermeiros preocuparam-se em explicar-lhe os cuidados que lhe prestavam (e porque era necessário fazê-los)?

III. QUALIDADE NO ATENDIMENTO (QA)

Estes itens parecem reflectir a ideia geral de que o utente se encontra satisfeito pelo facto de sentir que o enfermeiro desenvolve todo um trabalho centrado nas necessidades e características de cada utente. O enfermeiro desenvolve a sua actividade centrada naquela pessoa, face às suas circunstâncias de contexto e situação clínica. O modo como o enfermeiro personaliza os cuidados que presta situa-se em todo o processo terapêutico, desde o momento da admissão do doente até aos cuidados que recebe durante o atendimento.

Para avaliar esta dimensão elaborámos seis questões:

- Relativamente à forma como foi recebido pelos enfermeiros no B.O..
- Relativamente à preocupação dos enfermeiros em preservar a sua intimidade quando prestavam cuidados (ex.: não o destapar, apenas o estritamente necessário).
- Os enfermeiros preocupavam-se em manter a sua privacidade quando lhe prestavam cuidados?
- Sentiu que os enfermeiros davam importância aos seus problemas?
- Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava.
- Sentiu-se acompanhado durante o tempo que esteve no B.O.?

IV. PRONTIDÃO NA ASSISTÊNCIA (PA)

Os itens parecem reflectir a ideia geral de relação entre a disponibilidade e a capacidade de resposta às situações, ou seja, o facto dos enfermeiros se mostrarem disponíveis quando o doente necessitava de apoio e de resposta, em tempo útil.

Para avaliar esta dimensão elaborámos duas questões:

- Enquanto esteve no B. O. e necessitou de apoio era fácil obter ajuda dos enfermeiros?
- Relativamente ao tempo que os enfermeiros demoram a dar resposta às suas solicitações/ pedidos.

V. MANUTENÇÃO DE AMBIENTE TERAPÊUTICO (AT)

Os itens parecem reflectir a ideia de que os indivíduos se encontram satisfeitos com a atitude do enfermeiro no processo de relação e de comunicação que se estabeleceu no bloco operatório, nomeadamente, pela capacidade do enfermeiro criar um ambiente que proporcionasse ao indivíduo bem estar ao nível relacional, como suporte básico para que o processo de cuidar se torne mais fácil e eficaz.

Para avaliar esta dimensão elaborámos sete questões:

- Quando os enfermeiros lhe prestavam cuidados, no B.O., preocupavam-se em manter um ambiente calmo (sem ruído, sem estar a conversar uns com os outros)?
- Sentiu que os enfermeiros o atenderam com simpatia?
- Acha que globalmente os enfermeiros, no B.O., demonstraram ter paciência no contacto com os utentes?
- Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros (para o ouvir, ou mesmo para lhe resolver alguma situação relacionada com o serviço).
- Relativamente à preocupação dos enfermeiros em o manter confortável.
- Os enfermeiros procuravam saber se sentia frio?
- Sentiu que os enfermeiros se preocupavam em mantê-lo confortável?

VI. CONTROLO E ALÍVIO DA DOR PÓS – OPERATÓRIA (CAD)

Estes itens procuram reflectir a ideia de que, sendo o alívio da dor, um direito alienável de qualquer cidadão, os indivíduos se encontram satisfeitos com a atitude do enfermeiro na procura de tornar visível a sua dor, procurando dialogar com frequência com o doente, valorizando a sua dor, fazendo o seu registo sistemático (ou seja, encarando-a como o 5º sinal vital) e procurando utilizar todos os meios que tem ao seu dispor para a aliviar.

Para avaliar esta dimensão elaborámos quatro questões:

- Os enfermeiros perguntavam-lhe se tinha dores?
- Os enfermeiros procuravam saber onde se localizava a sua dor?
- Sentiu que os enfermeiros se preocupavam em lhe aliviar a dor?
- Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros para controlar e aliviar a sua dor.

5.4. SELECÇÃO DA AMOSTRA

Quando efectuamos a pergunta: Qual deverá ser a dimensão da amostra? A resposta é sempre difícil. Se a dimensão da amostra for pequena pode-se correr o risco dos resultados do estudo não serem generalizáveis à população considerada. Normalmente, considera-se que quanto maior for a amostra mais possibilidades tem de ser representativa da população em estudo. A dimensão aceitável da amostra varia com o tipo de investigação (Carmo & Ferreira 1998).

5.4.1. 1ª FASE DO ESTUDO – AMOSTRA DE ENFERMEIROS

Para um estudo correlacional são necessários pelo menos trinta sujeitos para estabelecer se existe ou não uma relação entre duas variáveis. Para a realização das entrevistas aos enfermeiros estabelecemos uma amostra de conveniência cujos resultados, obviamente, não podem ser generalizados à população à qual pertence o grupo de conveniência, mas do qual se obtiveram informações preciosas (Carmo & Ferreira 1998).

No momento de definirmos a amostra tivemos em atenção o tempo de permanência dos enfermeiros no B. O., de forma a garantir que a sua experiência e conhecimento fosse traduzido nas respostas às questões colocadas durante a entrevista. Foram seleccionados trinta do total (quarenta e dois) dos enfermeiros do B. O. do Hospital, com permanência no serviço superior a seis meses.

5.4.2. 2ª FASE DO ESTUDO – AMOSTRA DE UTENTES

Na selecção dos utentes estabelecemos determinados critérios: consentimento por parte dos mesmos para participarem no estudo; internamento mínimo de 48h/72h; idade igual ou superior a dezasseis anos; permanência na Unidade de Cuidados Pós Anestésicos durante o período pós-operatório imediato.

Para a realização destes inquéritos estabelecemos uma amostra de conveniência.

Efectuámos um pré-teste com a aplicação do questionário a dez utentes. Em seguida complementámos o estudo com a realização dos restantes questionários. O total da amostra foi de cento e quatro utentes.

5.5. TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS

O problema de investigação determinou as diferentes opções de métodos de colheita de dados para o nosso estudo, que se apresenta neste trabalho.

Com o objectivo de recolher a informação que pretendíamos nas duas amostras (dos enfermeiros e dos utentes) optámos pela técnica do inquérito por entrevista aos enfermeiros e por questionário aos utentes, que neste contexto nos pareceu ser o mais adequado.

O inquérito por entrevista é recomendável nos casos em que o investigador tem questões relevantes, cuja resposta não encontra na documentação disponível ou, tendo-a encontrado, não lhe parece fiável, sendo necessário comprová-la (Carmo & Ferreira, 1998).

Ainda segundo os mesmos autores, as entrevistas assumem diferentes formatos de modo a adequar-se às contingências do ambiente e aos objectivos que nos propomos atingir.

Independentemente do tipo de entrevista a realizar, existem um conjunto de padrões de actuação a ter em conta antes, durante e depois da entrevista (Carmo & Ferreira, 1998), que passamos a descrever:

ANTES:

- Definir o objectivo
- Construir o guião da entrevista
- Seleccionar os entrevistados
- Preparar as pessoas a serem entrevistadas
- Marcar a data, a hora e o local
- Dar formação aos entrevistadores (formação técnica)

DURANTE:

- Explicar quem somos e o que queremos
- Obter e manter a confiança
- Saber escutar
- Dar tempo para “aquecer” a relação
- Manter o controlo com diplomacia
- Utilizar perguntas de *aquecimento e focagem*
- Enquadrar as perguntas melindrosas
- Evitar perguntas indutoras

DEPOIS:

- Registar as observações sobre o comportamento do entrevistado
- Registar as observações sobre o ambiente em que decorreu a entrevista

Segundo Carmo & Ferreira (1998), tal como outra tarefa de investigação, a entrevista exige um planeamento cuidadoso. Este deve começar por explicitar os objectivos que se pretendem alcançar. Uma forma de testar a sua clareza é interrogarmo-nos, após a sua elaboração, se quando terminar a recolha de dados, estaremos em condições de afirmar, com rigor, se os objectivos foram ou não atingidos.

Ainda, segundo os mesmos autores, após a definição dos objectivos da entrevista, há que os operacionalizar sob a forma de variáveis. Em seguida, deveremos operacionalizar as variáveis em perguntas adequadas às metas que pretendemos atingir. Para a construção do guião há que encadear as questões de forma adequada aos objectivos.

Tal como na selecção e encadeamento das questões, a escolha dos entrevistados deve ser adequada aos objectivos da pesquisa. Pode ser efectuada de uma forma personalizada, no caso de amostras intencionais e que se procura inquirir um conjunto de informadores qualificados, ou efectuada de uma forma aleatória dentro do universo correspondente ao objecto do estudo (*ibid.*). Para garantir a disponibilidade dos entrevistados no período da entrevista, é aconselhável, contactá-los previamente. Os objectivos são os seguintes (*ibid.*):

- Informá-los sobre os resultados que pretendemos obter com a entrevista;

- Explicitar os motivos da escolha, demonstrando o valor que as suas respostas podem trazer à investigação em curso;

- Informá-los sobre o tempo previsto para a sua realização;

- Combinar a data, a hora e o local para a sua realização.

O contacto prévio com os entrevistados garante ao investigador, a disponibilidade física e psicológica do entrevistado, demonstra ter respeito pelo seu tempo e dá-lhe uma imagem de profissionalismo (*ibid.*).

O inquérito por questionário, segundo Carmo & Ferreira (1998), difere do inquérito por entrevista pelo facto de investigador e inquiridos não interagirem em situação presencial. A interacção indirecta constitui um problema que acompanha a elaboração e aplicação de um inquérito por questionário. Como tal, há aspectos que devemos ter em conta: cuidado na formulação das perguntas e a forma de contactar com os inquiridos. O planeamento de um inquérito por questionário exige especiais atenções no seu planeamento, pois temos de ter em atenção que não estamos presentes no momento da inquirição para esclarecimento de qualquer tipo dúvida. Em primeiro lugar o sistema de perguntas deve ser bem organizado, de forma a ter uma coerência intrínseca e ter uma configuração lógica para quem a ele responde. Deve ser organizado por temáticas claramente expressas, deixando as questões mais difíceis ou melindrosas para o final, pelas razões atrás apontadas.

Ainda segundo os mesmos autores (1998), a forma de contactar com os inquiridos exige particulares cuidados ao investigador, especialmente no que diz respeito aos canais de comunicação seleccionados, às técnicas utilizadas para evitar a recusa ao fornecimento de respostas e ao esforço para garantir a sua fiabilidade.

Na construção do guião para as entrevistas aos enfermeiros e do questionário aos utentes foram definidos os objectivos que se pretendiam alcançar. Tivemos cuidados com a apresentação formal e física do mesmo, pois estes elementos funcionam como elementos legitimadores do questionário.

Antes da recolha dos dados solicitámos autorização ao Conselho de Administração e à Comissão de Ética do H.N.S.R., E.P.E. (Anexo I) para a realização do mesmo.

Concedidas as autorizações, iniciámos as entrevistas aos enfermeiros e utentes, dando-lhes a garantia de anonimato, confidencialidade e apropriabilidade do estudo.

5.5.1. 1ª FASE DO ESTUDO – RECOLHA DE DADOS NA AMOSTRA DE ENFERMEIROS

A construção do guião de entrevista aos enfermeiros (Anexo II) teve por base o questionário utilizado por Jorge (2002), na sua tese de doutoramento intitulada “*Os impactos e limites éticos à utilização de sistemas de informação/ Tecnologias de informação e comunicação (SI/ TIC) na G.R.H.*” e toda a pesquisa bibliográfica efectuada. Pretendemos, através do mesmo, atingir um dos objectivos da investigação, que era avaliar as percepções dos profissionais de enfermagem do B.O., relativamente à cultura organizacional e do serviço, sobre a organização do trabalho, sobre a intervenção organizacional e sobre as dimensões que procuram medir a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no B.O..

Nesta primeira fase efectuámos entrevistas semi – estruturadas a trinta enfermeiros do B.O. do H.N.S.R., E.P.E., entre os meses de Março e início de Abril. As entrevistas decorreram na sala de reuniões do serviço, de uma forma individual e tiveram uma duração média de vinte minutos cada uma.

5.5.2. - 2ª FASE DO ESTUDO – RECOLHA DE DADOS NA AMOSTRA DE UTENTES

Tendo em conta as condições específicas em que se desenvolvem as interações entre enfermeiro-utente no período perioperatório, elaborámos o questionário para aplicar aos utentes (Anexo III), que teve por base o questionário sobre a “*Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem no Hospital*” desenvolvido por Ribeiro (2003). Pretendemos com este questionário avaliar o grau de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem prestados no B.O..

Com o intuito de aferir aspectos ligados com o questionário como: clareza da linguagem, ambiguidade ou dificuldades ao nível da compreensão/ interpretação das questões, efectuámos um pré-teste a dez utentes. Como o questionário não sofreu quaisquer alterações iniciámos de imediato a aplicação dos restantes questionários aos utentes internados no hospital, operados entre meados do mês de Abril e o final do mês de Agosto, 48h/72h após a operação e que aceitaram participar no estudo.

A recolha dos dados efectuou-se nos oito serviços de internamento cirúrgicos do hospital: Ginecologia, Cirurgia I, Cirurgia II, Oftalmologia, Otorrino, Urologia, Ortopedia e Cirurgia Plástica.

Antes de iniciarmos o questionário aos utentes, contactámos com os enfermeiros chefes dos respectivos serviços para solicitar a sua colaboração, ou a de quem estes achessem conveniente delegar, para a realização dos inquéritos aos utentes. Após este contacto, foram indicados os enfermeiros que colaboram directamente com os enfermeiros chefes dos diversos serviços cirúrgicos, para colaborarem junto dos doentes no preenchimento dos questionários. Procedeu-se então à distribuição dos mesmos pelos enfermeiros indicados, os quais colaboraram na aplicação destes aos utentes. O período estabelecido para realização e entrega dos questionários, nos vários serviços, foi cumprido.

A opção de ser um enfermeiro distante da população a avaliar, teve como objectivo não condicionar as respostas dos entrevistados.

5.6. TÉCNICAS DE ANÁLISE DOS DADOS

Relativamente à análise e tratamento dos dados, nas duas fases da investigação, estes foram introduzidos e processados estatisticamente no SPSS (*Statistical Package For Social Sciences*) 15.0. Em relação às perguntas abertas constantes dos guiões das entrevistas listámos os itens referidos pelos entrevistados e analisámos sinteticamente as respostas, tendo por base a frequência com que foram apontados e a sua relevância para confirmar ou informar ou apenas completar as percepções recolhidas através das questões fechadas.

Técnicas de análise dos dados das entrevistas aos enfermeiros

Para o tratamento estatístico dos dados recorreu-se à:

- Estatística descritiva para percebermos como se distribuem os valores nas variáveis de todas as questões das cinco partes que constituem o questionário.
- Análise da fiabilidade às questões de cada uma das escalas utilizadas. Os índices de consistência interna foram calculados através do coeficiente *alpha* de Cronbach.

- **Análise factorial para identificar as dimensões que integram cada escala.** A análise factorial permite proceder à transformação das variáveis que integram cada escala estudada num menor número de factores: os componentes principais. Para definir qual o número de componentes a reter, é necessária uma análise preliminar, aplicando a análise factorial e interpretando os resultados obtidos.

O conjunto de procedimentos efectuados foi precedido de uma avaliação relativa ao interesse e à pertinência de prosseguir com a análise.

- **Análise da inferência estatística para estudar a relação entre as dimensões que integram cada escala e as dimensões obtidas sobre as *Percepções sobre os cuidados prestados*.**

Todas as variáveis cuja relação se pretende estudar são variáveis quantitativas ou ordinais, pelo que podem ser analisadas utilizando o coeficiente de correlação de Pearson R, que é uma medida da associação linear entre variáveis quantitativas.

Este coeficiente assume que os dados provêm de populações normais, pelo que foi necessário verificar a normalidade das distribuições das variáveis, através do teste K-S (Kolmogorov-Smirnov com a correcção de Lilliefors).

Técnicas de análise dos dados dos questionários aos utentes

Para o tratamento estatístico dos dados recorreu-se à:

- **Estatística descritiva para caracterização da amostra em termos gerais e ao nível do internamento, o que permitiu perceber a forma como se distribuem os valores nas variáveis.**

- **Análise da fiabilidade às questões da escala SUCEBO e de cada uma das suas dimensões.**

- **Estatística descritiva da escala SUCEBO e de cada uma das suas dimensões, que permite perceber a forma como se distribuem os seus valores.**

CAPÍTULO VI. ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS

Relativamente à análise e tratamento dos dados, nas duas fases da investigação, estes foram introduzidos e processados estatisticamente no SPSS (*Statistical Package For Social Sciences*) versão 15.0.

6.1. ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS DAS ENTREVISTAS AOS ENFERMEIROS

O trabalho estatístico efectuado dividiu-se em quatro grandes partes:

1. Estatística descritiva, que permite perceber a forma como se distribuem os valores nas variáveis de todas as questões das cinco partes do questionário e os resultados da análise de conteúdo às perguntas abertas.

Em termos de estatística descritiva apresentam-se, para as variáveis de caracterização, as tabelas de frequências (Anexo IV), os gráficos ilustrativos e as estatísticas relevantes.

As variáveis da escala de medida foram analisadas através das categorias apresentadas. Para as variáveis da escala de medida, apresentam-se alguns dados significantes, como:

- Para cada questão apresentamos as frequências absolutas de cada ponto, salientando o valor que tem maior frequência, ou seja, a moda.
- Os valores mínimos e máximos observados.
- Gráficos ilustrativos das distribuições de cada variável de acordo com as categorias.

2. Análise da fiabilidade às questões de cada uma das escalas utilizadas.

A fiabilidade ou fidelidade de um instrumento de medição pode ser avaliada de diversas formas.

Almeida & Freire (2000:153) referem que:

“Os métodos de cálculo da fidelidade dos resultados, todos eles assentes em coeficientes de correlação de resultados, podem subdividir-se consoante está em causa uma análise assente na estabilidade ou uma análise assente na consistência. Para o primeiro caso podemos utilizar o teste-reteste com o mesmo teste com formas paralelas (equivalentes ou alternadas). Para o segundo caso podemos recorrer ao método da bipartição dos itens e ao da consistência interna dos itens. “

Ainda segundo os mesmos autores, globalmente, são considerados três aspectos fundamentais: 1) *estabilidade*, refere-se à capacidade de um instrumento produzir os mesmos resultados com medidas repetidas; 2) *consistência interna* ou *homogeneidade*, significa que todas as questões medem o mesmo conceito ou característica; 3) diz-se que um instrumento produz *equivalência*, se produzir os mesmos resultados quando instrumentos equivalentes ou paralelos são utilizados.

Considerando as limitações impostas pela própria metodologia deste estudo, a nossa avaliação centrou-se apenas ao nível da homogeneidade dos instrumentos de medida.

A consistência interna pode ser definida como “o grau de uniformidade e coerência interna existente entre as respostas dos sujeitos a cada um dos itens que compõem a prova...os coeficientes disponíveis para o seu cálculo procuram avaliar em que grau a variância geral dos resultados na prova se associa ao somatório da variância item a item” (*ibid.*, 2000:158).

Os índices de consistência interna foram calculados através do coeficiente *alpha* de Cronbach.

O coeficiente *alpha* de Cronbach mede a fidelidade ou consistência de respostas a um conjunto de variáveis correlacionadas entre si, ou seja, como um conjunto de variáveis representam uma determinada dimensão. Quando os dados tiverem uma estrutura multidimensional, o coeficiente *alpha* de Cronbach será baixo. Tecnicamente, o coeficiente *alpha* de Cronbach não é um teste estatístico – é um coeficiente de fidelidade (ou consistência).

Se as correlações inter-variáveis forem altas, então há evidência que as variáveis medem a mesma dimensão. É este o significado de uma fidelidade (*reliability*) alta.

Almeida & Freire (2000) e LoBiondo-Wood & Haber (2001), referem que quando obtemos um valor de *alpha* superior a 0.70, já podemos considerar a consistência interna do instrumento como “sólida” ou “aceitável”.

Relativamente à análise das questões que compõem os questionários dos enfermeiros apresentamos o valor do coeficiente *alpha* de Cronbach, que sendo igual ou superior a 0.80 indicia elevada fidelidade dos dados ou, se for igual ou superior a pelo menos 0.70 indicia uma aceitável fidelidade dos dados.

Como não existem *missing values*, para a totalidade das escalas, são incluídos todos os elementos da amostra (N=30) nos cálculos efectuados.

3. Análise factorial para identificar as dimensões que integram cada escala.

A validade é um outro critério através do qual se avalia a qualidade do instrumento utilizado. Esta refere-se ao grau com que um instrumento mede aquilo que se propõe medir (Almeida & Freire, 2000), ou seja, até que ponto é que os questionários medem o constructo que se pretende medir. À semelhança do que acontece com o estudo da fiabilidade também aqui existem vários métodos que permitem estudar a validade de um instrumento.

Na generalidade, a literatura refere três tipos de validade: a *validade de conteúdo*, a *validade externa* e a *validade de constructo* (*Ibid.*).

Neste trabalho procuramos aferir a validade de constructo dos questionários utilizados, usando para o efeito a técnica da análise factorial.

Este método de análise factorial tem por objectivo, verificar se é possível agrupar as respostas que são interpretadas de forma idêntica para um conjunto de variáveis, os itens de cada escala, que para cada enfermeiro/utente determinam o seu posicionamento nesse conjunto de variáveis. Se assim for, os factores resultantes da análise estariam associados a um conjunto de variáveis.

A análise factorial permite proceder à transformação das variáveis que integram cada escala estudada num menor número de factores: os componentes principais. Para definir qual o número de componentes a reter, é necessária uma análise preliminar, aplicando a análise factorial e interpretando os resultados obtidos.

O conjunto de procedimentos efectuados foi precedido de uma avaliação relativa ao interesse e à pertinência de prosseguir com a análise. Referimos, de seguida, as diferentes etapas percorridas e os critérios utilizados. Para este efeito, utilizou-se o comando *Factor* do programa SPSS para a análise dos componentes principais, pelo método de rotação *Varimax* com normalização de *Kaiser*, de acordo com os seguintes critérios:

- a) Em primeiro, análise das principais componentes (*Extraction Pc*), ou seja, análise de toda a variância da variável comum e variância erro;
- b) Extracção de factores, *Critéria Factor* (), sem especificar o número de factores; aplicando-se o *critério de Kaiser*, que consiste em seleccionar factores com *eigenvalue* (valor próprio) superior ou igual a 1.0;
- c) Rotação ortogonal dos factores, (*Varimax Rotation*) ou de eixos perpendiculares – conserva a independência dos factores e melhora a capacidade de interpretar os factores;
- d) Selecção de itens com saturação superior a 0.30 [*Format Blank* (0.30), Almeida & Freire, 2000:194];
- e) Quando um item saturasse em mais do que um factor (valor acima do referido na alínea anterior), optava-se por inclui-lo no factor em que o valor da saturação fosse mais elevado;
- f) Quando um item apresentasse cargas factoriais de valor positivo num factor e negativo noutra, era eliminado.

4. Análise de inferência estatística para estudar a relação entre as dimensões que integram cada escala (II - Percepções sobre a cultura organizacional e do serviço, III - Percepções sobre a organização do trabalho e IV - Percepções sobre a intervenção organizacional), após análise factorial e as dimensões do grupo V – Percepções sobre os cuidados prestados.

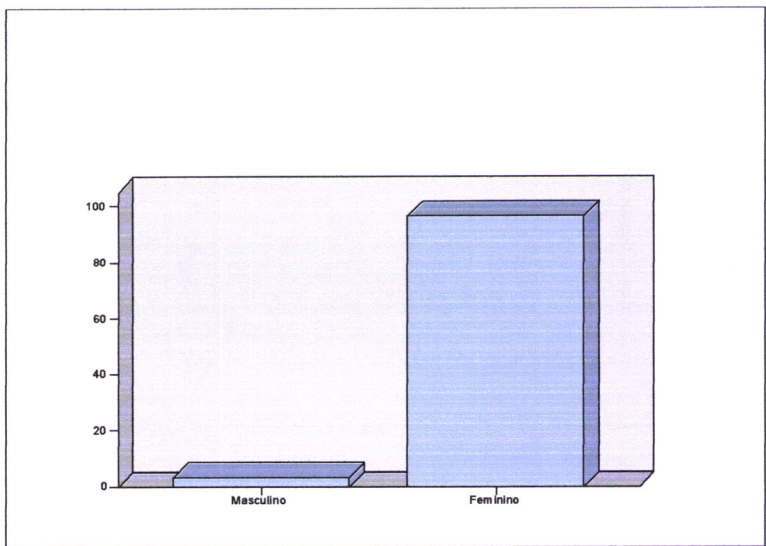
6.1.1. CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL E SITUAÇÃO PROFISSIONAL

Neste ponto apresentamos as características gerais da amostra de enfermeiros (N= 30) relativamente às variáveis: género, idade, habilitações literárias, categoria profissional, vínculo contratual, tempo de serviço no B.O., horário praticado e papel na organização do serviço.

A análise das variáveis referentes às características gerais da amostra pode ser complementada pela consulta da Tabela 1 do anexo IV 1).

Como podemos observar através do Gráfico 1, na amostra predomina o sexo feminino, apenas um enfermeiro é do sexo masculino.

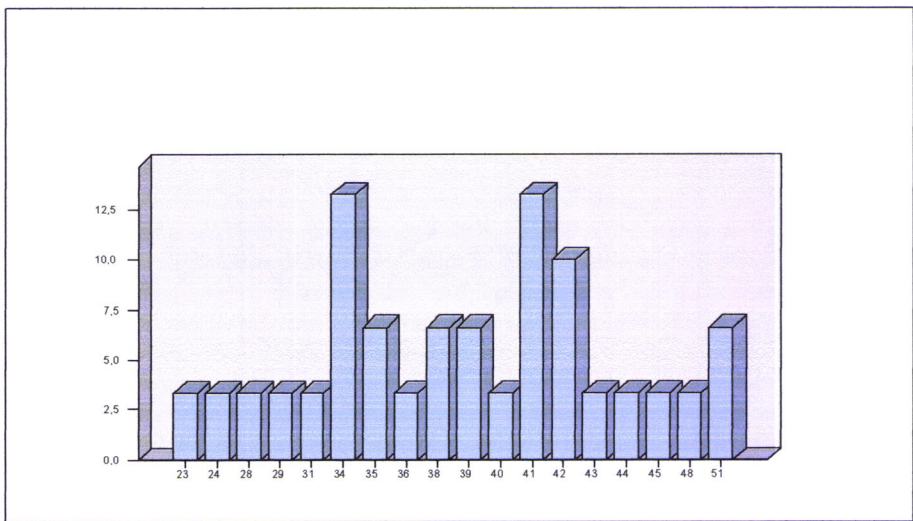
Gráfico 1 – Distribuição da Amostra enfermeiros segundo o sexo



Fonte: Anexo IV – Tabela 1

A idade apresenta um valor mínimo de 23 anos e um valor máximo de 51 anos, com uma média de 38,1 anos (Gráfico 2);

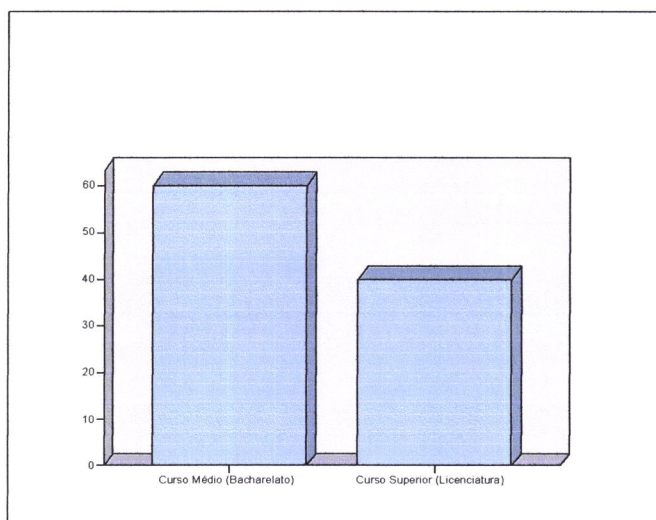
Gráfico 2 – Distribuição da Amostra enfermeiros segundo a Idade



Fonte: Anexo IV – Tabela 1

A maioria dos enfermeiros têm bacharelato, só 40% são licenciados (Gráfico 3);

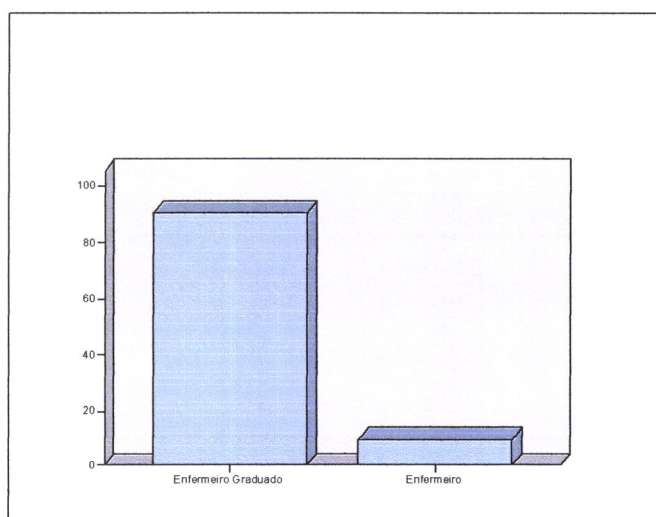
Gráfico 3 – Distribuição da Amostra enfermeiros segundo as Habilitações Literárias



Fonte: Anexo IV – Tabela 1

A grande maioria da amostra são enfermeiros graduados, apenas 10% são enfermeiros de nível 1 (Gráfico 4);

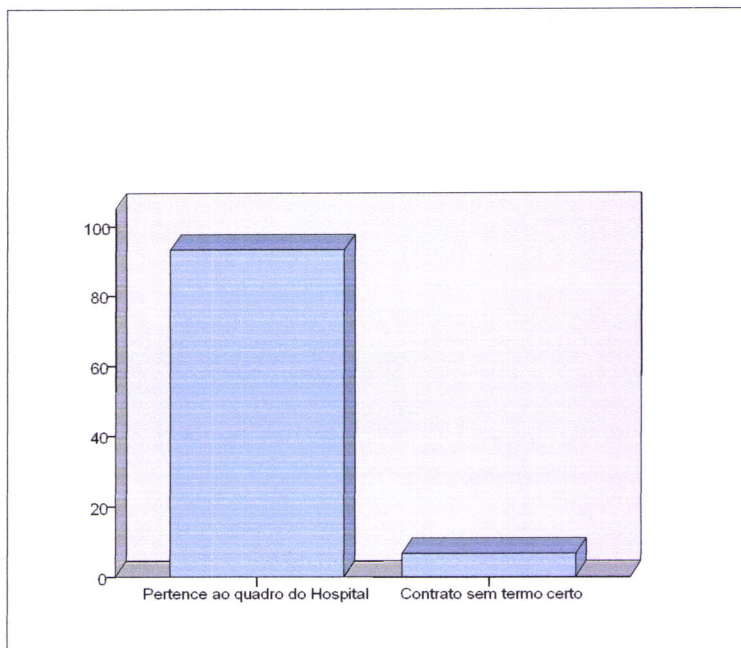
Gráfico 4 – Distribuição da Amostra enfermeiros segundo a Categoria Profissional



Fonte: Anexo IV – Tabela 1

No que diz respeito ao vínculo contratual, a grande maioria dos enfermeiros pertence ao quadro do Hospital, apenas 7% têm contrato sem termo certo (Gráfico 5);

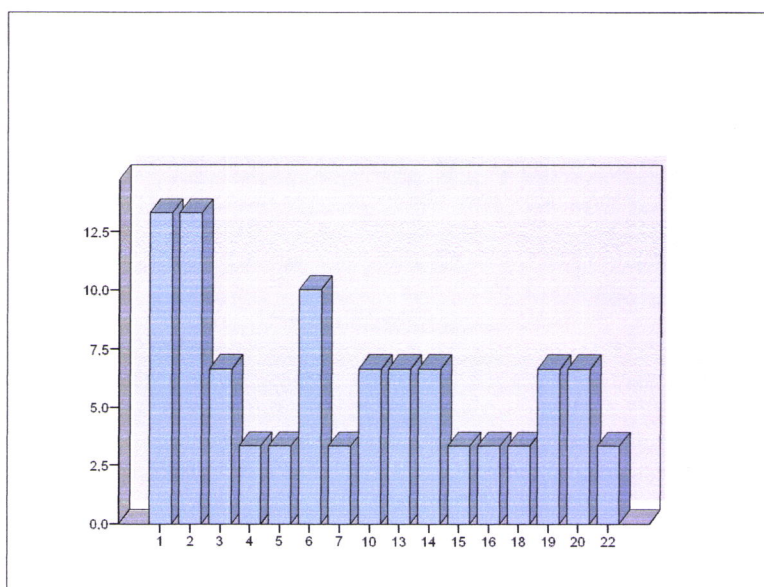
Gráfico 5 – Distribuição da Amostra enfermeiros segundo o Vínculo Contratual



Fonte: Anexo IV – Tabela 1

Relativamente ao tempo de exercício de profissão, no bloco operatório, verifica-se um valor mínimo de 1 ano e um valor máximo de 22 anos, com uma média de 9,2 anos. Cerca de metade da amostra desempenha funções no bloco há mais de 6 anos (Gráfico 6);

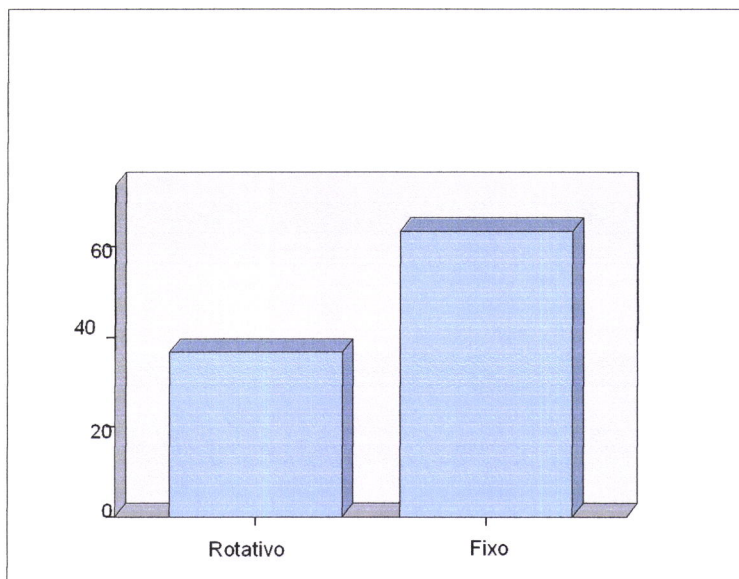
Gráfico 6 – Distribuição da Amostra enfermeiros segundo o Tempo que Exerce Funções no Bloco



Fonte: Anexo IV – Tabela 1

Cerca de dois terços da amostra faz horário fixo, praticando os restantes horário rotativo (Gráfico 7);

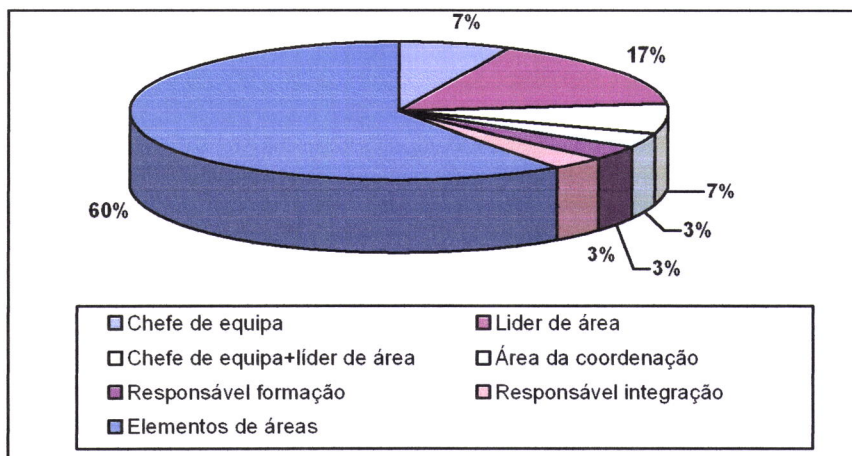
Gráfico 7 – Distribuição da Amostra enfermeiros segundo o Horário Praticado



Fonte: Anexo IV – Tabela 1

Relativamente ao papel que cada um exerce na organização do serviço destacam-se cinco elementos com a função de líder de área (16,7%) e dois elementos que desempenham, em simultâneo, o papel de chefe de equipa e líder de área (6,7%) (Gráfico 8);

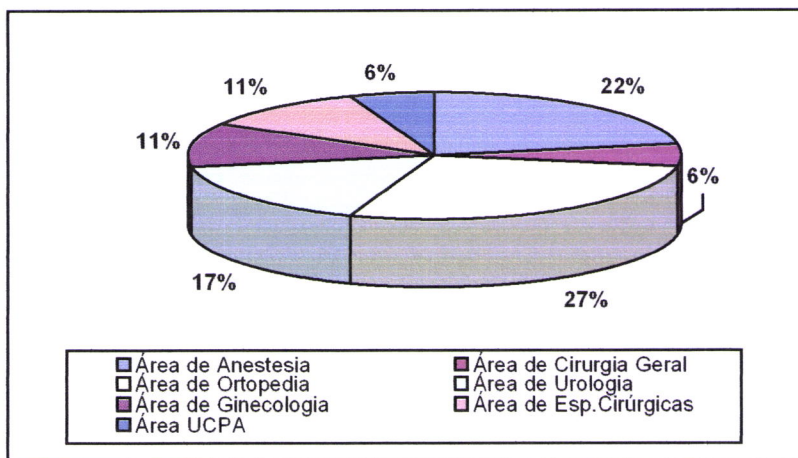
Gráfico 8 – Distribuição da Amostra enfermeiros segundo o Papel que Desempenha no Serviço



Fonte: Anexo IV – Tabela 1

As áreas de ortopedia e de anestesia são as mais representadas na amostra (Gráfico 9);

Gráfico 9 – Distribuição da Amostra enfermeiros segundo as Diferentes Áreas



Fonte: Anexo IV – Tabela 1

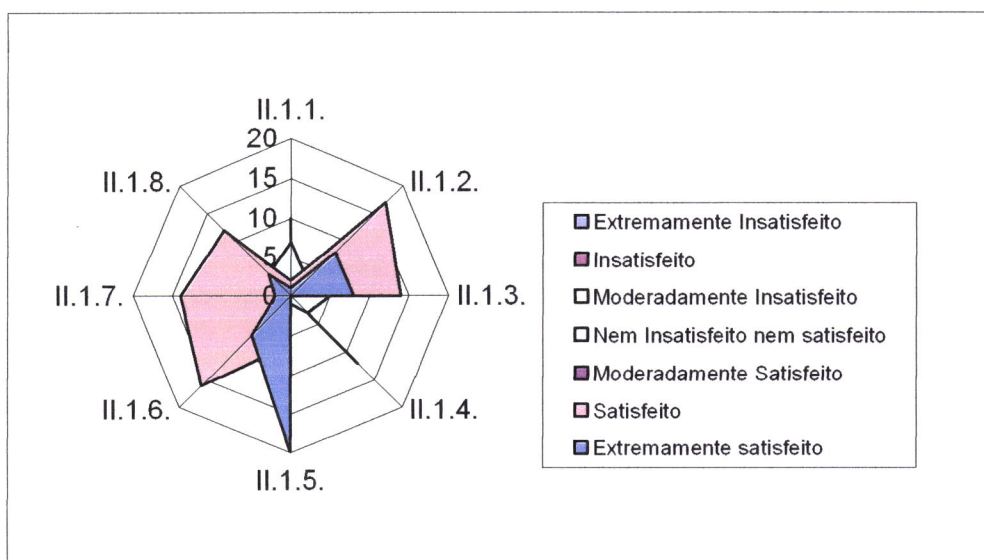
6.1.2. PERCEPÇÕES SOBRE A CULTURA ORGANIZACIONAL E DO SERVIÇO

A análise das variáveis referentes às *percepções sobre a cultura organizacional e do serviço* pode ser complementada pela consulta das Tabelas 2 a 7 do Anexo IV.

Na análise das frequências absolutas o total de respostas a cada variável é sempre 30, pois não existem não respostas.

Como podemos observar através do Gráfico 10, relativamente aos itens que pretendem avaliar em que medida os enfermeiros se consideram satisfeitos com cada um dos aspectos do seu trabalho, verificámos que a maioria dos enfermeiros revela uma maior satisfação, respectivamente, com: a competência e funcionamento do superior hierárquico; organização e funcionamento do departamento onde trabalham; o trabalho que realizam; clima de relação com os seus colegas de trabalho; a competência e o funcionamento dos seus subordinados e, globalmente com todos os aspectos do seu trabalho e da sua vida no serviço. As perspectivas de promoção e a remuneração que recebem, foram os itens apontados com menor índice de satisfação pelos enfermeiros.

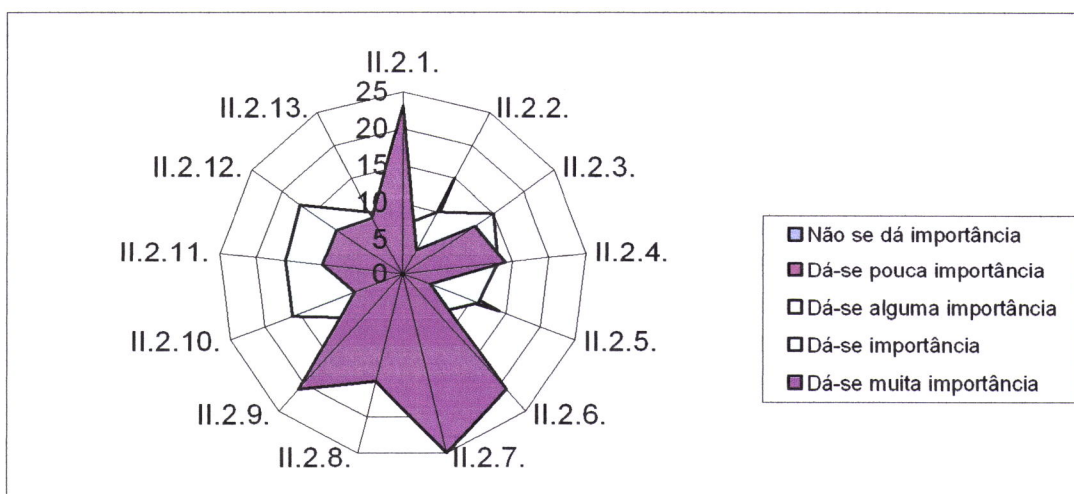
Gráfico 10 – Distribuição das Variáveis segundo a Satisfação com os Diversos Aspectos do Trabalho Realizado



Fonte: Anexo IV – Tabela 2

Pela análise do Gráfico 11, sobressai que a todos os valores organizacionais os enfermeiros consideraram que o serviço lhes atribui algum grau de importância. Contudo, os valores considerados, pelos enfermeiros, de maior importância pelo serviço foram: “estabelecimento de procedimentos e normas” (25/30), “competência técnica” (23/30) e “desenvolvimento e inovação” (21/30).

Gráfico 11 – Distribuição das Variáveis segundo a Análise dos Valores Organizacionais: importância atribuída pelo serviço



Fonte: Anexo IV – Tabela 3

Quando inquiridos sobre que outros valores gostariam de ver reforçados pela organização/ serviço, das seis respostas encontradas, as competências inter relacionais foi o valor organizacional mais referido (Quadro 2)

Quadro 2 – Análise de outros valores identificados como importantes para ver reforçados pela organização/bloco

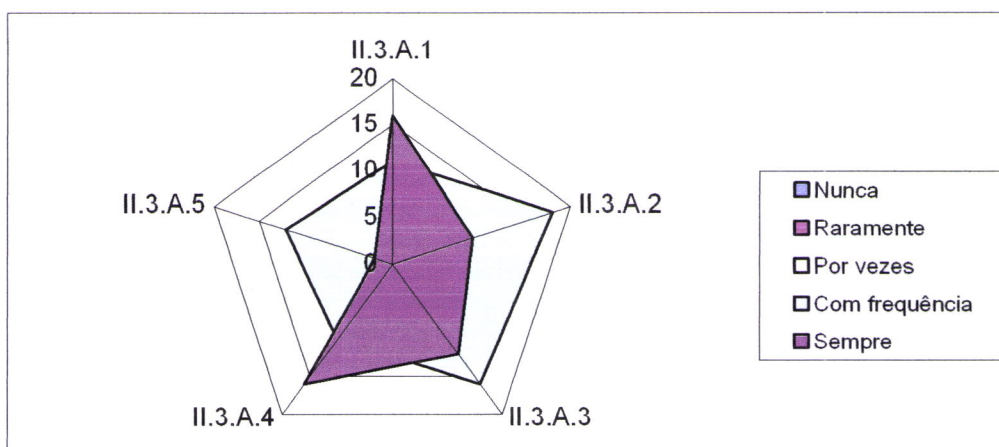
	Frequência
Calendarização de tarefas	1
Competências inter relacionais	2
Comunicação	1
Política de incentivos	1
Técnicas de controlo de infecção	1

Fonte: Anexo VI A – II 2.14

Relativamente às *políticas de gestão de recursos humanos* pretendíamos analisar, a opinião dos enfermeiros, sobre itens como a gestão do emprego, selecção e integração de enfermeiros, formação, desenvolvimento e manutenção de recursos humanos.

De acordo com o gráfico seguinte, podemos verificar que, no que diz respeito à *gestão do emprego*, a maioria dos enfermeiros é da opinião de que existe, com *frequência*, uma correcta definição de perfis profissionais e uma gestão estratégica de competências e existe, sempre, um planeamento quantitativo e qualitativo de recursos humanos bem como um planeamento prévio da afectação ou desafectação desses mesmos recursos aos postos de trabalho.

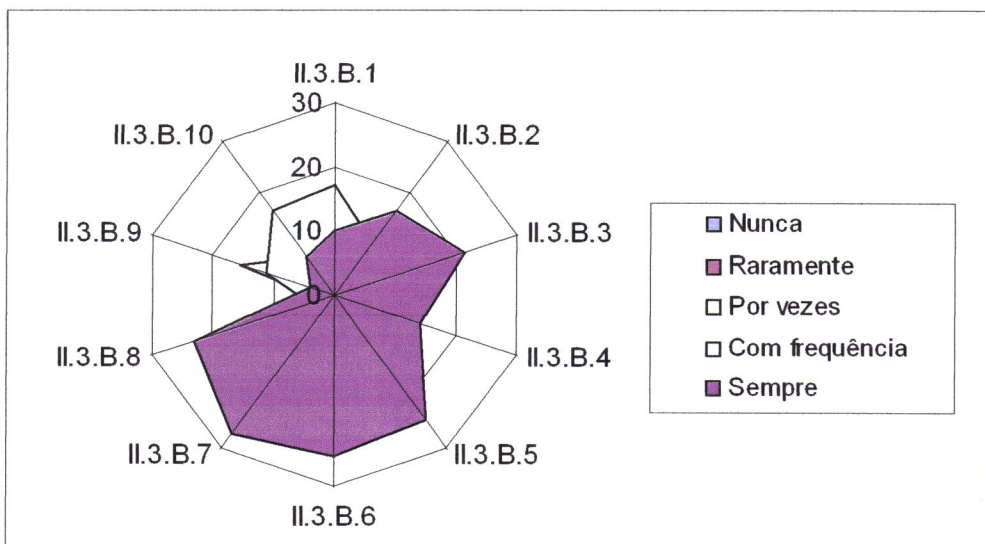
Gráfico 12 – Distribuição das Variáveis segundo a Análise das Políticas de Recursos Humanos – Gestão do Emprego



Fonte: Anexo IV – Tabela 4

De acordo com o gráfico seguinte, relativamente ao processo de *selecção e integração*, quase a totalidade dos enfermeiros consideram que os itens que avaliam estes processos ocorrem com frequência ou sempre (Gráfico 13).

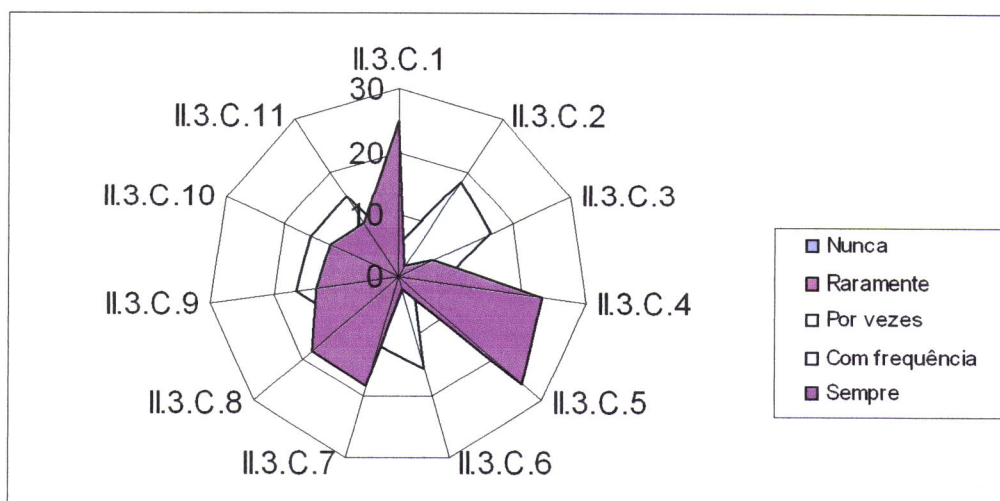
Gráfico 13 – Distribuição das Variáveis segundo a Análise das Políticas de Recursos Humanos –
Selecção e Integração



Fonte: Anexo IV – Tabela 5

No que diz respeito à *formação e desenvolvimento*, podemos verificar que a maioria dos enfermeiros consideram que os itens referentes a este processo ocorrem com *frequência* ou *sempre*, no serviço onde trabalham (Gráfico 14).

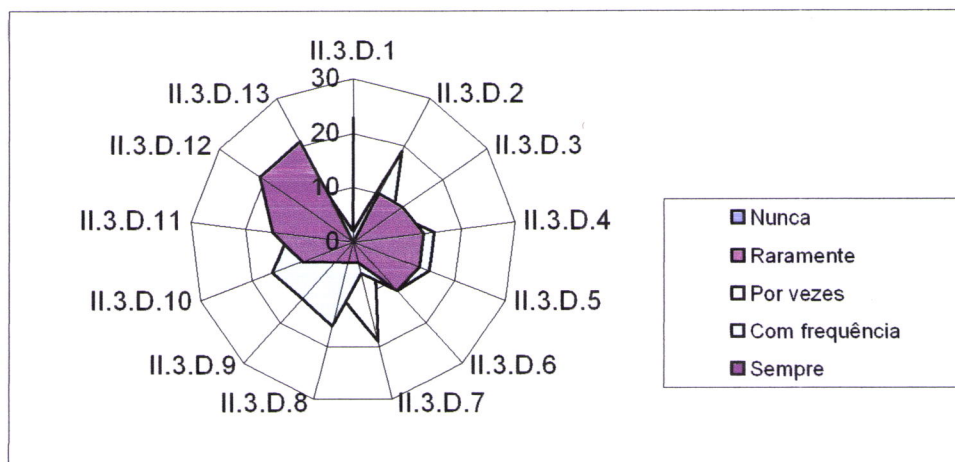
Gráfico 14 – Distribuição das Variáveis segundo a Análise das Políticas de Recursos Humanos –
Formação e Desenvolvimento



Fonte: Anexo IV – Tabela 6

De acordo com a análise que efectuámos, relativamente ao processo de *manutenção dos recursos humanos*, sobressai que existe um único item, sistema de recompensas para além do salário, que raramente ocorre (Gráfico 15).

Gráfico 15 – Distribuição das Variáveis segundo a Análise das Políticas de Recursos Humanos – Manutenção dos Recursos Humanos



Fonte: Anexo IV – Tabela 7

Como se pode verificar pelo Quadro 3, 63% (n=37) dos inquiridos que responderam à questão aberta sobre os *pontos fortes na gestão de recursos humanos* no bloco verificou-se que alguns indicam mais do que um ponto forte. Os pontos fortes mais assinalados são a formação, o sistema interno de recompensas e a valorização pessoal e profissional.

Quadro 3 – Análise dos pontos fortes identificados na gestão de recursos humanos

	Frequência
Formação	5
Sistema interno de recompensas	5
Valorização pessoal e profissional	5
Liderança	2
Avaliação das necessidades de formação	1
Comunicação informal	1
Coordenação	1
Coordenação / Liderança	1
Coordenação e integração	1
Gestão de recursos humanos	1
Horários	1
Incentivo autonomia	1
Integração	1
Meios de protecção	1
Organização do serviço	1
Relações pessoais	1
Responsabilização de todos	1
Trabalho em equipa	1
Valorização pessoal	1

Fonte: Anexo VI A' – II 4 a)

No Quadro 4 estão expressos os resultados referentes à questão aberta onde se pretendem identificar os *pontos fracos na gestão de recursos humanos* no bloco. Podemos verificar que também aqui, alguns dos enfermeiros apontam mais do que um ponto fraco, verificando-se, no entanto, uma maior dispersão das respostas. Os pontos fracos mais assinalados foram a comunicação, a gestão de risco, a instabilidade de horário e a remuneração.

Quadro 4 – Análise dos pontos fracos identificados na gestão de recursos humanos

	Frequência
Comunicação	2
Gestão de risco	2
Instabilidade de horário	2
Remuneração	2
Admissão de enfermeiros sem experiência	1
Ambiente de stress	1
Baixa valorização externa	1
Factores externos	1
Muitos novos elementos	1
Não haver supervisão	1
Política de incentivos	1
Saúde ocupacional	1

Fonte: Anexo VI A' – II 4 b)

6.1.2.1. ESTUDO DA FIABILIDADE

A análise dos resultados obtidos relativamente ao *estudo da fiabilidade*, pode ser complementada pela consulta das tabelas do Anexo IV e através do anexo VI A e VI A'.

Relativamente às *percepções dos enfermeiros sobre a cultura organizacional e do serviço* foram obtidos valores de consistência interna de 0.61, para as questões que avaliam a *satisfação com o trabalho* (Anexo IV - Tab.11), pelo que não podemos considerar os dados como unidimensionais, ou seja, as 8 variáveis não medem eficazmente uma única dimensão, a satisfação com o trabalho.

No que diz respeito às questões que procuravam avaliar, na perspectiva dos enfermeiros, qual a *importância que se dá a cada um dos valores organizacionais* descritos (II.2.1. a II.2.13.), obteve-se um valor de *alpha* de Cronbach 0.816, (Anexo IV - Tab.12) pelo que podemos considerar os dados como unidimensionais: as 13 variáveis medem eficazmente uma única dimensão, a importância dos valores organizacionais.

Relativamente às questões que procuram avaliar a opinião dos enfermeiros no que diz respeito a um *conjunto de políticas de recursos humanos*, foi obtido um valor de *alpha* de Cronbach de 0.617 (Anexo IV- Tab.13), para as questões referentes à *gestão do emprego* (II.3.A.1. a II.3.A.5.), pelo que não podemos considerar os dados como unidimensionais: as 5 variáveis não medem eficazmente uma única dimensão, a gestão do emprego.

Para as questões referentes à *selecção e integração* (II.3.B.1. a II.3.B.10.), foi obtido um valor de *alpha* de Cronbach de 0.543 (Anexo IV- Tab.14), pelo que não podemos considerar os dados como unidimensionais: as 10 variáveis não medem eficazmente uma única dimensão, a selecção e integração.

No que respeita às questões sobre *formação e desenvolvimento* (II.3.C.1. a II.3.C.11.) o valor de consistência interna obtido foi de 0.765 (Anexo IV- Tab.15), pelo que podemos considerar os dados como unidimensionais: as 11 variáveis medem de forma aceitável uma única dimensão, a formação e desenvolvimento.

Por último, nas questões referentes à *manutenção dos recursos humanos* (II.3.D.1. a II.3.D.13.) obtivemos um valor do coeficiente *alpha* de Cronbach de 0.791 (Anexo IV- Tab.16), pelo que podemos considerar os dados como unidimensionais: as 13 variáveis medem de forma eficaz uma única dimensão, a manutenção dos recursos humanos.

6.1.2.2. ANÁLISE FACTORIAL

Relativamente à análise da 1ª questão: "*Gostaríamos de saber em que medida se considera satisfeito com o seu trabalho. Isto é, tudo somado, e nas actuais circunstâncias da sua vida profissional, até que ponto está satisfeito com cada um dos aspectos do seu trabalho?*", a análise factorial (Anexo IV - Tabela 19) permitiu reter três factores que explicam 66,93% da variação total observada nas 8 variáveis originais.

A rotação da matriz dos componentes, através do método *Varimax* tem por objectivo extremar o valor dos coeficientes que relacionam cada variável com os factores retidos, de modo a que cada variável possa ser associada a apenas um factor. Quanto maior o valor do coeficiente, em termos absolutos, que relaciona uma variável com um componente, maior será a relação entre ambos.

Apresenta-se na Tabela 19, acima referida, a matriz dos componentes após rotação, salientando-se (a negrito) os factores associados a cada uma das variáveis.

Os três factores obtidos são formados pelas seguintes variáveis:

FACTOR 1 – RELAÇÃO COM OS COLEGAS, associado às seguintes variáveis:

- Em relação à organização e funcionamento do departamento onde trabalha, diria que está:
- Em relação à colaboração e clima de relação com os seus colegas de trabalho, diria que está:
- Em relação à competência e funcionamento do seu superior imediato, diria que está:
- Em relação à competência e funcionamento dos seus subordinados, diria que está:

FACTOR 2 – TRABALHO E PROMOÇÃO, associado às seguintes variáveis:

- Em relação às suas perspectivas de promoção, diria que está: (correlacionado negativamente)
- Em relação ao trabalho que realiza, diria que está:
- Tudo somado, e considerando todos os aspectos do seu trabalho e da sua vida neste serviço diria que está:

FACTOR 3 – REMUNERAÇÃO, associado à seguinte variável:

- Em relação à remuneração que recebe, diria que está.

No que diz respeito à análise da 2ª questão: “*Apresentamos-lhe uma série de valores organizacionais. Na sua opinião, em que medida, neste serviço se dá importância a cada um dos seguintes valores organizacionais?*”, a análise factorial (Anexo IV - Tab.20) permitiu reter três factores que explicam 69,24% da variação total observada nas 13 variáveis originais. Nesta tabela apresentamos a matriz dos componentes após rotação, salientando-se (a negrito) os factores associados a cada uma das variáveis.

Verificaram-se as seguintes associações entre os factores e as variáveis:

FACTOR 1 – RELAÇÕES PESSOAIS, associado às seguintes variáveis:

- Bem – estar das pessoas
- Desenvolvimento tecnológico e inovação (também está relacionado com o Factor 3)
- Ouvir a opinião e as sugestões das pessoas
- Gestão do Risco
- Realização pessoal e profissional
Bom ambiente entre as pessoas
- Inter relação bloco/ serviços

FACTOR 2 – ESTABILIDADE E TRABALHO EM EQUIPA, associado às seguintes variáveis:

- Estabilidade da organização
- Trabalho em equipa

FACTOR 3 – ASPECTOS TÉCNICOS, associado às seguintes variáveis:

- Competência técnica
- Centralização do trabalho
- Poder das chefias

- Desenvolvimento tecnológico e inovação
- Estabelecimento de procedimentos e normas

Relativamente à análise da 3ª questão: “*Gostaríamos agora de saber a sua opinião sobre o conjunto de políticas de recursos humanos que se segue*” encontraram-se os seguintes resultados após a análise factorial:

A) GESTÃO DO EMPREGO:

Nesta dimensão o estudo da análise factorial permitiu reter dois factores, que explicam 64,80% da variação total observada nas 5 variáveis originais (ver Anexo IV-Tab.21). Nesta tabela apresenta-se a matriz dos componentes após rotação, salientando-se (a negrito) os factores associados a cada uma das variáveis.

Verificaram-se as seguintes associações entre os factores e as variáveis:

FACTOR 1 – ESTRATÉGIA E PLANEAMENTO, associado às seguintes variáveis:

- A organização/bloco procede a uma gestão estratégica de competências
- A afectação e desafectação de recursos humanos aos postos de trabalho é feita segundo um planeamento prévio.

FACTOR 2 – GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS, associado às seguintes variáveis:

- Na organização/bloco faz-se um planeamento quantitativo e qualitativo de recursos humanos.
- Existe uma correcta definição de perfis profissionais.
- A avaliação do desempenho é uma política dos RH de importância estratégica e, por isso, objecto de planeamento em termos de métodos e técnicas utilizadas e a periodicidade com que é realizada.

B) SELECÇÃO E INTEGRAÇÃO:

Da análise factorial (Anexo IV- Tab.22) foram extraídos quatro factores, que explicam 71,98% da variação total observada nas 10 variáveis originais.

Na Tabela 22, acima referida, apresenta-se a matriz dos componentes após rotação, salientando-se (a negrito) os factores associados a cada uma das variáveis.

Verificaram-se as seguintes associações entre os factores e as variáveis:

FACTOR 1 – PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO, associado às seguintes variáveis:

- A coordenação desempenha um papel fundamental no processo de selecção e integração.
- A integração no bloco operatório obedece a um programa de qualidade com normas e critérios bem definidos.
- O programa de integração no bloco operatório coloca em evidência actividades referentes ao cuidar e técnico-científicas.

FACTOR 2 – CRITÉRIOS DE ESCOLHA, associado às seguintes variáveis:

- A organização/bloco, no processo de selecção, tenta aliar a experiência, as qualificações, mas também as qualidades morais dos indivíduos.
- O bloco tem definido e hierarquizado, antes de cada processo de selecção, critérios de escolha.

FACTOR 3 – PROCESSO DE SELECÇÃO, associado às seguintes variáveis:

- A organização, no processo de selecção, tenta ter uma conduta ética não fazendo qualquer discriminação sexual, racial, religiosa ou política.
- O programa de integração em bloco operativo é extenso e pormenorizado, devido à complexidade e especificidade dos procedimentos que ali são realizados.
- A transição dos novos enfermeiros para a fase seguinte efectua-se mediante fichas de avaliação formativa.

FACTOR 4 – TEMPO DE INTEGRAÇÃO, associado às seguintes variáveis:

- Os tempos de integração no bloco operativo têm por base as categorias de experiência profissional (enfermeiros s/ experiência profissional; enfermeiros c/ experiência profissional e enfermeiros com experiência em bloco operativo).
- O programa de integração só termina quando o profissional adquiriu destreza manual e intelectual que permitam a resolução de problemas básicos bem como um bom desempenho profissional (correlacionado negativamente).

C) FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO:

A análise factorial (Anexo IV - Tab.23) permitiu reter quatro factores, que explicam 69,98% da variação total observada nas 11 variáveis originais. Nesta tabela, apresenta-se a matriz dos componentes após rotação, salientando-se (a negrito) os factores associados a cada uma das variáveis.

Verificaram-se as seguintes associações entre os factores e as variáveis:

FACTOR 1 – COMUNICAÇÃO E POLÍTICA DE FORMAÇÃO, associado às seguintes variáveis:

- As acções de formação oferecidas a cada colaborador estão directamente ligadas com as necessidades detectadas na avaliação do desempenho.
- A coordenação tem um papel fundamental no desenvolvimento da política de formação do serviço.
- O sistema de comunicação interna é um veículo de integração de todos os colaboradores na cultura do serviço.
- A equipa coordenadora desempenha um papel decisivo no desenvolvimento deste sistema de comunicação interna.
- Existe uma avaliação, por parte da equipa coordenadora, do processo de comunicação interna do serviço.

FACTOR 2 – NECESSIDADES DE FORMAÇÃO, associado às seguintes variáveis:

- Cada colaborador tem acções de formação profissional por ele solicitadas.
- As chefias têm um papel fundamental no diagnóstico das necessidades de formação.
- O sistema de comunicação interna é um veículo de integração de todos os colaboradores na cultura do serviço.

FACTOR 3 – AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO, associado às seguintes variáveis:

- O plano de formação contempla o diagnóstico, a execução e a avaliação do processo de formação.
- A organização/ bloco utiliza técnicas, indicadores de avaliação da eficácia da formação.

FACTOR 4 – FORMAÇÃO NO LOCAL DE TRABALHO, associado às seguintes variáveis:

- É prática corrente da organização/bloco realizar acções de formação no local de trabalho.
- A coordenação do serviço concebeu um plano de informação e comunicação Interna (reuniões; livro de ocorrências; placares informativos).

D) MANUTENÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS:

Da análise factorial (Anexo IV- Tab.24) foram extraídos quatro factores, que explicam 75,36% da variação total observada nas 13 variáveis originais.

Apresenta-se, na Tabela 24, acima referida, a matriz dos componentes após rotação, salientando-se (a negrito) os factores associados a cada uma das variáveis.

Verificaram-se as seguintes associações entre os factores e as variáveis:

FACTOR 1 – BENEFÍCIOS E CULTURA ORGANIZACIONAL, associado às seguintes variáveis:

- O serviço possibilita aos seus colaboradores participarem num programa de trabalho (ex.: sigic), para além do seu horário, com remuneração extra.
- Existe um plano de Saúde, Higiene e Segurança no Trabalho.
- A Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar tem um papel activo.
- Existe, no serviço, uma cultura de Saúde, Higiene e Segurança no Trabalho.
- Existe uma consciência colectiva da responsabilidade partilhada entre a organização e os seus colaboradores nestes programas de gestão do risco.

FACTOR 2 – COORDENAÇÃO, associado às seguintes variáveis:

- A coordenação tem tido um papel importante na concepção e implementação de medidas dos programas de gestão do risco.
- A coordenação procura apresentar soluções estratégicas, para a resolução de conflitos internos, apelando à colaboração de todos.
- A coordenação é porta-voz, do serviço, nos processos de negociações colectivas.
- A coordenação facilita o processo de negociação externo.

FACTOR 3 – INCENTIVO À PARTICIPAÇÃO, associado às seguintes variáveis:

- Os colaboradores participam na definição de estratégias de gestão de recursos humanos, no serviço.
- Incentiva-se, no serviço, à participação dos colaboradores nos processos de decisões operacionais.

FACTOR 4 – RECOMPENSAS E REDUÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO, associado às seguintes variáveis:

- A organização tem um sistema de recompensas para além do salário base (ex.: incentivos).
- A aposta na formação profissional tem tido um papel preponderante na redução dos acidentes de trabalho.

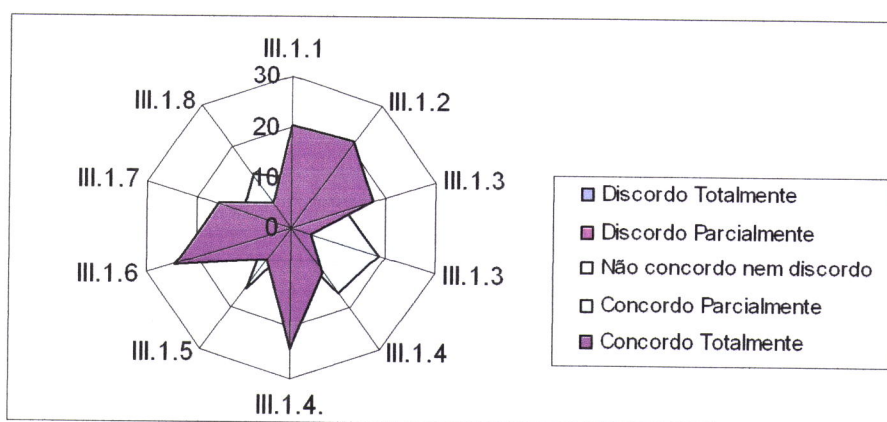
6.1.3. PERCEPÇÕES SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

A análise das variáveis referentes às *percepções sobre a organização do trabalho* pode ser complementada pela consulta das tabelas no Anexo IV-Tab.8.

Na análise das frequências absolutas o total de respostas a cada variável é sempre 30, pois não existem não respostas.

Como se pode observar através do Gráfico 16, relativamente aos itens que pretendem avaliar os *aspectos relacionados com a organização do trabalho* os enfermeiros, de uma forma geral, concordam parcial ou totalmente com a metodologia implementada.

Gráfico 16 – Distribuição das variáveis segundo a Análise dos Aspectos Relacionados com a Organização do Trabalho



Fonte: Anexo IV – Tabela 8

Como podemos observar pela Quadro 5, relativamente à questão onde se pretendia identificar os *pontos fortes na organização do trabalho*, verificámos que os pontos fortes mais assinalados são: as áreas funcionais, seguidas da especialização técnica e rotatividade.

Quadro 5 – Análise dos pontos fortes identificados na organização do trabalho

	Frequência
Áreas Funcionais	11
Especialização técnica	5
Rotatividade	3
Desenvolvimento de competências	2
Organização do trabalho	2
Líderes de áreas	1
Comunicação	1
Escolha dos colaboradores	1
Integração	1

Fonte: Anexo VI A' – III. 2 a)

Relativamente à identificação de *pontos fracos na organização do trabalho* (Quadro 6) verificámos que o mais assinalado é a baixa rotatividade, seguido de comunicação e distribuição de tarefas sem motivação.

Quadro 6 – Análise dos pontos fracos identificados na organização do trabalho

	Frequência
Baixa rotatividade	13
Comunicação	4
Distribuição de tarefas sem motivação	3
Alta rotatividade em áreas específicas	1
Aquisição de competências	1
Segundo elemento responsável pelas áreas	1
Falta avaliação do trabalho	1

Fonte: Anexo VI A' – III. 2 b)

6.1.3.1. ESTUDO DA FIABILIDADE

Relativamente às percepções dos enfermeiros sobre a *organização do trabalho no serviço onde desempenham funções* (III.1.1. a III.1.10.) foram obtidos valores de consistência interna de 0.799 (Anexo IV- Tab.17), pelo que podemos considerar os dados como unidimensionais: as 10 variáveis medem eficazmente uma única dimensão, a organização do trabalho.

6.1.3.2. ANÁLISE FACTORIAL

Relativamente à análise da questão” *Gostaríamos agora de saber a sua opinião sobre um conjunto de aspectos relacionados com a organização do trabalho, no serviço onde desempenha funções.*”, a análise factorial (Anexo IV- Tab.25) permitiu reter três factores, que explicam 69,86% da variação total observada nas 10 variáveis originais.

Apresenta-se, na tabela acima referida, a matriz dos componentes após rotação, salientando-se (a negrito) os factores associados a cada uma das variáveis.

Verificaram-se as seguintes associações entre os factores e as variáveis:

FACTOR 1 – LÍDERES DE ÁREA, associado às seguintes variáveis:

- O líder de área distribui as tarefas, de acordo com as motivações individuais.
- O líder de área procura facilitar o processo de desenvolvimento de competências

individuais, incentivando a autonomia.

- Apenas os líderes de área se devem manter por mais tempo, a gerir essa área.
- Existe um feed-back periódico, por parte da coordenação, sobre o trabalho desenvolvido pelas áreas funcionais.
- Existe um feed-back periódico, por parte da coordenação (e líder de área, se for o caso), sobre o trabalho desenvolvido ao nível individual.

FACTOR 2 – REVISÃO DA DIVISÃO DO TRABALHO, associado às seguintes variáveis:

- Esta divisão deve ser revista periodicamente, com o intuito de permitir uma rotatividade nas diferentes áreas.
- A mudança periódica de área permite uma maior variedade de aquisição de competências.

FACTOR 3 – DIVISÃO DO TRABALHO, associado às seguintes variáveis:

- A divisão de trabalho, por áreas funcionais, é eficaz no desenvolvimento de competências individuais.
- Esta divisão proporciona uma melhor inter – relação favorecendo a ajuda mútua entre os parceiros da mesma área funcional.
- Esta divisão possibilita o desenvolvimento de uma maior responsabilidade e autonomia.

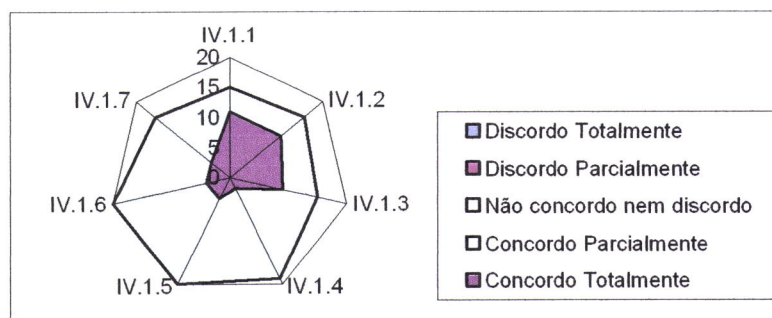
6.1.4. PERCEPÇÕES SOBRE A INTERVENÇÃO ORGANIZACIONAL

A análise das variáveis referentes às *percepções sobre a intervenção organizacional* pode ser complementada pela consulta das tabelas do Anexo IV – Tab.9.

Na análise das frequências absolutas o total de respostas a cada variável é sempre 30, pois não existem não respostas.

Como se pode observar no gráfico seguinte, relativamente aos itens que pretendem avaliar os *aspectos relacionados com um processo de intervenção centrado na eficácia dos grupos de trabalho*, destaca-se que os enfermeiros, de uma forma global, concordam parcialmente com todos os aspectos aqui focados.

Gráfico 17 – Distribuição das Variáveis segundo um Processo de Intervenção Centrado na Eficácia dos Grupos de Trabalho



Fonte: Anexo VI – Tabela 9

De acordo com o Quadro 7, verificámos que a comunicação surge como o aspecto mais referido, quando solicitámos que os enfermeiros identificassem *aspectos possíveis de serem melhorados no âmbito do trabalho em equipa*.

Quadro 7 – Análise dos Aspectos identificados como possíveis de serem melhorados no âmbito do trabalho em equipa.

	Frequência
Comunicação	8
Gestão do tempo: refeições	2
Relações inter pessoais	2
Rotatividade	2
Definição de objectivos	1
Passagem pela UCPA	1
Valorização individual	1

Fonte: Anexo VI A' – IV. 2

6.1.4.1. ESTUDO DA FIABILIDADE

Relativamente às percepções dos enfermeiros sobre a *intervenção organizacional* (IV.1.1 a IV.1.7) foi obtido um valor de *alpha* de Cronbach de 0.757 (Anexo IV - Tab.18), pelo que podemos considerar os dados como unidimensionais: as 7 variáveis medem de forma aceitável uma única dimensão, a intervenção organizacional.

6.1.4.2. ANÁLISE FACTORIAL

Relativamente á questão: “*Gostaríamos agora de saber a sua opinião sobre um conjunto de aspectos relacionados com um processo de intervenção centrado na eficácia dos grupos de trabalho*”, a análise factorial (Anexo IV - Tab.26) permitiu reter três factores, que explicam 80,82% da variação total observada nas 7 variáveis originais.

Apresenta-se, na Tabela 26, acima referida, a matriz dos componentes após rotação, salientando-se (a negrito) os factores associados a cada uma das variáveis.

Verificaram-se as seguintes associações entre os factores e as variáveis:

FACTOR 1 – ENVOLVIMENTO DOS COLABORADORES, associado às seguintes variáveis:

- Os colaboradores são envolvidos e participam na definição dos seus objectivos e planos de acção.
- Os colaboradores são envolvidos e participam na avaliação do seu desempenho.
- Os colaboradores têm controlo efectivo sobre os diversos aspectos que influenciam o seu desempenho.

FACTOR 2 – CONSISTÊNCIA ENTRE OS OBJECTIVOS DO SERVIÇO E OS OBJECTIVOS INDIVIDUAIS E COLECTIVOS, associado às seguintes variáveis:

- Os objectivos do serviço são consistentes com os objectivos da organização.
- Os objectivos do serviço orientam a especificação dos objectivos individuais.

FACTOR 3 – CARACTERÍSTICAS DOS OBJECTIVOS DO SERVIÇO, associado às seguintes variáveis:

- Os objectivos do serviço são claros, específicos, e verificáveis.
- Os objectivos traçados pelo serviço vão ao encontro das expectativas individuais.

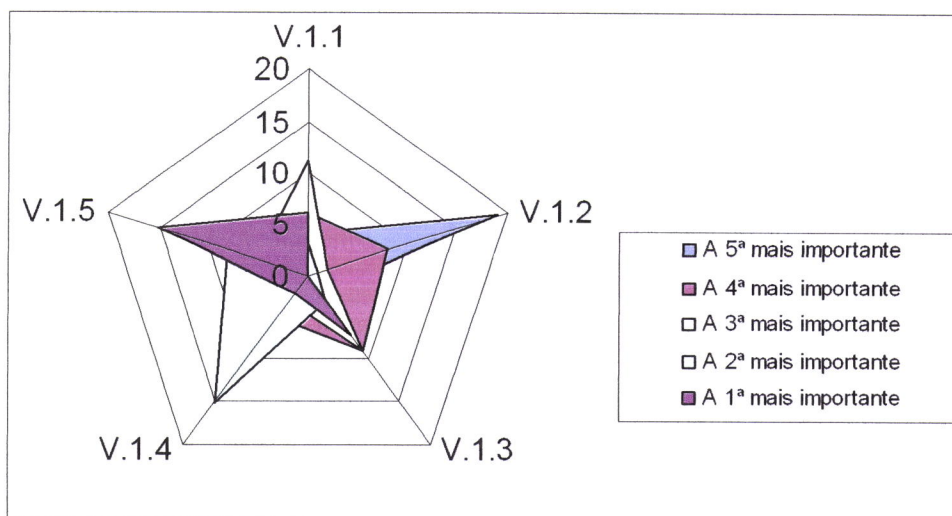
6.1.5. PERCEPÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRESTADOS AO UTENTE

A análise das variáveis referentes às *percepções sobre os cuidados prestados ao utente* pode ser complementada pela consulta das tabelas do Anexo IV – Tab.10.

Na análise das frequências absolutas o total de respostas a cada variável é sempre 30, pois não existem não respostas.

Como se pode observar através do Gráfico 18, relativamente à questão onde era solicitado que os enfermeiros, face a um conjunto de dimensões que pretendem avaliar o grau de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no B.O., as classificassem pelo grau de importância que lhes atribuíam. Verificámos que nem todos os enfermeiros dão a mesma importância aos itens avaliados, registando-se uma certa dispersão nas respostas.

Gráfico 18 – Distribuição das Variáveis Relacionadas com as Percepções sobre os Cuidados Prestados aos Utentes



Fonte: Anexo VI – Tabela 10

Relativamente à identificação de outras dimensões, ao nível dos cuidados de enfermagem, passíveis de serem avaliadas pelos utentes no período perioperatório verificámos que alguns enfermeiros assinalaram mais do que uma dimensão. As dimensões mais assinaladas (Quadro 8) são o ambiente físico, a privacidade e a informação aos familiares.

Quadro 8 – Análise das outras dimensões identificadas como importantes e passíveis de serem avaliadas na perspectiva dos utentes

	Frequência
Ambiente físico	6
Privacidade	4
Informação aos familiares	3
Comunicação	1
Identificação do profissional	1
Dor	1
Empatia	1
Autonomia	1
Segurança	1

Fonte: Anexo VI A^o – V. 2

6.1.6. ESTUDO DA RELAÇÃO ENTRE AS DIMENSÕES QUE INTEGRAM CADA ESCALA (APÓS ANÁLISE FACTORIAL) E AS VARIÁVEIS RELATIVAS ÀS *PERCEPÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRESTADOS*.

Todas as variáveis cuja relação se pretende estudar são variáveis quantitativas ou ordinais (escala com ordenação), pelo que podem ser analisadas utilizando o coeficiente de correlação de Pearson R, que é uma medida da associação linear entre variáveis quantitativas e varia entre -1 e 1. Quanto mais próximo estiver dos valores extremos, tanto maior é a associação entre as variáveis.

Este coeficiente assume que os dados provêm de populações normais, pelo que é necessário verificar a normalidade das distribuições das variáveis, com o teste K-S (Kolmogorov-Smirnov com a correcção de Lilliefors).

Na análise que se segue aplicámos este teste para as variáveis do ponto V, cruzando-as com todas as outras.

O teste K-S coloca as seguintes hipóteses:

- H₀: A variável segue uma distribuição normal.
- H₁: A variável não segue uma distribuição normal.

O valor de 5% é um valor de referência para o erro que estamos dispostos a assumir para a possibilidade de rejeitar H_0 , sendo H_0 verdadeira, pelo que os valores da significância do teste (assinalados a negrito), também designada por valor de prova, permitem realizar inferências sobre o seu resultado. Se a significância for superior a 5% (0,05), não se rejeita a hipótese nula (H_0), se for inferior a 5%, rejeita-se a hipótese nula (H_0) e aceita-se a hipótese alternativa (H_1).

Para que se possa aplicar um teste paramétrico, tem que verificar-se H_0 para todas as variáveis o que, como podemos observar pelo Quadro 9, nunca se verifica pelo menos para uma das variáveis cuja relação se pretende estudar, pelo que se rejeita a hipótese nula. O teste paramétrico será confirmado pelo teste não paramétrico equivalente.

Quadro 9 – Análise do Teste de *Kolmogorov-Smirnov*

	<i>K-S (a)</i>		
	<i>Statistic</i>	<i>Df</i>	<i>Sig.</i>
V.1.1. Eficácia da comunicação	.210	30	,002
V.1.2. Utilidade da informação	.373	30	,000
V.1.3. Qualidade no acolhimento	.208	30	,002
V.1.4. Prontidão na assistência	.318	30	,000
V.1.5. Controle da dor	.297	30	,000

(a) Correção de significância de Lilliefors

Por este facto, não se podem aplicar testes paramétricos para validar as hipóteses, pelo que também a análise, através dos coeficientes de correlação de Pearson, não é válida. Assim sendo, deve utilizar-se o coeficiente de correlação de Spearman, que não é sensível a assimetrias de distribuição e não exige a normalidade da distribuição dos dados.

Os quadros que se seguem apresentam o valor do coeficiente de Spearman. As correlações são assinaladas com (*) se forem significantes para um valor de referência de 5%, sendo correlações normais.

Quando a correlação entre duas variáveis for significativa (apresentar um valor de prova – sig. – inferior a 5%) é assinalada a negrito. Assinale-se que uma correlação estatisticamente significativa pode ser positiva: significa que a um aumento de uma variável corresponde um aumento significativo da outra; ou negativa: significa que a um aumento de uma variável corresponde uma diminuição significativa da outra. Não foram

colocados os quadros do estudo das dimensões que não apresentaram correlações estatisticamente significativas (consultar Anexo VI, A e A' dos *outputs* em SPSS e Word do estudo efectuado aos enfermeiros).

6.1.6.1. PERCEPÇÕES SOBRE A CULTURA ORGANIZACIONAL E DO SERVIÇO

Relativamente à questão 3: *”Gostaríamos agora de saber a sua opinião sobre o conjunto de políticas de recursos humanos que se segue.”*

A. GESTÃO DO EMPREGO:

Podemos verificar pela análise do Quadro 10 que se encontraram relações estatisticamente significativas entre:

- “II.3.A.Factor 1 – Estratégia e planeamento” e “V.1.4. Prontidão na assistência”, que é uma relação negativa, o que significa que quem considera mais frequente a estratégia e planeamento considera menos importante a prontidão na assistência.
- “II.3.A.Factor 2 – Gestão de recursos humanos” e “V.1.1. Eficácia da comunicação”, que é uma relação negativa, o que significa que quem considera mais frequente a gestão de recursos humanos considera menos importante a eficácia da comunicação.

Quadro 10 – Análise das associações entre as dimensões que avaliam o grau de satisfação dos utentes com a gestão do emprego.

	V.1.1. Eficácia da comunicação	V.1.2. Utilidade da informação	V.1.3. Qualidade no acolhimento	V.1.4. Prontidão na assistência	V.1.5. Controle da dor
II.3.A Factor 1 – Estratégia e planeamento	,277	,237	,114	-,382(*)	-,181
II.3. Factor 2 – Gestão de RH	-,369(*)	,018	,034	,264	,152

* Correlação significativa para um nível de significância de 0.05 ($p < .05$).

B. FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO:

Podemos verificar pela análise do Quadro 11, que se encontraram relações estatisticamente significativas entre:

- “II.3.C.Factor 3 – Avaliação da formação” e “V.1.3. Qualidade no acolhimento”, que é uma relação negativa, o que significa que quem considera mais frequente a avaliação da formação considera menos importante a qualidade no acolhimento.

Quadro 11 – Análise das associações entre as dimensões que avaliam o grau de satisfação dos utentes com a formação e desenvolvimento.

	V.1.1. Eficácia da comunicação	V.1.2. Utilidade da informação	V.1.3. Qualidade no acolhimento	V.1.4. Prontidão na assistência	V.1.5. Controle da dor
II.3.C Factor 1 – Comunicação e politica de formação	,063	-,191	-,158	,055	,204
II.3.C Factor 2 – Necessidades de formação	,044	-,184	,305	-,002	-,195
II.3.C Factor 3 – Avaliação da formação	,003	,173	-,404(*)	,171	,223
II.3. C Factor 4 – Formação no local de trabalho	,153	,331	,032	-,303	-,112

* Correlação significativa para um nível de significância de 0.05 ($p < .05$).

6.2. ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS DOS QUESTIONÁRIOS AOS UTENTES

O trabalho divide-se em três grandes partes:

1. Caracterização da amostra em termos gerais e ao nível do internamento, o que permite perceber a forma como se distribuem os seus valores através da estatística descritiva;

2. Análise da fiabilidade às questões da escala SUCEBO e cada uma das suas dimensões, seguida da explicação da forma como foram construídas a escala e suas dimensões (podemos consultar as tabelas referentes à fiabilidade no Anexo V e através do anexo VI B e VI B’).

3. Análise de Estatística Descritiva da escala SUCEBO e cada uma das suas dimensões, que permite perceber a forma como se distribuem os seus valores.

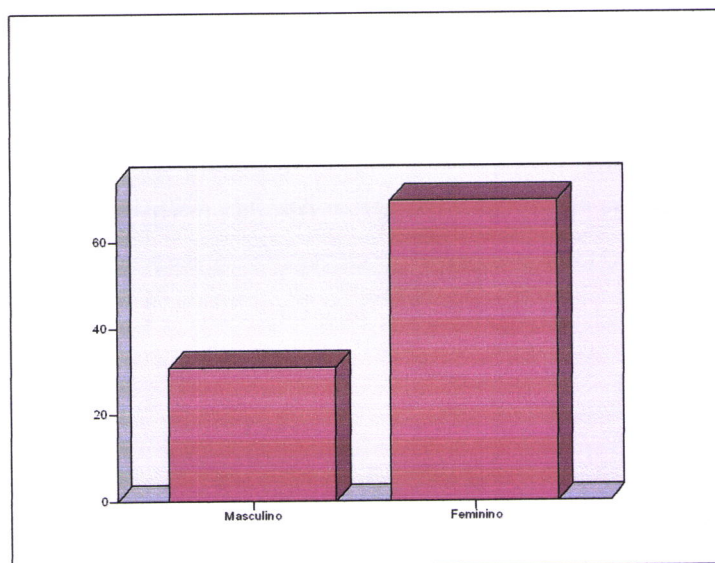
6.2.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Neste ponto efectua-se uma caracterização dos utentes entrevistados (N= 104) relativamente às variáveis: género, idade, habilitações literárias, profissão e as características dos dados referentes ao internamento: serviço de internamento, tipo de anestesia e cirurgias anteriores. A tabela referente à caracterização individual e situação profissional da amostra pode ser consultada no anexo V – Tab.27.

6.2.1.1. CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL E SITUAÇÃO PROFISSIONAL

A amostra é constituída por 69,2% de sujeitos do sexo feminino e 30,8% do sexo masculino. Pela análise do Gráfico 19 verificamos que existe uma distribuição desequilibrada em função do sexo, existindo uma maioria significativa do sexo feminino (cerca de dois terços).

Gráfico 19 – Distribuição da Amostra utentes segundo o Sexo



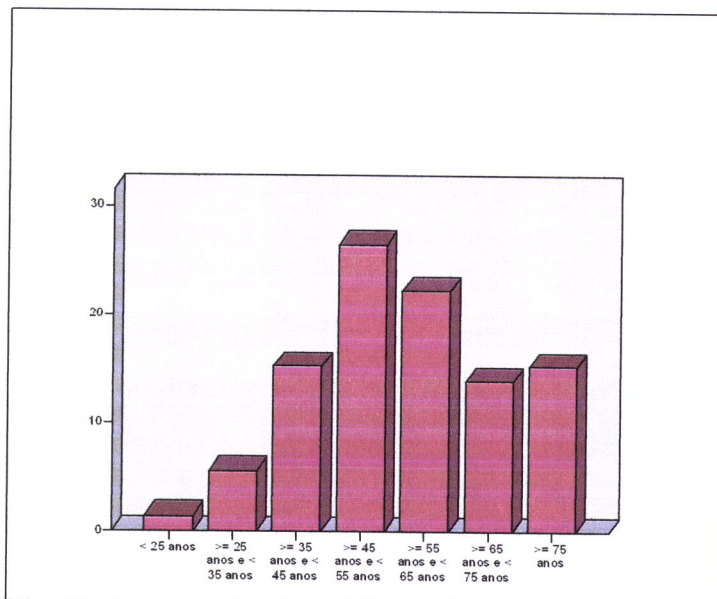
Fonte: Anexo V-Tabela 27

Como se pode observar pelo Gráfico 20 em relação à idade dos indivíduos, considerando ambos os sexos, estes têm entre 16 e 88 anos com uma média de 55,52 anos e desvio padrão de 15,20 anos. Em relação ao sexo feminino apresentam uma média de 56,15 anos e um desvio padrão de 15,32 anos e variam entre os 24 e os 88

anos. Quanto ao sexo masculino, a média é de 54,09 anos, desvio padrão de 15,08 e variam entre os 16 e os 80 anos.

Podemos também verificar que a maioria dos indivíduos pertencentes à amostra têm idades compreendidas entre os ≥ 45 e < 65 anos.

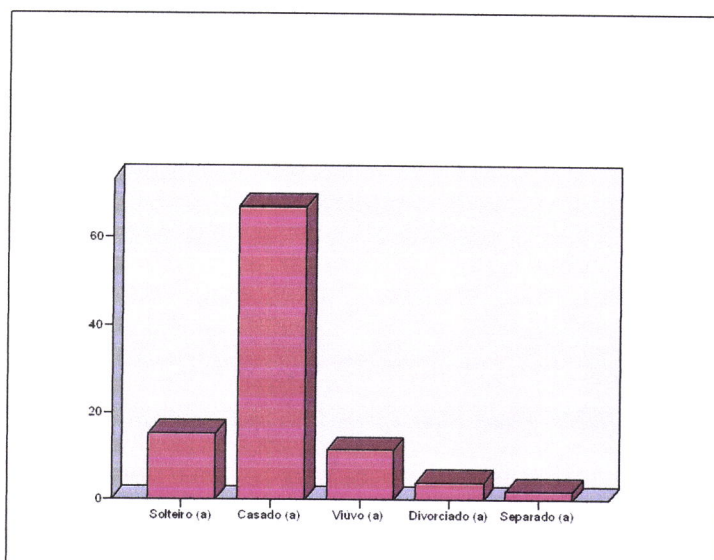
Gráfico 20 – Distribuição da Amostra utentes segundo a idade por intervalos



Fonte: Anexo V-Tabela 27

Cerca de dois terços da amostra são casados, seguidos pelos solteiros e viúvos, e em que cada categoria é representada em menos de 20% da amostra (Gráfico 21).

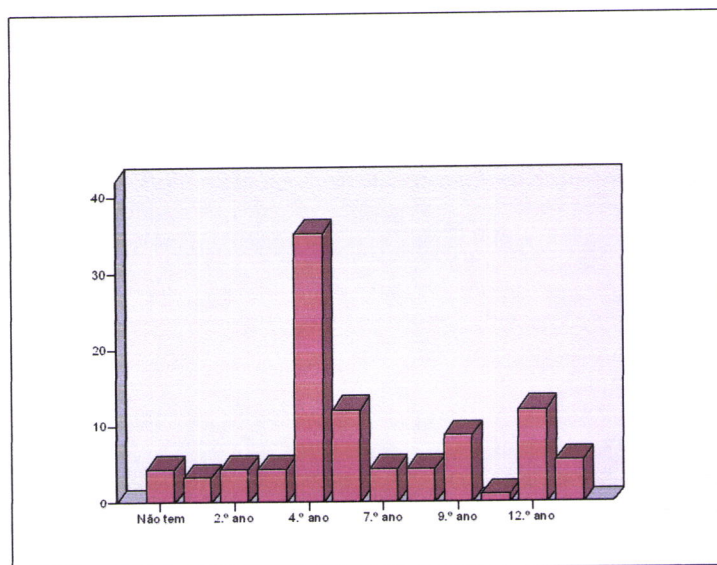
Gráfico 21 – Distribuição da Amostra utentes segundo o estado civil



Fonte: Anexo V-Tabela 27

Cerca de metade da amostra possui habilitações até ao 4.º ano, portanto, o primeiro ciclo, alguns deles incompleto. As restantes habilitações encontram-se dispersas pelas várias categorias (Gráfico 22).

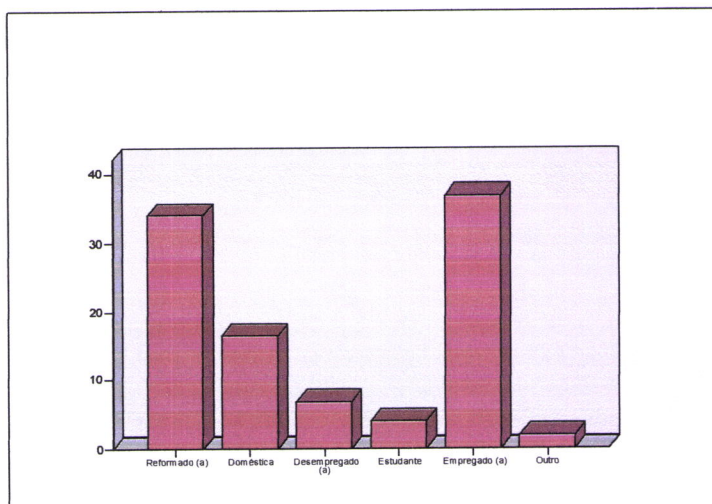
Gráfico 22 – Distribuição da Amostra utentes segundo as Habilitações literárias



Fonte: Anexo V-Tabela 27

Como podemos observar pela análise do Gráfico 23, na amostra, relativamente à situação profissional, verificamos que a maioria estão empregados (40%) ou reformados (34%).

Gráfico 23 – Distribuição da Amostra utentes segundo a situação profissional



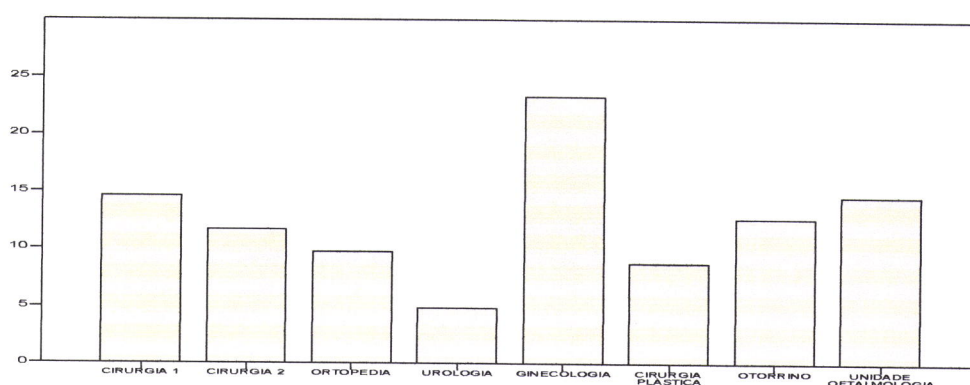
Fonte: Anexo V-Tabela 27

6.2.1.2. CARACTERIZAÇÃO DOS DADOS RELATIVOS AO INTERNAMENTO

A representação gráfica da caracterização dos dados relativos ao internamento tem como base a Tabela 28 do Anexo V.

A amostra distribui-se pelos serviços: Cirurgia 1 (14,6%), Cirurgia 2 (11,7%), Ortopedia (9,7%), Urologia (4,9%), Ginecologia (23,3%), Cirurgia Plástica (8,7%), Otorrinolaringologia (12,6%) e Oftalmologia (14,6%). O serviço de Urologia é o menos representado (Gráfico 24).

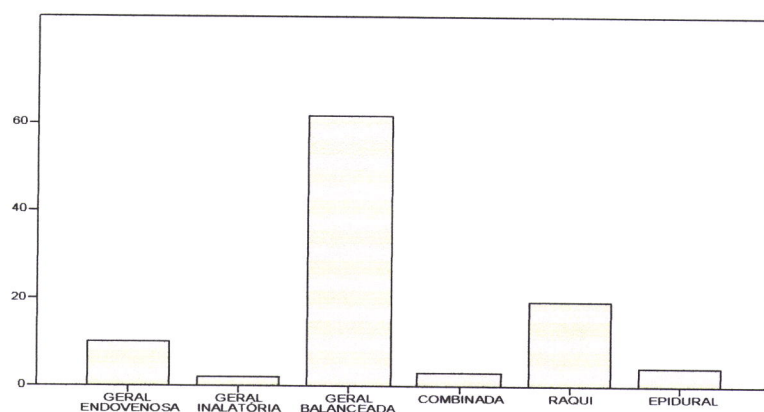
Gráfico 24 – Distribuição da Amostra utentes segundo o serviço de internamento



Fonte: Anexo V-Tabela 28

Como podemos verificar pelo Gráfico 25, a maioria dos utentes da amostra foram submetidos a uma anestesia geral balanceada (61,6%), seguida pela raquianestesia (19,2%).

Gráfico 25 – Distribuição da Amostra utentes segundo o tipo de anestesia efectuada



Fonte: Anexo V-Tabela 28

Salientamos ainda que mais de metade da amostra referiu já ter sido operada no B.O. deste hospital (60,8%).

6.2.2. ESCALA SUCEBO

A análise das variáveis referentes à escala SUCEBO pode ser complementada pela consulta da Tabela 29 do Anexo V.

O total de respostas a cada variável é sempre 104, pois não existem não respostas.

A análise de fiabilidade é aplicada tal como o descrito na análise efectuada nos inquéritos aos enfermeiros. Os índices de consistência interna, tal como anteriormente, foram calculados através do coeficiente *alpha* de Cronbach.

A análise dos resultados obtidos relativamente ao estudo da fiabilidade, pode ser complementada pela consulta do Anexo V.

Esta escala é constituída por todos os 24 itens do questionário de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem prestados no B.O..

Como podemos verificar no Anexo V, o valor do *alpha* de Cronbach, para os vinte e quatro itens do questionário é de 0.916, pelo que podemos considerar os dados como unidimensionais: as vinte e quatro variáveis medem de forma muito boa, uma única dimensão, a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no bloco operatório.

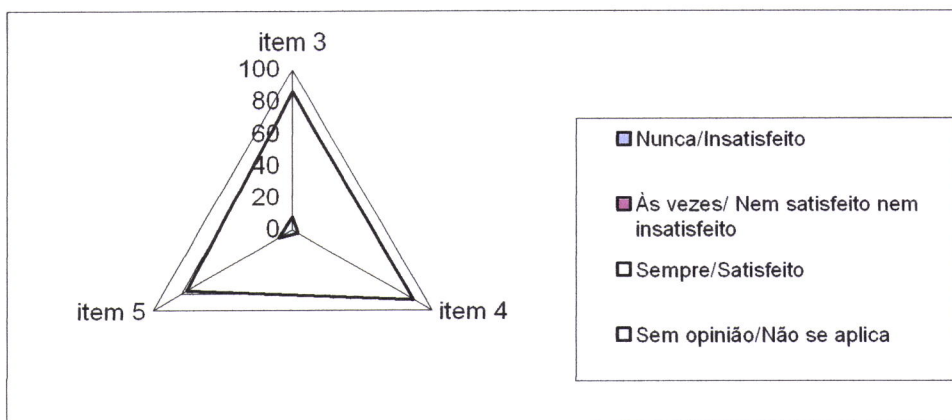
6.2.2.1. DIMENSÃO EFICÁCIA NA COMUNICAÇÃO (EC)

Esta dimensão é constituída por três itens do questionário: itens 3, 4 e 5.

De acordo com o Gráfico 26, verificamos uma tendência generalizada nas respostas às questões, no item 3 da escala de avaliação, correspondente a *sempre ou satisfeito*.

Gráfico 26 – Distribuição da Amostra utentes segundo a Dimensão:

Eficácia na Comunicação



Fonte: Anexo V-Tabela 29

O valor do *alpha* de Cronbach, para os três itens, que avaliam esta dimensão é de 0.730, que embora não seja superior a 0.80, é superior a 0.70, pelo que podemos considerar os dados como unidimensionais: as três variáveis medem eficazmente uma única dimensão, a Eficácia na Comunicação.

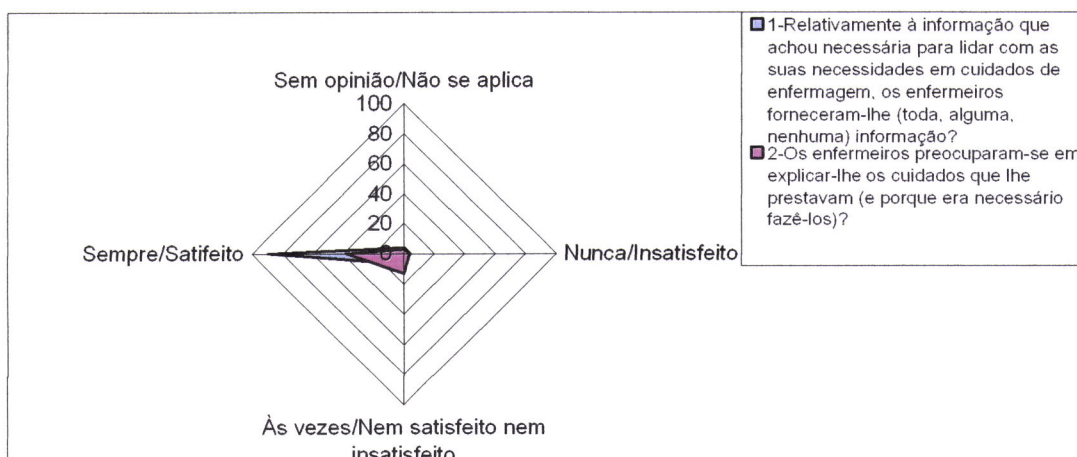
6.2.2.2. DIMENSÃO UTILIDADE DA INFORMAÇÃO (UI)

Esta dimensão é constituída por dois itens do questionário: itens 1 e 2.

De acordo com o Gráfico 27, verificamos uma tendência generalizada nas respostas às questões, no item 3 da escala de avaliação, correspondente a *sempre*.

Gráfico 27 – Distribuição da Amostra utentes segundo a Dimensão:

Utilidade da Informação



Fonte: Anexo V-Tabela 29

O valor do *alpha* de Cronbach é de 0.724, que embora não seja superior a 0.80, é superior a 0.70, pelo que podemos considerar os dados como unidimensionais: as duas variáveis medem eficazmente uma única dimensão, a Utilidade da Informação.

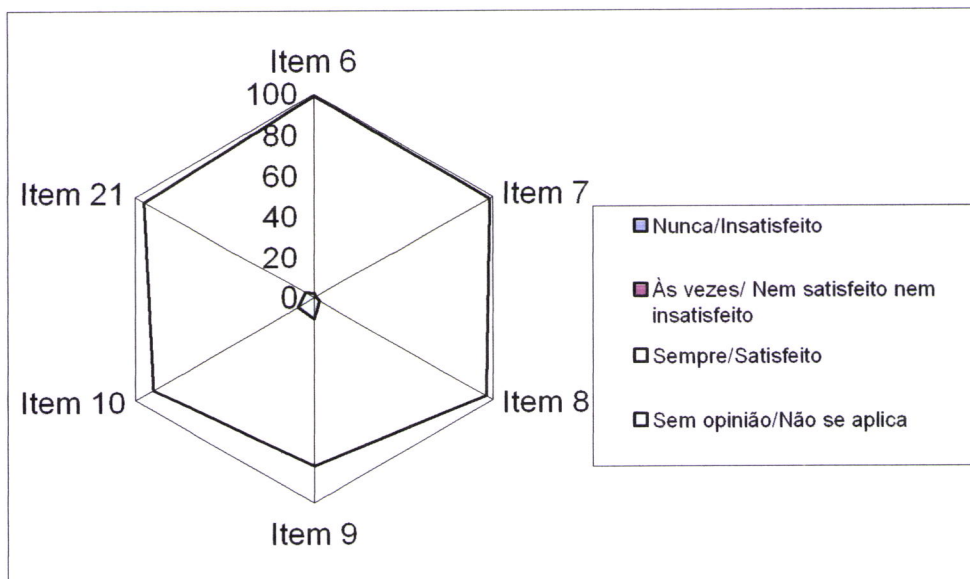
Como só existem duas variáveis na dimensão, não pode ser testado o que sucede se retirarmos alguma delas.

6.2.2.3. DIMENSÃO QUALIDADE NO ATENDIMENTO (QA)

Esta dimensão é constituída por seis itens do questionário: itens 6, 7, 8, 9, 10 e 21.

De acordo com o Gráfico 28 verificamos uma tendência generalizada nas respostas às questões, no item 3 da escala de avaliação, correspondente a *sempre ou satisfeito*

Gráfico 28 – Distribuição da Amostra utentes segundo a Dimensão:
Qualidade no Atendimento



Fonte: Anexo V-Tabela 29

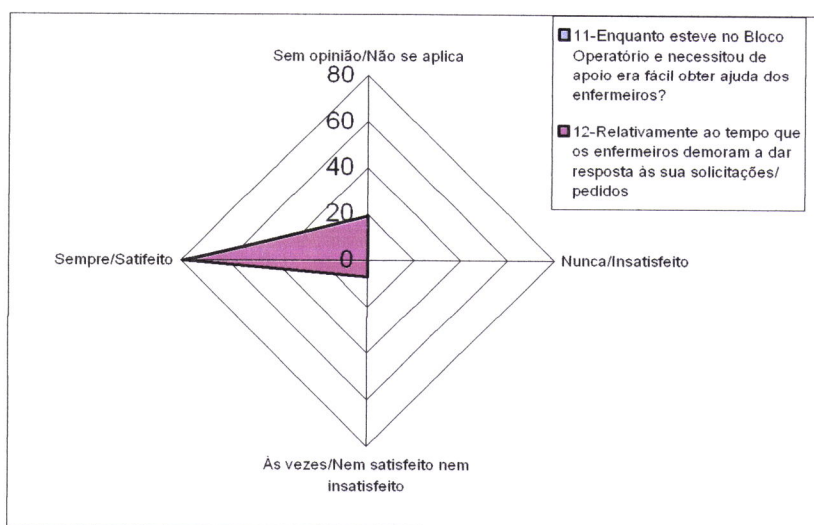
O valor do *alpha* de Cronbach é de 0.611, pelo que não podemos considerar os dados como unidimensionais: as seis variáveis não medem eficazmente uma única dimensão, a Qualidade no Atendimento.

6.2.2.4. DIMENSÃO PRONTIDÃO NA ASSISTÊNCIA (PA)

Esta escala é constituída por dois itens do questionário: itens 11,12.

De acordo com o Gráfico 29, verificamos uma tendência generalizada nas respostas às questões, no item 3 da escala de avaliação, correspondente a *sempre ou satisfeito*.

Gráfico 29 – Distribuição da Amostra utentes segundo a Dimensão: Prontidão na Assistência



Fonte: Anexo V-Tabela 29

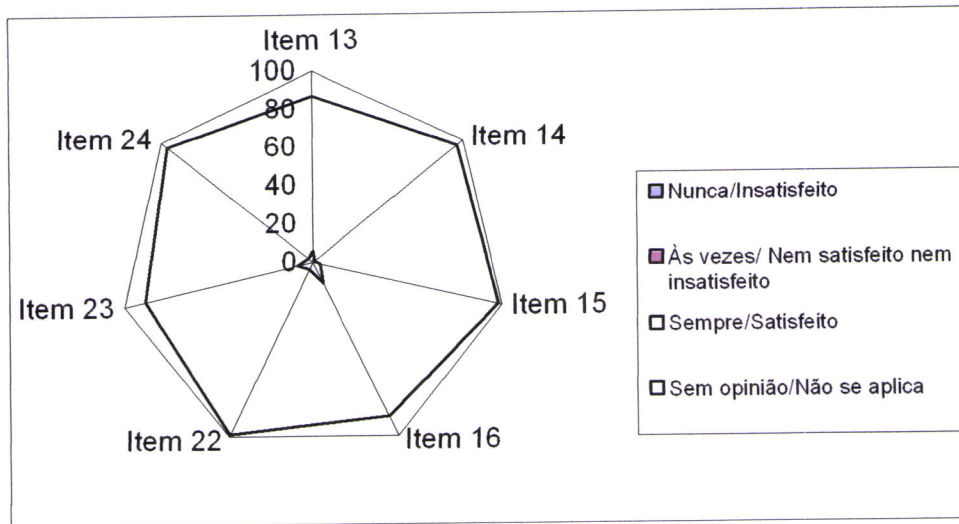
O valor do *alpha* de Cronbach é de 0.659, o que representa um valor baixo, ou seja, as duas variáveis não medem eficazmente uma única dimensão, a Prontidão na Assistência.

6.2.2.5. DIMENSÃO MANUTENÇÃO DE AMBIENTE TERAPÊUTICO (AT)

Esta dimensão é constituída por sete itens do questionário: itens 13, 14, 15, 16, 22, 23 e 24.

De acordo com o Gráfico 30, verificamos uma tendência generalizada nas respostas às questões, no item 3 da escala de avaliação, correspondente a *sempre ou satisfeito*.

Gráfico 30 – Distribuição da Amostra utentes segundo a Dimensão:
Manutenção de Ambiente Terapêutico



Fonte: Anexo V-Tabela 29

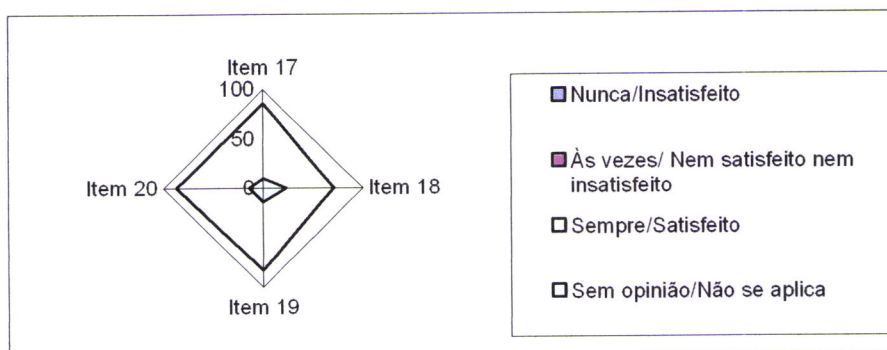
O valor do *alpha* de Cronbach é de 0.692, o que representa um valor baixo, ou seja, as sete variáveis não medem eficazmente uma única dimensão, a Manutenção de Ambiente Terapêutico.

6.2.2.6. DIMENSÃO CONTROLO E ALIVIO DA DOR PÓS – OPERATÓRIA (CAD)

Esta dimensão é constituída por quatro itens do questionário: itens 17, 18, 19 e 20.

De acordo com o gráfico 31, verificamos uma tendência generalizada nas respostas às questões, no item 3 da escala de avaliação, correspondente a *sempre ou satisfeito*

Gráfico 31 – Distribuição da Amostra utentes segundo a Dimensão:
Controlo e alívio da dor pós-operatório



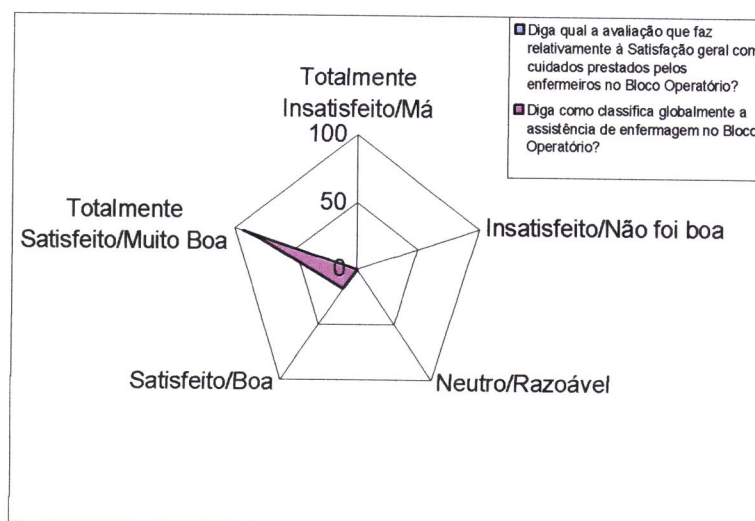
Fonte: Anexo V-Tabela 29

O valor do *alpha* de Cronbach é de 0.866, pelo que podemos considerar os dados como unidimensionais: as quatro variáveis medem de forma eficaz uma única dimensão, o Controlo e Alívio da Dor Pós – Operatória.

6.3. SATISFAÇÃO GERAL: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS

Como podemos observar através do Gráfico 32, relativamente à *satisfação geral dos utentes com os cuidados de enfermagem no B.O.*, a quase totalidade dos inquiridos (93/104) referiu estar *Totalmente satisfeito*. Na 2ª questão, referente à *assistência global de enfermagem no B.O.*, também a grande maioria dos inquiridos (85/104) respondeu que esta foi *Muito boa*.

Gráfico 32 – Satisfação geral dos utentes com os cuidados de Enfermagem



Fonte: Anexo V-Tabela 36

Quanto à questão: “*Se voltasse um dia a ser operado, gostaria de ser operado novamente neste Bloco Operatório?*”, todos os inquiridos responderam afirmativamente.

CAPÍTULO VII. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

7.1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo iremos analisar os resultados que obtivemos no capítulo anterior, referentes às entrevistas efectuadas a trinta enfermeiros do Bloco Operatório do Hospital de Nossa do Rosário, E.P.E., e aos cento e quatro utentes operados nesta mesma Instituição de Saúde nas diferentes especialidades já atrás referidas. Pretendemos articular esta discussão de resultados, com a primeira parte do nosso trabalho, que corresponde ao enquadramento teórico.

Com esta discussão dos resultados pretendemos contribuir para atingirmos os objectivos inicialmente traçados e responder à nossa questão de investigação:

Que dimensões de G.R.H. e de Organização do Trabalho influenciam a prática dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes no período perioperatório e qual o grau de satisfação destes com esses cuidados?

Iremos dividir esta análise em duas partes:

- Discussão dos resultados do estudo efectuado aos enfermeiros
- Discussão dos resultados do estudo efectuado aos utentes

7.1.1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS – ESTUDOS DOS ENFERMEIROS

No estudo efectuado com enfermeiros delineámos dois objectivos: *Avaliar as percepções dos profissionais de enfermagem do B.O. relativamente ao clima e cultura organizacional, bem como às principais dimensões e políticas de G.R.H. implementadas no Hospital Nossa Senhora do Rosário, E.P.E. (H.N.S.R., E.P.E.) e Avaliar as percepções dos enfermeiros relativamente às dimensões que procuram medir a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no B.O..*

Iniciamos esta análise pela amostra que constituiu este estudo. A nossa amostra, como verificámos no capítulo anterior, é constituída por trinta enfermeiros, 97% do sexo feminino e 3% do sexo masculino. A média de idades é de aproximadamente 38

anos, em que a grande maioria das idades (cerca de três quartos da amostra) encontra-se entre os 30 e os 45 anos. Pensamos que esta predominância do sexo feminino tem a ver com a perspectiva histórica da enfermagem, pois como refere Pinheiro *et al.* (2006:4) *“Muito antes da enfermagem ser considerada uma actividade e mesmo uma profissão, já os médicos delegavam procedimentos mais simples em pessoas, geralmente do sexo feminino, que os ajudavam na arte de tratar”*.

Relativamente às habilitações literárias da amostra, verificamos que a maioria possui o grau de bacharel (60%), os restantes (40%) possuem licenciatura. Dada a alteração ocorrida em 1998, com a mudança do curso de enfermagem de três para quatro anos, muitos dos enfermeiros deste serviço ainda não tiveram oportunidade de complementar a sua formação, efectuando o 4º ano que lhes confere o grau de licenciado. A grande maioria tem a categoria profissional de graduado, apenas 10% são enfermeiros de nível 1. No que diz respeito ao vínculo contratual, a grande maioria pertence ao quadro do hospital (93%) e apenas 7% possui contrato individual sem termo certo. A média de tempo de exercício da profissão, no bloco operatório é de 9,2 anos. Metade destes desempenham funções há mais de 6 anos. Na grande maioria das organizações hospitalares, a média de anos de permanência de um enfermeiro, no B.O., é elevada, daí a maior parte dos enfermeiros da amostra ter a categoria de enfermeiro graduado e a grande maioria pertencer ao quadro do hospital.

Como já tivemos oportunidade de abordar na parte conceptual do nosso trabalho, os blocos operatórios são considerados como “áreas de alto risco” para os doentes e para os profissionais que neles trabalham. A existência de equipamentos específicos e altamente sofisticados, requerem conhecimentos e treino específicos de instalação, manutenção, manipulação e funcionamento. São considerados, hoje em dia o local de prestação de cuidados mais dispendioso de um hospital, pela tecnologia existente, pela diferenciação das cirurgias, pela especialização dos intervenientes e pela situação clínica do doente (AESOP, 2006:4).

Toda a complexidade que envolve a aquisição de competências de um enfermeiro de Bloco Operatório, implica um tempo de aprendizagem demorado, cujo investimento não pode, nem deve ser ignorado pelas instituições, daí a justificação do longo tempo de permanência dos enfermeiros neste local de trabalho.

Verificamos, como já foi atrás referenciado que a maioria dos enfermeiros pertence ao quadro do hospital o que se torna compreensível pois as instituições procuram

garantir, de alguma forma, a manutenção dos seus recursos humanos, seu principal capital, nos quais fez já um grande investimento.

A maioria dos enfermeiros (pouco menos de dois terços) da amostra pratica horário fixo (8h às 16h de segunda a sexta-feira). Isto deve-se ao facto de ser durante este período que se efectua predominantemente toda a cirurgia programada. Existe uma sala operatória destinada à cirurgia de urgência, que funciona nas 24 horas, a qual é assegurada pela equipa de horário rotativo.

Relativamente ao papel que cada um exerce na organização do serviço, destacam-se da amostra cinco elementos com a função de líder de área (16,7%) e dois elementos que desempenham em simultâneo, o papel de chefe de equipa e líder de área (6,7%). Como já foi referido, o bloco operatório do hospital em estudo está organizado por seis áreas funcionais. Cada área é representada por um líder que é escolhido pelo coordenador do serviço de acordo com as suas competências. As equipas de urgência, que efectuem horário rotativo são lideradas por um chefe de equipa, cuja escolha também é da competência do coordenador do serviço. A AESOP (2006) classifica estes profissionais como “*Enfermeiro Perioperatório Especialista*” pois são responsáveis por otimizar os recursos disponíveis, avaliando, implementando e determinando os cuidados a prestar ao doente perioperatório de forma independente e em conjunto com terceiros. Ainda segundo esta Associação, estes profissionais são responsáveis por proporcionarem aos outros membros da equipa de cuidados de saúde a direcção e a experiência clínica para obtenção dos melhores resultados junto dos doentes. Esta função pode incluir a gestão do doente cirúrgico, a coordenação dos cuidados a prestar ao doente no intra operatório, a função de controlar os custos, a instrução do doente/família, etc.

Adoptando o modelo de Benner (2001), o enfermeiro perioperatório especialista situa-se no intervalo entre o estágio 3 e o estágio 4 – Competente/Proficiente.

Segundo este modelo, o enfermeiro torna-se competente quando toma consciência da sua prática em termos objectivos. O enfermeiro proficiente aprende pela experiência. Apercebe-se das questões na sua globalidade e orienta o processo de tomada de decisão de uma forma mais eficiente. A AESOP (2006:186), considera que um enfermeiro só num estágio de competente (depois de trabalhar três anos num bloco operatório), estará em condições de efectuar uma pós graduação que lhe permitirá adquirir conhecimentos e aptidões para à posteriori e em contexto de trabalho (com pelo menos um total de seis anos de prática profissional) ser considerado especialista.

Após a análise de caracterização individual e situação profissional da amostra, passamos à análise das variáveis relativas às:

Percepções sobre a cultura organizacional e do serviço:

Em relação aos itens que pretendem avaliar em que medida os enfermeiros se consideram satisfeitos com cada um dos aspectos do trabalho realizado a maioria (25/30) dos profissionais referem estar “satisfeitos” com a organização do departamento (Bloco Operatório) onde trabalham, com as relações interpessoais dentro do mesmo departamento (22/30) e satisfação relativamente à competência do seu superior hierárquico (26/30), bem como do tipo de trabalho que desempenham (23/30).

Demonstram insatisfação nos aspectos relacionados com a própria organização, relativos às perspectivas de promoções (19/30) e remunerações (27/30). Mas, de um modo geral há uma satisfação global com o trabalho que realizam.

O conceito de satisfação no trabalho tem inúmeras definições. Alguns autores (Beer, 1964; Arnold, Robertson e Cooper, 1991), citados por (Caetano *et al.*, 2001) definem-na como uma atitude generalizada em relação ao trabalho. É nesta perspectiva, no âmbito como referem os autores, das atitudes no trabalho, que no contexto surgem associações entre objectos e respectivas avaliações por parte dos profissionais. Estas avaliações traduzem a componente afectiva e emocional das experiências individuais o que, no quadro organizacional, surge como avaliação em relação ao trabalho ou factores relacionados (*ibid.*).

Em relação aos itens que pretendem avaliar em que medida, neste serviço se dá importância a cada um dos seguintes valores organizacionais, os respondentes consideraram que é dada, “importância” ou “alguma importância”, à competência técnica (30/30), estabilidade da organização, desenvolvimento tecnológico e inovação, ao bem estar das pessoas, ouvir a opinião e sugestões das pessoas, trabalho de equipa, gestão do risco, realização pessoal e profissional e ao bom ambiente entre as pessoas (26 a 28/30). Atribuíram “alguma importância” ou “pouca importância” à centralização do trabalho, ao poder das chefias e à inter relação bloco/serviços (19 a 25/30). Segundo Neves (2001), da justaposição das dimensões anteriormente referidas, emergem quatro tipos de cultura: a cultura de *apoio*, caracterizada pelos vectores da orientação interna e da flexibilidade; a cultura de *inovação*, caracterizada pelos vectores da flexibilidade e

da orientação externa: a cultura das *regras*, caracterizada pela orientação interna e pelo controlo e a cultura de *objectivos*, caracterizada pela orientação externa e pelo controlo.

No presente estudo os sujeitos da amostra deram especial ênfase a dois tipos de cultura: A *cultura de apoio* e a *cultura de inovação*.

A *cultura de apoio* insere-se no modelo teórico das relações humanas. Enfatiza a flexibilidade e o lado interno da organização e tem por principal objectivo a criação e manutenção da coesão e empenho das pessoas. A participação, a confiança, o sentimento de pertença, são os valores nucleares da motivação. A liderança tende a estimular a participação e a apoiar o desenvolvimento das pessoas, fomentando o trabalho em grupo. O critério de eficácia inclui o desenvolvimento do potencial humano e do envolvimento das pessoas.

A *cultura de inovação* valoriza a flexibilidade e a mudança, mas centra a atenção na adaptação da organização às exigências da envolvente externa. Como valores dominantes, estão o crescimento, a aquisição de recursos, a criatividade e a capacidade adaptativa. Na base da motivação estão o desafio e iniciativa individual, a possibilidade de inovar, a variedade de tarefas e o crescimento em termos do ser. A liderança apropriada legitima-se na capacidade de correr riscos, de fazer crescer a organização e de ter uma visão estratégica. A eficácia mede-se pela quota de mercado e pelo crescimento em volume de negócios.

Em relação aos itens que pretendem *saber a opinião dos enfermeiros sobre um conjunto de políticas de recursos humanos*

Em relação às políticas de Recursos Humanos referente à *gestão do emprego, selecção e integração, formação e desenvolvimento dos profissionais e manutenção dos recursos humanos*, verificamos que a avaliação em relação às variáveis que mediam cada factor, situaram-se na escala de medida “por vezes, com frequência e sempre” (22 a 29/30). Consideramos esta apreciação extremamente positiva, exceptuando no aspecto referente ao sistema de recompensas para além do salário por parte da organização.

Estamos conscientes da importância que a prática e as políticas de recursos humanos têm enquanto potenciadoras do desenvolvimento de implicação do indivíduo à organização.

Através da análise dos dados podemos constatar a forma como o impacto das práticas são avaliados na organização do bloco operatório.

Premack & Wanous (1985), consideram que embora as correlações entre os processos de selecção e a implicação afectiva sejam interpretadas com algumas precauções, estas práticas contribuem para o desenvolvimento da implicação afectiva dos novos membros à organização.

A forma como o indivíduo é recebido é fundamental para a implicação à organização. Contudo, para além das formas de socialização é importante focalizá-lo no seu conteúdo.

Apesar da implicação não ser o objectivo último dos programas de formação elaborados pela organização, estes podem influenciar o seu desenvolvimento. Igualmente, a implicação afectiva pode influenciar, de uma forma positiva, a motivação para a formação (Tannenbaum *et al.*, 1991).

Segundo Morris e Sherman (1981), as organizações que apostam na formação, no desenvolvimento e promoção interna dos seus colaboradores têm profissionais com auto-conceito positivo desenvolvido e um maior sentimento de competência. Se “os trabalhadores acreditam que a empresa está a fazer um bom trabalho de formação estarão mais implicados com a organização” (Gaertner & Nollen, 1989:979).

Dentro do que os respondentes, referentes a esta temática, identificaram como pontos fortes, verificamos que os resultados vão no sentido daquilo que, as pesquisas efectuadas por Schwarzwald *et al.* (1992) revelaram. O sistema de promoções internas, na vinculação dos indivíduos à organização, evidencia aspectos positivos na implicação à mesma.

A convergência entre os objectivos que a organização pretende atingir, as recompensas que providencia aos seus colaboradores face à sua actuação individual e desempenho meritório, constitui um ponto fulcral na orientação do pessoal no sentido de contribuírem para a sua concretização.

Percepções sobre a organização do trabalho:

Em relação aos itens que pretendem saber a opinião dos enfermeiros sobre um conjunto de aspectos relacionados com a organização do trabalho no serviço onde estes desempenham funções, a maioria dos respondentes “concorda parcial” ou “totalmente” com as questões abordadas. Podemos constatar através dos resultados (dois terços concordam totalmente e um terço concorda parcialmente) que a divisão do trabalho, dentro do B.O., por áreas funcionais é fundamental, não só no

desenvolvimento de competências, como na melhoria das relações interpessoais e no desenvolvimento da responsabilidade e autonomia.

Caetano *et al.* (2001), referem em relação a estes aspectos o seguinte: ao nível da tarefa, pretende-se que a mesma seja diversificada e exigente, permita aprender algo, permita autonomia ao seu executor, favoreça a ajuda mútua, que tenha utilidade social. Ao nível do indivíduo, os mesmos autores (2001), referem que o desenho do posto de trabalho deverá permitir uma variedade de tarefas, mostrar o enquadramento em que se insere a tarefa, a duração adequada do ciclo de trabalho, a possibilidade de conhecimento das metas qualitativas e quantitativas, bem como a inclusão de conteúdo que dignifiquem a tarefa e os seus executantes. Ao nível do grupo, as indicações vão no sentido das tarefas proporcionarem interligação, rotação ou proximidade física, que exista interdependência entre os diversos postos, possibilitar a definição de metas, divulgação dos resultados e a percepção da tarefa inserida num todo maior e com utilidade social.

Estes princípios pretendem dar resposta a necessidades individuais e grupais de grande importância no desenvolvimento de modelos motivacionais assentes no trabalho (*ibid.*).

Percepções sobre a intervenção organizacional:

Em relação aos itens que pretendem saber a opinião dos enfermeiros sobre um conjunto de aspectos relacionados com um processo de intervenção centrados na eficácia dos grupos de trabalho, relacionados com o processo de gestão por objectivos, mais de metade dos inquiridos responderam “concordar parcialmente” com todos os aspectos relacionados com a referida dimensão.

Segundo Caetano *et al.* (2001), podem utilizar-se várias técnicas de mudança organizacional, desde que estas sejam adequadas à situação concreta da organização e aos objectivos da intervenção. Pretende-se que conjugadamente se utilizem técnicas ao nível das equipas de trabalho e, porventura, a nível individual. As intervenções ao nível dos grupos, segundo os mesmos autores, baseiam-se essencialmente em programas de formação específicos na aquisição ou desenvolvimento de competências na área técnica ou comportamental.

Os mesmos autores (2001), referem que se comprova existir uma relação entre a gestão por objectivos e o aumento do esforço da motivação, da satisfação e da produtividade dos colaboradores. Outra vantagem resulta do facto de a gestão por

objectivos permitir dar feedback específico ao colaborador, incidindo sobre aspectos do seu desempenho. Permite, o desenvolvimento do auto controle por parte dos colaboradores, que é tido como um facilitador dos processos de gestão. Permite também a quantificação da avaliação dos resultados alcançados.

Os objectivos devem ser discutidos e acordados com antecedência, assim como a avaliação deve ser negociada entre avaliador e avaliado (Caetano *et al.*, 2001).

Ainda dentro desta dimensão, percepções sobre a intervenção organizacional, foi sugerido aos inquiridos que identificassem aspectos possíveis de serem melhorados no âmbito do trabalho em equipa. O aspecto mais referido (8/30), foi a “Comunicação”.

Como já referimos anteriormente, o B.O. é a “fonte” de maior receita do hospital, o que implica ter um nível de produção elevado. É de facto uma realidade que os enfermeiros do bloco possuem pouco tempo para comunicarem entre os vários grupos/equipas de trabalho, pois o contacto entre os profissionais, na maior parte dos dias, restringe-se à hora de entrada, no vestiário para troca da roupa pessoal pela farda do bloco, entre os profissionais da sala, que no máximo são três elementos e o contacto, no vestiário, à hora de saída para troca da roupa do bloco pela roupa pessoal. A estrutura física destes serviços (o facto de estarem divididos por salas independentes), e a necessidade de “rentabilizar” ao máximo estes espaços, não só por razões económicas, mas também pela necessidade das instituições responderem de uma forma atempada às necessidades dos utentes, são factores que contribuem para este “problema” levantado pelos inquiridos. Contudo, segundo alguns autores, a influência dos padrões de comunicação dos grupos sobre o seu desempenho, na tomada de decisão, não são consensuais.

Steiner (1972), citado por (Hirokawa, Erbert e Hurst, 1996), citados por (Caetano *et al.* 2001), defende que a qualidade de desempenho de um grupo depende dos seus conhecimentos, capacidades, aptidões e inteligência dos seus membros. Outros, como Hackman & Morris (1975), citado por Caetano *et al.* (2001), sugerem que o potencial que os membros de um grupo têm para resolver um problema, só pode ser colocado em acção através da comunicação que ocorre no grupo, dependendo a sua eficácia, da qualidade da comunicação. Mais recentemente, ainda, autores como Salazar *et al.* (1994), (citado por Hirokawa, Erbert e Hurst 1996), citado por Caetano *et al.* (2001), descobriram que os padrões de comunicação não estão relacionados com o desempenho dos grupos. Ou seja, em grupos em que os todos os seus membros possuam conhecimentos e competências para resolver as tarefas, a comunicação é quase

desnecessária para a tomada de decisão, não trazendo por isso mais valia ao grupo. Quando os membros de um grupo não possuem competências mínimas que lhes permitam realizar as tarefas, a comunicação só por si, ainda que de grande qualidade, não lhes vai permitir resolver os problemas com sucesso. Caetano *et al.* (2001), acrescenta que a comunicação, dentro do grupo, pode ser conceptualizada como um dos tipos de processos de interacção que constituem o aspecto dinâmico do funcionamento dos grupos.

Percepções sobre os cuidados de enfermagem prestados ao utente:

Pretendíamos saber a opinião dos enfermeiros sobre um conjunto de dimensões que procuram avaliar o grau de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no bloco operatório.

Dentro das cinco dimensões fornecidas a considerada como menos importante, pelos respondentes, (19/30) foi a “Utilidade da informação” e a considerada como a mais importante (15/30) foi o “Controlo e Alívio da Dor”.

O período que antecede o acto cirúrgico, é vivenciado pelos utentes, com grande ansiedade e medo, quer em relação à intervenção cirúrgica, quer em relação ao “desconhecido” que os aguarda. É compreensível que face ao nível de ansiedade apresentado, a informação que queira ou necessite receber seja muito selectiva, pelo que os enfermeiros, como determina a AESOP (2006), devem respeitar e oferecer aos utentes condições de acolhimento, em segurança.

A dor do doente no pós-operatório imediato é, efectivamente, uma dimensão em que o enfermeiro deve e tem um papel muito importante, no alívio da mesma ao aplicar a terapêutica analgésica prescrita ou alertando o médico para outras terapêuticas mais eficazes. O controlo e alívio da dor pós-operatória, é hoje um imperativo ético quando cuidamos de utentes neste período.

É fundamental que os profissionais de saúde em geral e os do bloco operatório em particular, contribuam com as suas boas práticas para a satisfação dos utentes, pois estes são a “pedra basilar” da nossa profissão.

7.1.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS – UTENTES

Neste ponto vamos analisar os resultados dos questionários efectuados aos utentes, para percebermos de que forma o nosso objectivo – *Avaliar a satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem prestados no período perioperatório*, foi atingido.

Iniciamos esta análise de forma idêntica à anterior, ou seja, pela amostra que constituiu este estudo. A nossa amostra, como verificámos no capítulo anterior, é constituída por 104 sujeitos, 69,2% do sexo feminino e 30,8% do sexo masculino. Em relação à idade, considerando ambos os sexos, estes têm entre 16 e 88 anos com uma média de 55,52 anos. Em relação ao sexo feminino apresentam uma média de idades de 56,15 anos e variam entre os 24 e os 88 anos. Quanto ao sexo masculino, a média é de 54,09 anos e variam entre os 16 e os 80 anos. Verificamos que a maioria dos indivíduos pertencentes à amostra têm idades compreendidas entre os 45 e 65 anos.

O questionário aplicado aos utentes é composto por um conjunto de questões, que avaliam seis dimensões: *Eficácia na Comunicação, Utilidade da Informação, Qualidade no Atendimento, Prontidão na Assistência, Manutenção de um Ambiente Terapêutico e Controlo e Alívio da Dor Pós Operatória*, as quais pretendem avaliar a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no Bloco Operatório. Como verificámos no Capítulo anterior, através da apresentação da análise dos dados, existe uma tendência generalizada nas respostas às questões, no item 3 da escala de avaliação, correspondente a *sempre ou satisfeito*, o que já por si poderá deixar “adivinhar” algum efeito de prova. Existe, por vezes, uma certa tendência de se responder de acordo com *aquilo que o outro deseja ou espera*.

O questionário de satisfação dos utentes, SUCEBO, é constituído por 24 itens. Globalmente, pelos resultados encontrados ($\alpha = 0,916$), podemos considerar os dados como unidimensionais, as vinte e quatro variáveis medem de forma muito boa uma única dimensão: a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no bloco operatório.

Para além desta análise global, fizemos a análise de fiabilidade para cada uma das dimensões da SUCEBO.

Pela análise destes resultados, podemos referir que as dimensões cujas variáveis medem de forma eficaz cada uma destas são: *Eficácia na Comunicação, Utilidade da Informação e Controlo e Alívio da Dor Pós – Operatória*.

É com base na especificidade dos cuidados prestados aos utentes no Bloco Operatório, e tendo em atenção as condições específicas em que se desenvolvem as interações entre enfermeiro-utente no período perioperatório, que podemos entender a importância que estas dimensões têm para o utente, pois correspondem a períodos que o utente se encontra consciente, como tal consegue valorizá-los, como seja a altura do acolhimento no B.O., em que o enfermeiro deve privilegiar este momento, pois o utente ao ser recebido de uma forma personalizada, por certo que a sua ansiedade, que decorre também de estímulos ambientais, diminuirá. O utente sentir-se-á pessoa e não fazendo parte, de imediato, da realidade inanimada de instrumentos e aparelhos tecnológicos. O enfermeiro perioperatório deve tornar o acolhimento humanizado, integrando a pessoa e a circunstância, que tanto o preocupa nesse momento, como a separação da família, entrar em contacto com um meio estranho, bem como enfrentar todos os seus medos e fantasias. O primeiro impacto no acolhimento produzirá no utente, lembranças que perdurarão e que serão determinantes no seu comportamento e no estabelecimento de uma relação terapêutica (AESOP, 2006). Esta Associação determina que o enfermeiro perioperatório deve utilizar a arte de comunicar com o utente na sua prática quotidiana, como uma atitude terapêutica que procura a independência do utente e que favorece a cooperação entre os vários intervenientes de todo o processo. Como refere Lourenço (1996:68), “*cada um de nós necessita de ter a responsabilidade de melhorar as técnicas de comunicação, todos temos de comunicar e é preferível fazê-lo de forma correcta*”.

Comunicar, faz parte do dia a dia de todos nós que vivemos em sociedade, assim, é um componente essencial na vida de cada um. O objectivo da comunicação é a resposta à satisfação das necessidades humanas fundamentais.

O controlo e alívio da dor pós-operatória é uma dimensão que todos os utentes valorizam, pois sabem que a dor é uma consequência da “agressão física” a que foram sujeitos e que vai estar presente no período pós-operatório.

Segundo Cerejo (2001), o medo da dor no pós – operatório, “*(...) é um fenómeno sempre presente aquando da realização de um acto invasivo, é um dos problemas que mais aflige o utente, por não saber qual a sua intensidade, como e se ela vai ser combatida, como e se lhe irão aliviar o sofrimento*”.

No Plano Nacional de Luta Contra a Dor da Direcção Geral de Saúde (2001:27), encontramos a definição de dor perioperatória, sendo esta: “*Dor presente no doente cirúrgico, de qualquer idade, e em regime de internamento ou ambulatório, causada por doença preexistente, devida à intervenção cirúrgica ou à conjugação de ambas.*”

Também nas orientações fornecidas por este mesmo documento podemos ler que é:

“(…) *eticamente inaceitável não propiciar ao doente todos os meios disponíveis para lhe aliviar a dor e o sofrimento inúteis*”.

Neste sentido, e considerando o enfermeiro como uma pedra basilar numa estratégia multidisciplinar de controlo da dor, é também da sua responsabilidade implementar, executar e avaliar os planos antiálgicos traçados para o doente, uma vez que este é o profissional que, nas 24 horas diárias, mais tempo permanece junto ao doente que sobre este ajuizará o efectivo alívio ou não da sua dor.

As restantes dimensões, como a *Prontidão na Assistência*, *Qualidade no Atendimento* e *Manutenção de ambiente Terapêutico*, que procuram reflectir a relação de disponibilidade, capacidade de resposta do enfermeiro perante as necessidades do utente, o modo como o enfermeiro personaliza os cuidados ao utente e a capacidade do enfermeiro em criar um ambiente que proporcione ao utente bem estar ao nível relacional, desde o acolhimento no B. O. até à alta da UCPA, não são percebidas pelo utentes de forma mensurável, pois correspondem às actividades, essencialmente, desenvolvidas pelos enfermeiros no período intra operatório, do qual o utente “não tem memória”, pois encontra-se anestesiado.

Em relação à satisfação geral com os cuidados de enfermagem no B.O., a quase totalidade dos inquiridos referiu estar *Totalmente satisfeito*. Em relação à assistência global de enfermagem no B.O., também a grande maioria dos inquiridos respondeu que esta foi *Muito boa*.

Quanto à questão: “*Se voltasse, um dia, a ser operado, gostaria de ser operado novamente neste Bloco Operatório?*”, todos os inquiridos respondem afirmativamente.

CAPÍTULO VIII. CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES

8.1. CONCLUSÕES

Nas instituições de saúde a definição de padrões de qualidade dos cuidados configura-se num enorme desafio, quer pelo reflexo na melhoria dos cuidados a fornecer aos cidadãos, quer pela inerente e vantajosa necessidade de reflectir sobre o exercício profissional.

A Saúde deve ser repensada, nomeadamente no âmbito da sua Estrutura, dos seus Processos e, conseqüentemente, dos seus Resultados.

É primordial que gestores e profissionais da saúde entendam que os hospitais, bem como todos os outros serviços de saúde, só têm uma razão de ser: o Doente.

O alargamento dos cuidados de saúde a um número cada vez maior de pessoas levou a uma maior exigência por parte dos cidadãos, exigindo uma contínua melhoria da qualidade desses mesmos cuidados, no que se refere às mais avançadas tecnologias, a uma cultura de eficiência no uso dos recursos, que são escassos, e a uma medicina cada vez mais segura, tolerando cada vez menos os erros dos profissionais e/ou do sistema.

Sem Qualidade o sistema torna-se um caos, um “anti-sistema” gerando um prejuízo elevado, não só financeiramente, como também ética e socialmente.

Cada organização de saúde tem que definir a sua Missão, a sua Visão, os seus Valores, os seus princípios e tem que adequar a sua estrutura à obtenção dos resultados desejados.

Para a grande maioria dos autores, qualquer processo de Qualidade é em si mesmo, um processo de mudança cultural que envolve a alteração de valores e atitudes tradicionais da organização e das atitudes básicas de todos quantos nela trabalham.

As estratégias da G.R.H. e os modelos adoptados na organização do trabalho, afiguram-se como variáveis determinantes na *praxis* dos profissionais e os seus resultados, traduzem-se na satisfação dos clientes.

Se existir uma gestão apropriada, que reconheça a importância do desenvolvimento da Qualidade, então esta será, a curto prazo, uma realidade implementada em cada

Unidade de Cuidados. Os profissionais de saúde podem ainda valer-se da Formação e da Investigação, como auxiliares, quer para a função de implementação, quer para o controle e adequação de cuidados com qualidade.

São os profissionais de saúde que lidam directamente com o doente, nomeadamente os enfermeiros, que têm maior responsabilidade na satisfação dos utentes, portanto o topo da pirâmide organizacional. Esta inversão da pirâmide organizacional, que coloca no topo da hierarquia os profissionais da linha da frente, consiste na criação de uma cultura de serviço integrada e constitui uma forma de melhorar a eficácia e a satisfação dos utentes. Passa-se a funcionar numa lógica de cliente interno, continuando a manter o enfoque na satisfação dos utentes (clientes externos).

Subjacente a esta lógica, predomina uma filosofia de gestão que é a melhoria contínua da qualidade. Esta filosofia passa, necessariamente, pela viragem de toda a organização no sentido da satisfação dos clientes (internos e externos).

É esta lógica que encerra a resposta à problemática que esteve na génese do nosso estudo.

A Qualidade Total deve estar em toda a cadeia de valor, de modo a que os serviços prestados aos utentes sejam da mais alta qualidade, pois são eles a razão da existência das organizações de saúde.

8.2. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Com este estudo pretendemos analisar a influência da Gestão de Recursos Humanos e da Organização do trabalho dos Enfermeiros, na prática dos cuidados que prestam aos utentes, no período perioperatório, e avaliar o grau de satisfação dos utentes com estes mesmos cuidados.

Contudo, ficámos com a percepção de que, apesar de operarmos por ano cerca de quatro mil doentes, este estudo se tornou limitativo, especialmente por a nossa questão de investigação, se restringir aos enfermeiros do Bloco Operatório, e o utente no seu percurso hospitalar experienciar cuidados de enfermagem prestados por profissionais, de vários serviços. Como o utente é um ser único, o seu grau de satisfação deve ser avaliado de uma forma global, como tal fica o desafio, para apresentar como tema de investigações futuras, avaliar quais as dimensões de Gestão de Recursos Humanos e de

Organização do trabalho que influenciam a prática dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes no Hospital Nossa Senhora do Rosário, E.P.E., Barreiro.

Uma dificuldade que encontramos, foram os escassos trabalhos publicados em Portugal sobre satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no Hospital e particularmente no Bloco Operatório.

O principal capital das instituições são os seus recursos humanos, pensamos que as mesmas deveriam investir mais na formação dos seus colaboradores, facilitando de alguma forma tempo para a realização de estudos científicos de interesse para a organização, no sentido da melhoria da qualidade do tratamento aos utentes.

Verificamos que este facto não se verifica, não existindo tão pouca disponibilidade por parte das organizações na concessão de algumas horas (42 horas concedidas para o complemento de formação em enfermagem), para a realização de pós-graduações, mestrados ou outro tipo de especializações para além da formação base.

8.3. SUGESTÕES: PROPOSTA DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO

O ensino e a prática da Enfermagem têm sofrido alterações constantes, cuja origem radica em factores socio-económicos, no desenvolvimento de novos sistemas de saúde e em elementos inerentes ao aprofundar da enfermagem como ciência.

Assistimos hoje a mudanças constantes em todo o mundo de normas e valores sociais. A procura da Qualidade nos serviços de saúde tem contribuído para uma profunda mudança nos valores da nossa sociedade em geral e dos hospitais em particular. Para atingirmos essa qualidade, num B.O., teremos que ter sempre presente as necessidades reais e individuais de cada doente, e modificar o nosso comportamento, as nossas atitudes, para que os cuidados sejam planeados e realizados tendo em conta essas necessidades.

Segundo Pedrero (2005:109), neste novo milénio as instituições de saúde incorporam nos seus esquemas administrativos a criação de uma cultura de qualidade, o que implica: ter espírito de serviço que consiste em ter um sentimento de satisfação pelo trabalho que se realiza; envolver toda a instituição na satisfação de servir; conhecer bem o trabalho que se realiza; cumprir com o trabalho que corresponde a cada um; ser honesto, o que significa não se aproveitar da instituição para fins particulares; participar

activamente – se não existirem círculos de qualidade, formá-los; comunicar e difundir amplamente os princípios filosóficos da qualidade; proporcionar a oportunidade para a progressão como resultado do trabalho bem feito e com características de qualidade; medir os processos e aplicar a melhoria contínua.

Ainda segundo a mesma autora (2004: 110), *“Se se admite que a qualidade é uma cultura, uma filosofia e uma forma de ser e de fazer, isto tem implícito a necessidade de aperfeiçoar a forma pessoal de trabalhar. A motivação principal da qualidade total é criar um valor acrescido ao trabalho de enfermagem para satisfazer os utentes. Em relação aos produtos e serviços, o valor é a percepção que o cliente tem sobre o grau em que a empresa ou instituição onde procura um produto ou serviço satisfaz as suas necessidades (...) qualidade, significa entender que quem define a qualidade dos cuidados que a enfermagem presta é o utente.”*

Segundo a AESOP (2006: 127) *“Criar uma Cultura de Qualidade baseada nas boas práticas e na humanização dos cuidados, é o desafio e o caminho a percorrer pelos enfermeiros perioperatórios”*.

O futuro da enfermagem perioperatória terá que obedecer a normas de actuação e padrões de qualidade, que conduzam o enfermeiro a uma constante melhoria do seu desempenho, promovendo um cuidar mais eficiente, eficaz, seguro e humano.

Segundo a EORNA *“A enfermagem perioperatória é composta por actividades de enfermagem nas três fases da assistência cirúrgica do doente no pré, intra e pós-operatório, englobando numa maior amplitude a educação do paciente, aconselhamento, e avaliação”*.

Entendendo a actuação do enfermeiro perioperatório no percurso de um doente que vai ser submetido a cirurgia, esta actuação inicia-se no pré – operatório, com a avaliação inicial do doente através da visita pré-operatória ainda na unidade de internamento. O planeamento e toda a acção desenvolvida no intra – operatório, terminam no pós-operatório, com a realização da visita pós-operatória. Esta visita feita ao doente pretende fazer a avaliação da intervenção dos enfermeiros e conhecer as expectativas e opiniões do doente.

A realização desta actividade de enfermagem promove a articulação dos três períodos de actuação do enfermeiro perioperatório. Neste contexto, a visita pós-operatória constitui um instrumento de trabalho que permite avaliar e melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatórios.

Ainda segundo a AESOP (2006: 349), o grau de satisfação dos doentes é um indicador importante na avaliação da qualidade dos cuidados prestados.

No B.O. desta instituição já se realiza a visita pré-operatória de enfermagem, ainda que, só abrangendo uma especialidade cirúrgica.

A visita pré-operatória representa, numa perspectiva de continuidade, o primeiro elo da cadeia do processo dos cuidados perioperatórios.

Permite um contacto prévio com o doente antes da sua chegada à sala operatória, o esclarecimento e informação acerca dos procedimentos a que vai ser submetido, surgindo, por isso, a necessidade de criar uma relação de ajuda eficaz com o doente/família, no sentido de promover um clima de maior confiança e segurança no período perioperatório.

A implementação da visita pré-operatória visa promover um melhor nível de desempenho e satisfação do enfermeiro perioperatório, garantindo a qualidade dos cuidados prestados ao doente/família.

Nesta perspectiva, esta visita deve ser entendida como uma actividade de enfermagem essencial, no sentido de melhor satisfazer as necessidades dos doentes tendo em vista a humanização dos cuidados no bloco operatório.

Um plano de intervenção que vise a implementação da visita pós-operatória permitirá assim encerrar o ciclo das três fases da assistência cirúrgica ao doente pelo enfermeiro perioperatório (pré, intra e pós – operatório).

De acordo com a AESOP (2006: 126), a visita pós-operatória de enfermagem representa uma etapa fundamental para o acompanhamento do doente. Terminada a cirurgia, a avaliação tem em vista identificar a inexistência de lesões físicas no doente e a vivência experimentada, resultantes da intervenção dos enfermeiros em ambiente operatório.

Segundo a AESOP (2006:127), um dos objectivos específicos que se pretende atingir com a realização da visita pós-operatória é *Identificar o nível de satisfação do doente com os cuidados prestados pelos enfermeiros perioperatórios.*

TÍTULO:

“A AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIOS, NO CONTEXTO DA VISITA PÓS-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM.”

OBJECTIVOS:

→ **OBJECTIVO GERAL:** Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatórios, prestados no Hospital Nossa Senhora do Rosário, E.P.E.;

→ **OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:**

- Planear uma visita pós-operatória de enfermagem;
- Avaliar os resultados referentes à escala SUCEBO e construir uma versão revista desta escala de onde serão excluídas as dimensões que não apresentaram boa consistência interna e acrescentar uma pergunta aberta onde o doente pode dar sugestões e fazer críticas;
- Criar um protocolo para a visita pós-operatória de enfermagem que inclua a escala SUCEBO revista;
- Implementar a visita pós-operatória de enfermagem.

ACTIVIDADES PREVISTAS:

Para atingir o primeiro objectivo específico – Planear uma visita pós-operatória de enfermagem, propomos as seguintes actividades:

- Pesquisa bibliográfica sobre a visita pós-operatória de enfermagem;
- Efectuar uma visita a um ou dois hospitais que já realizem esta visita no sentido de ficar a conhecer toda a estrutura que envolve a sua realização (suporte informativo da visita, recursos humanos envolvidos, tempo ideal para recolha dos dados pós-cirurgia, *feedback* dos doentes e dos profissionais que a realizam, etc.);
- Fazer um planeamento por escrito com os objectivos, recursos, e orientações para os enfermeiros que a vão realizar;
- Planear um estudo económico dos gastos previstos em termos de recursos materiais necessários.

Para atingir o segundo objectivo específico: - *Avaliar os resultados referentes à escala SUCEBO e construir uma versão revista desta escala de onde serão excluídas as dimensões que não apresentaram boa consistência interna e acrescentar uma pergunta aberta onde o doente pode dar sugestões e fazer críticas*, propomos as seguintes actividades:

- Partindo dos resultados estatísticos obtidos no estudo com a SUCEBO, eliminar os itens referentes às dimensões: *Prontidão na assistência; Qualidade no atendimento e*

Manutenção do ambiente terapêutico, pois foram os que revelaram valores de fiabilidade (calculados através do coeficiente *alpha* de Cronbach) baixos. Ainda que o *alpha* de Cronbach, para o total da escala, tenha sido adequado (0.916), pensamos que o facto de retirarmos as dimensões cuja correlação inter -variáveis foi baixa, poderá também tornar a aplicação deste questionário menos prolongada, o que não será de descurar, pois estes doentes encontram-se num período pós-operatório;

- Incluir nesta escala uma questão aberta onde o doente pode deixar sugestões e fazer críticas.

Para atingir o terceiro objectivo específico: - *Criar um protocolo para a visita pós-operatória de enfermagem*, propomos as seguintes actividades:

- Criar um suporte informativo (protocolo de recolha de dados) que deverá incluir:

1. Dados relativos ao doente e à intervenção efectuada;
2. Avaliação física relacionada com os cuidados prestados no bloco, que passa pela

observação de:

- Estado de consciência;
- Presença de dor;
- Pesquisa de sinais inflamatórios/ infecção;
- Pesquisa de reacções alérgicas;
- Observação da integridade da pele relacionada com o posicionamento e outros procedimentos no intra -operatório;
- Mobilidade
- Outras queixas.

3. Avaliação específica do acolhimento no bloco operatório;

4. Avaliação da importância atribuída à visita pré – operatória;

5. Escala SUCEBO revista, para avaliar a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no período perioperatório.

- Enviar este protocolo para a Enfermeira Directora e restante Conselho de Administração no sentido de pedir um parecer sobre o mesmo e também requerer as respectivas autorizações.

Para atingir o quarto objectivo específico: - *Implementar a visita pós-operatória de enfermagem*, propomos as seguintes actividades:

- Após recolhidas as primeiras autorizações, contactar os Directores de serviço e os Enfermeiros chefes dos serviços onde será implementada a visita, no sentido de dar a conhecer os objectivos da mesma, apresentar as autorizações da Enfermeira Directora e do Conselho de Administração e requerer as autorizações destes últimos para a realização da mesma;

- Fazer uma acção de formação em serviço para apresentação do protocolo da visita pós-operatória a todos os enfermeiros e informação do grupo que a irá efectuar;

- Requisitar os recursos materiais necessários;

- Reunião final com o grupo de enfermeiros que vai efectuar esta visita, no sentido do esclarecimento de dúvidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A avaliação dos cuidados de enfermagem, prestados no período perioperatório, incluídos no plano da visita pós-operatória, poderá permitir ganhos e recompensas:

- Na perspectiva do utente – porque lhe é dada a oportunidade de fazer críticas e dar sugestões que possam melhorar a experiência cirúrgica;

- Na perspectiva do enfermeiro – favorece a autonomia, o reconhecimento e a satisfação profissional;

- Na perspectiva organizacional – pois a realização desta visita com a possibilidade de avaliar a satisfação dos utentes poderá reflectir-se na eficiência e acreditação dos cuidados de enfermagem perioperatórios e na rentabilização de recursos com optimização de custos/ benefícios.

Globalmente, e de acordo com a AESOP (2006), a avaliação de todo o processo interventivo do enfermeiro perioperatório permite fazer uma *reflexão intencional sobre as práticas perioperatórias de acordo com a avaliação, críticas e sugestões que o doente verbalizou na visita* e permite também fazer a *traçabilidade perioperatória*, que consiste no registo de todas as actividades de enfermagem durante a permanência do doente no bloco operatório.

BIBLIOGRAFIA

AESOP-Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (1994) *Enfermagem Perioperatória*. Lisboa.

AESOP-Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (1996). *Princípios de Enfermagem Perioperatória, Enfermagem*. Nº2. (2ª série). Enfermagem. Lisboa

AESOP-Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2006) *ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA – Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Lusodidacta. Lisboa

AORN – Association of Operating Room Nurses Association. (1998). *Standard, Recommended Practices, Guidelines*. Denver USA.

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

ALMEIDA, L., FREIRE, T. (2000). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. 2ª Edição. Psiquilibrios. Braga

ANGLE, H. L. & LAWSON, M. B. (1994). *Organizational Commitment an Employees'Perfomance Ratings: Both Type of Commitment and of Perfomance Count*. Psychological Reports. pp. 1539-1551.

ARNOLD, J., ROBERTSON, I. & COOPER, C. (1991). *Work Psychology Understanding Human Behavior in the Work Place*. Pitman Publishing.

ATKINSON, L., & KOHN, M. (1987). *Técnicas de Quirofano*. 5ª Edição. Interamericana. Pp. 1-130.México

- BARDIN, L. (1995). *Análise de conteúdo*. Edições 70, Persona. Lisboa
- BARRETO, M. (1995). *As qualidades da qualidade dirigir*. Instituto do Emprego e Formação Profissional. Novembro / Dezembro. Lisboa
- BATESON, J., HOFFMAN, K. (2006). *Princípios de Marketing de Serviços*. 2ª Edição. Pioneira Thompson Learning. São Paulo.
- BEER, M. (1964). *Organizational Size and Job Satisfaction*, *Academy of Management Journal*, 7, pp. 34-34.
- BELL, J. (1997). *Como realizar um projecto de investigação*. Gradiva. Lisboa
- BENNER, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Quarteto Editora, pp.294.Coimbra
- BERKOWITZ, E. N. (2004). *Essentials of Health Care Marketing*. Jones and Bartlett. EUA.
- BESSEYRE, Des HORTS, C. (1988). *Vers une Gestion Stratégique des Ressources Humaines*. Paris.
- BILHIM, J. A. DE F. (2005). *Teoria Organizacional. Estruturas e Pessoas*, ed. Instituto Sup. De Ciências Sociais e Políticas, 4ª edição, Lisboa.
- BREWSTER, C. *et al.* (2003). *Contemporary issues in human resource management*. 2nd ed. Pp2. Oxford University Press.
- BRIOSO, M. M. L. (1996). *A formação e a mudança nas práticas profissionais* – tese apresentada para obtenção do grau de Mestre em Ciências de Educação.
- BOTERF, G. (1990). *Plano de formação In Formar*. Nº. 3 Abril / Maio / Junho.Lisboa.
- CAETANO, A. *et al.* (1996). *Psicossociologia das organizações*. Editora McGraw-Hill de Portugal Lda. Lisboa

CAETANO, A., NEVES, J., FERREIRA, J. (2001). *Manual de Psicossociologia das organizações*. Editora McGraw-Hill de Portugal Lda. Lisboa.

CAETANO, A. (1996). *Avaliação de Desempenho: Metáforas Conceitos e Prática*. RH, pp.397. Lisboa

CAMPOS, V. F. (1989). *Gerência da Qualidade Total*. Bloch Editores.

CAMARA, P. B., GUERRA, P. B., RODRIGUES, J. V. (2005). *HUMANATOR, Recursos Humanos e Sucesso Empresarial*, Publicações Dom Quixote, 6ª edição. Lisboa.

CANAVARRO, J. M. (2000). *Teorias e paradigmas organizacionais*.

CARDOSO, L. (1995). *Gestão estratégica das Organizações ao Encontro do 3º Milénio*. Editorial Verbo. Lisboa.

CARMO, H., FERREIRA, M. (1998). *Metodologia da Investigação: Guião para Auto-Aprendizagem*. Universidade Aberta. Lisboa.

CASTELLANOS, B.E.P. & JOUCLAS, V.M.J. (1990). *Assistência de enfermagem perioperatória – Um Modelo Conceptual*. Revista da Escola de Enfermagem USP., v.24, nº3, pp.359-70.

CEITIL, M. (2006). *Gestão de Recursos Humanos para o Século XXI*, Edições Silabo, Lda. 1ª Edição, Lisboa.

CEREJO, M. N. (2001). Impacto de um programa de informação estruturada na recuperação pós-operatória. In *Revista de Investigação em Enfermagem*, nº 4, Agosto, Edições Sinais Vitais, pp.42-59.

CHIAVENATO, I. (1980). *Teoria Geral da Administração*.vol. 1, McGraw-Hill, São Paulo.

CHIAVENATO, I. (1994). *Recursos Humanos*. 3ª edição. Edição compacta. Atlas. São Paulo.

CHIAVENATO, I. (1999). *Gestão de Pessoas O Novo Papel dos Recursos Humanos nas Organizações*. Editora Campus, pp. 457. Rio de Janeiro.

COELHO, S. P. I., VILARES, J. M. (2005). *Satisfação e Lealdade do Cliente. Metodologias de Avaliação, gestão e análise*. Escolar editora. Lisboa.

COOK, J. D., HEPWORTH, S. J., WALL, T. D. & WARR, P. B. (1981). *The Experience of Work*. Academic Press. London.

CUNHA, M., REGO, A., CUNHA, R., CARDOSO, C. (2004). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. 3ª edição. Editora RH, Lda. Lisboa.

DAWSON, S. (1995). *Analyzing Organizations*. 2ª edição, Houndmills Macmillan Press.

DESIMORE, R. L., WERNER, J. M. & HARRIS, D. M. (2002). *Human Resource Development*. 3rd. edition, Mason. Thomson-South-Western. Ohio, USA.

DONABEDIAN, A. (1980). *Exploration in quality assessment and monitoring. Vol. I. The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Harbour, Health Administration Press. Michigan.

DONABEDIAN, A. (1983) *quality of care in a health maintenance organization: a personal view*. Pp. 218-222. Chicago.

DRUCKER, P. (1995). *A gestão numa época de grande mudança*. Difusão Cultural, Sociedade Editorial e Livreira Lda. Lisboa

DRUCKER, P. (1999). *Desafios da Gestão para o século XXI*. Livraria Civilização Editora, pp. 51-52. Lisboa

DRUCKER, P. (1964). *Managing for Results*. G.B.: Pan Business Management.

DUARTE, M. I. A. (2006). *Novo Paradigma de Gestão de Recursos Humanos para o Século XXI*. Editora Universidade Lusíada Editora, Lisboa.

DUBAR, C. (1990). *A Sociologia*. Porto Editora. Lisboa

EORNA – European Operation Room Nurse Association (1997) – *Currículo Comum Europeu para Enfermagem Perioperatória*. Pp.49. Bélgica.

EIGLIER, P., ERIC, L. (1991). *Servuction: a gestão marketing de empresas de serviços*. Editora Mc Graw – Hill de Portugal. Lisboa

FERREIRA, J.M., NEVES, J. CAETANO, A. (2001). *Manual de Psicossociologia das Organizações*. MacGraw Hill. Lisboa.

FERREIRA, V. (1986). *O inquérito por questionário na construção dos dados sociológicos*, in Augusto Santos Silva e José Madureira Pinto (orgs), *Metodologia das Ciências Sociais*. Afrontamento. Porto.

FITZPATRICK, R. (1993). *Scope and Measurement of Patient's Satisfaction*, in R. Fitzpatrick & Hopkins (Eds.), *Measurement of Patient's Satisfaction with their care*. London. Royal College of Physicians of London.

FITZPATRICK, R. (1997) *-Patient Satisfaction*, in A. Baum, S. Newman, J. Weirman, R. West & C. McManus (Eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge University Press.

FODDY, W. (1996). *Como perguntar. Teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*. Celta Editora. Lisboa.

FORTIN, M. (1999). *O processo de Investigação: da concepção à realização*. Lusociência. Loures.

GAERTNER, K. N. & NOLLEN, S. D. (1989). *Career experiences, Perceptions of Employment Practices, and Psychological Commitment to the Organization*. *Human Relations*, 42, pp.975-991.

GASPAR, J. (2000). *A Relação de ajuda na prática de enfermagem*. Nursing, Revista Técnica de Enfermagem. Ano 12, nº 149. Novembro. Lisboa.

GIL, A. C. (1996). *Como elaborar projectos e pesquisa*. Atlas. São Paulo.

GILLIES, DEE. ANN. (1994). *Gestión de Enfermería*. 3ª edição, Ediciones Cientificas Y Técnicas, S.A., 611pp. Barcelona.

GRÖNROOS, C. (1990). *Service management and Marketing*. Lexington Books.

JORGE, F. (2002). *Os impactos e limites Éticos à utilização de Sistemas de Informação/Tecnologias de Informação e Comunicação na Gestão de Recursos Humanos*. Tese de Doutoramento.

JURAN, J.M. (1996). *Total Quality Management. A cross functional perspective United States of America*.

KATZ, D. e KAHN, R. L. (1978). *Psicologia Social das Organizações*. 2ª Edição, Editora Atlas. São Paulo.

KETELE, J. M., ROEGIRES, X. (1999). *Metodologia da Recolha de Dados*. Instituto Piaget. Lisboa.

KNEEDLER, J.A., DODGE, G.H. (1994). *Perioperative patient care - the nursing perspective*. Jones and Bartlett publishers, 3rd edition, 419 pp.

KOCK, N., & WEISMAN, E. (1989). *Special patient satisfaction issue*. *Quality Review Bulletin*, 15 (6), pp 166-167. Chicago.

LATHAM, G. P. e YUKL, G. A. (1975). *A Review of Research on the Application of Goal Setting in Organization*, *Academy of Management Journal*, 18, pp. 824-845.

LAZURE, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda*. Lusodidacta. Lisboa

LENGNICK-HALL, M. & LENGNICK-HALL, C. (2003) *Human Resource Management in the Knowledge Economy*. Berret- Koehler Publishers, Inc. pp.8-9. San Francisco.

LoBIONDO - WOOD, G., HABER, J. (2001). *Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação Crítica e Utilização*. 4ª Edição. Editora Guanabara Koogan S.A. Rio de Janeiro.

LOCK, E. A. (1968). *Toward a Theory of Task Motivation and Incentives*, *Organizational Behavior and Human Performance*, 3, pp. 157-189.

LOURENÇO, M. (1996). *Comunicação Interdisciplinar*. Revista Servir. Vol. 44, nº2. Março-Abril, pp. 66-68. Lisboa.

MACIAN, L. M. (1987). *Treinamento e Desenvolvimento de Recursos Humanos*. Editora Pedagógica e Universitária, Lda. pp. 110. São Paulo.

MARQUES, C. A., Miguel P. e C. (1996). *Comportamento organizacional e gestão de empresas*. Publicações D. Quixote. Lisboa.

MARQUIS, B., HUSTON, C. (1999). *Administração e Liderança em Enfermagem: teoria e aplicação*. 2ª edição. ArtMed. Porto Alegre.

MARSHALL, R. A et al. (1999). *Consumer and provider views on Key dimensions of quality hospital care: A review of the literature*. Citado em 12/10/ 00. Disponível em: <URL: <http://www.health.state.ri.us/consumer/lit ver.htm>.

MARTINS, M.L. (1996). *Comunicação Interdisciplinar*. Revista Servir. Vol.44, nº2. Março-Abril, pp. 64-65. Lisboa.

MCINTYRE, T., SILVA, S. (1999). *Estudo aprofundado da satisfação dos utentes dos serviços de saúde na região norte: Relatório Final Sumário*. ARS-Norte e UM.

MEYER, J. P., PAUNONEN, S. V., GELLATLY, I. H., GOFFIN, R. D. & JACKSON, D. (1989). *Organizational Commitment and Job Performance: It's the Nature of the Commitment that Counts*. *Journal of Applied Psychology*, 74, pp. 152-156.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direcção Geral de Saúde. (2001). *Plano Nacional de luta contra a Dor*. Direcção Geral de Saúde. Lisboa.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direcção Geral de Saúde. *Circular Normativa nº9* de 14/06/2003.

MONTEIRO, J.M.L. (1991). *Satisfação em serviço numa perspectiva da garantia da qualidade*. ENSP (trabalho de aluno do xx CAH). Lisboa.

MORRIS, J. H. e SHERMAN, J. (1981). *Generalizability of an Organizational Commitment Model*, *Academy of Management Journal*, 24, pp. 515-526.

MOUDOUX, G. e CONWAY, M. (1978). *La gestion et l'administration du personnel dans les petites et moyennes entreprises*. Ed. Cosmos S.A., pp. 21-23. Berna.

NEVES, A.(2002). *Gestão na Administração Pública*, Ed. Pergaminho Lda., 1ª edição. Cascais – Portugal.

NEVES, J. G. (2000). *Clima Organizacional, Cultura Organizacional e Gestão de Recursos Humanos*, Editora RH, Lisboa.

NÓVOA, A., FINGER M. (1988). *Método (auto biográfico e a formação*. Ministério da Saúde, Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. Lisboa.

O' DRISCOLL, M. P. e EVANS, R. (1988). *Organizational Factors and Perceptions of Climate in Three Psychiatric Units*. *Human Relation*, 41, pp. 371-388.

PARASURAMAN, A., ZEITHAML, V., & BERRY, L. (1998). *Servqual: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality*, Journal of Retailing, Vol. 64, Spring, iss1, pp12-40.

PEDRERO, M. de la L. B. (2005). *Administración de los Servicios de Enfermería*, pub. McGraw Hill, 4ª ed. México.

PEIRÓ, J. M. (1986). *Psicología de la Organización*. Universidad Nacional de Educación a Distancia, 2ª edição, pp. 501-524. Madrid.

PIRES, A. (2002). *MARKETING, Conceitos, Técnicas e Problemas de Gestão*. 3ª Edição. Ed. Verbo. Lisboa – São Paulo.

POLIT, HUNGLER, B. (1997). *Investigación científica en ciencias de la salud*. 5ª Edição. Interamericana, pp. 419-432. México.

PREMACK, S. L. e WANOUS, J. P. (1985). *A Meta-Analysis of Realistic Job Preview*. Journal of Applied Psychology, 70, pp. 706-719.

PURNIPSEED, D. (1990) *Evaluation of Health Care Work. Environments via a Social Climate Scale: Results of a Field Study*. Hospital Health Services Administration, 35, pp. 245-261.

QUIVY, R., & CAMPENHOUDT, L. (1995). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Gradiva. Lisboa.

RAMOS, F. *“Metodologia da Investigação”*, (apontamentos das aulas), Universidade de Évora/ESTSL, 2004/2005.

RIBEIRO, A. L. A. (2003). *“Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem – construção e validação de um instrumento de medida ”*, (Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem S. João), Porto.

ROCHA, J. A. O. (1999). *Gestão de Recursos Humanos*. 2ª Edição. Editorial Presença. pp. 212. Lisboa.

ROCHA, F. M. (2006). *Novo Paradigma de Gestão de Recursos Humanos para o Século XXI*. Editora Universidade Lusíada Editora, Lisboa.

RODRIGUES, J., DIONÍSIO, P., LÉVY, J., LENDREVIE, J., LINDON, D. (2004) *MERCATOR XXI Teoria e Prática do Marketing*. 10ª Edição. Publicações Dom Quixote. Lisboa.

RODRIGUES, J., GUERRA, P., CAMARA, P. (2005). *HUMANATOR Recursos Humanos & Sucesso Empresarial*. 6ª Edição. Publicações Dom Quixote. Lisboa.

SAIAS, L. (2007). *MARKETING DE SERVIÇOS Qualidade e Fidelidade de Clientes*. Universidade Católica Editora. Lisboa.

SCHWARZWALD, J., KOSLOWSKY, M. e SHALIT, B. (1992). "A field Study of Employees' Attitudes and Behaviors After Promotion Decisions". *Journal of Applied Psychology*, 77, pp. 511-514.

SILVA S., M.R. (1993). *Avaliação da qualidade na perspectiva do utente-importância dos aspectos não técnicos da prestação*. Revista de Saúde Pública, vol. 11, Nº 4 – Outubro/Dezembro. Lisboa.

TANNENBAUM, S. L., MATHIEU, J. E., SALAS, E. & CANNON-BOWERS, J. A. (1991). *Meeting Trainees Expectations: The Influence of Training Fulfillment on the Development of Commitment, Self-efficacy, and Motivation*, *Journal of Applied Psychology*, 76, pp. 759-769.

TAVARES, M. M. *et al.* (2006). *Novo Paradigma de Gestão de Recursos Humanos para o Século XXI*. Editora Universidade Lusíada Editora, pp.61, Lisboa.

ULRICH, D. (2000). *Recursos Humanos Estratégicos*. Editora Futura, São Paulo.

VUORI, H. (1986). *Patient satisfaction-attribute or indicator?* Proceedings of an international symposium on quality assurance in health care. Paris.

WEICK, K. (1996). *Prepare your Organization to Fight Fires*, *Harvard Business Review*, May/June.

ANEXOS



ANEXO I

CORRESPONDÊNCIA ENVIADA AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO,
DIRECTORES DE SERVIÇO E ENFERMEIROS CHEFES



HOSPITAL DE
NOSSA SENHORA
DO ROSÁRIO, E.P.E.

Avenida Movimento das
Forças Armadas, 2820 - 094 Barreiro
Tel: 212 147 300 Fax: 212 147 351

Ministério da Saúde
Administração Regional de Saúde
de Lisboa e Vale do Tejo

Aprovado em Reunião
do Conselho de Administração
de 21/04/07
ACTA N.º 17

3

[Handwritten signature]

Eng.º Isabel Pinto Monteiro
Administradora Executiva

INFORMAÇÃO

COMISSÃO DE ÉTICA

Parece CA
[Handwritten signature]

De: Presidente da Comissão de Ética

Para: Ex.mo. Senhor Presidente do Conselho de Administração do HNSR – E.P.E.

Assunto: Parecer sobre realização de inquéritos a enfermeiros e utentes, no âmbito da Tese de Mestrado sob o tema “ A Influência da Gestão de Recursos Humanos e Organização do trabalho dos enfermeiros na satisfação dos utentes no período perioperatório”

- Enf.ª Dina Maria Gamito Damião Clemente
- Hospital Nossa Senhora do Rosário, EPE – Barreiro – Serviço de Bloco Operatório

CES n.º 18 / 2007

Data: 28 / 03 / 2007

Exmo. Senhor Dr. José Caranguejeiro

A CES analisou o pedido acima mencionado, e nada tem a por em relação à sua realização.

Com os melhores cumprimentos

[Handwritten signature]
Dra. Helena Vilela
Presidente da Comissão de Ética

<p>ENTRADA Conselho de Administração N.º 12397 03/04/07 <i>[Handwritten signature]</i></p>

Apreciado em Reunião
de Conselho de Administração
de 24/01/07
ACTA N.º 04

À Comissão de Ética
para parecer

A/C:
Conselho de Administração do H. N. S.R., E.P.E.
Exmo. Sr. ou Sr.ª:

Dina Maria Gamito Damião Clemente, Enfermeira Licenciada do quadro do Hospital Nossa Senhora do Rosário do Barreiro, a exercer funções no Bloco Operatório, encontrando-se a elaborar a Tese de Dissertação do Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde – Área de Especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde pela Universidade de Évora, cujo tema é “A Influência da Gestão de Recursos Humanos e Organização do Trabalho dos Enfermeiros na Satisfação dos utentes no período perioperatório”, solicita a Vª Ex.ª autorização para proceder à realização de entrevistas e questionários aos enfermeiros no Bloco Operatório e a doentes que foram submetidos a intervenções Cirúrgicas nas Especialidades de Cirurgia Geral, Ginecologia, Urologia, Ortopedia, Oftalmologia, Otorrino e Cirurgia Plástica.

Este estudo tem como objectivos Avaliar as percepções dos profissionais de enfermagem do Bloco Operatório relativamente ao clima e cultura organizacional, bem como às principais dimensões e políticas de Recursos Humanos Implementadas no Hospital Nossa Senhora do Rosário, E. P. E. e Construir um instrumento de medida para avaliação da satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem prestados no período perioperatório.

A população em estudo, será constituída pelos enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem na área de actuação de bloco operatório e que no período de aplicação do Instrumento de Colheita de Dados, façam parte do quadro de pessoal da instituição e cujo tempo de serviço seja superior a seis meses, o tempo para completarem a primeira fase de integração e os utentes que estiveram internados, pelo facto de terem sido submetidos a cirurgia, nos serviços de Cirurgia Geral, Ginecologia, Urologia, Ortopedia, Oftalmologia, Otorrino e Cirurgia Plástica.

Consciente dos princípios de carácter ético e formal que uma investigação desta natureza implica, comprometo-me disponibilizar, se solicitado, os resultados obtidos neste trabalho à instituição, respeitando o anonimato dos participantes, e garantindo a confidencialidade dos dados.

Parecer
30/1/2007
[Assinatura]

ENTRADA
Conselho de Administração
N.º 2701 - 22/01/07
[Assinatura]

Resta-me acrescentar que darei também conhecimento deste estudo aos Directores de Serviço dos respectivos serviços, bem como às Senhoras Enfermeiras Chefes dos mesmos.

Com os melhores cumprimentos,

Pede deferimento

Dina Clemente

(Dina Maria Almeida Gamito Damião Clemente)

Barreiro, 23 Janeiro de 2007

ANEXO II

GUIÃO DO QUESTIONÁRIO AOS ENFERMEIROS



III Curso de Mestrado em Intervenção Sócio – Organizacional na Saúde

**A INFLUÊNCIA DA GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS E
DA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DOS ENFERMEIROS NA PRÁTICA DOS
CUIDADOS QUE PRESTAM AOS UTENTES, NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO, E O
GRAU DE SATISFAÇÃO DESTES COM ESSES CUIDADOS**

Caro colega:

No âmbito do III Curso de Mestrado em Intervenção Sócio – Organizacional na Saúde, estou a realizar um estudo sobre *A influência da Gestão de Recursos Humanos e Organização do Trabalho dos Enfermeiros na Prática dos Cuidados que prestam aos Utentes no Período Perioperatório e o Grau de Satisfação destes com esses Cuidados*. O objectivo final do trabalho é a elaboração de um Questionário sobre a *Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem no Bloco Operatório*. Este questionário corresponde a uma primeira fase do trabalho.

Neste sentido, peço a sua colaboração voluntária neste estudo. A sua colaboração consiste na participação numa entrevista semi-estruturada sobre a temática acima referida.

Toda a informação prestada no preenchimento do questionário tem como fim unicamente a presente investigação, pelo que todos os questionários serão destruídos após o preenchimento da base de dados.

Este questionário é anónimo e confidencial.

Muito obrigado pela sua colaboração.

A enfermeira

Dina Clemente

Questionário N° _____

I. Caracterização Individual e Situação Profissional

1. SEXO: 1. Masculino 2. Feminino

2. IDADE: Anos

3. HABILITAÇÕES LITERÁRIAS:

- 1. Curso Médio (Bacharelato)
- 2. Curso Superior (Licenciatura)
- 3. Mestrado
- 4. Doutoramento
- 5. Outro: Qual?

4. CATEGORIA PROFISSIONAL?

5. QUAL O SEU VÍNCULO CONTRATUAL?

- 1. Pertence ao quadro do Hospital
- 2. Contrato a Termo Certo
- 3. Avença
- 4. Prestação de serviços
- 5. Outro. Qual? _____

6. HÁ QUANTO TEMPO ESTÁ A EXERCER FUNÇÕES NO BLOCO OPERATÓRIO?

_____ Anos

7. QUE TIPO DE HORÁRIO PRÁTICA?

- 1. Rotativo
- 2. Fixo

8. QUAL O PAPEL QUE DESEMPENHA NA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO?

- 1. Chefe de equipa Sim Não
- 2. Líder de área Sim Não
- 3. Área de _____
- 4. Outro. Especifique: _____

II. Percepções sobre a cultura organizacional e do serviço

1. Gostariamos de saber em que medida se considera satisfeito com o seu trabalho. Isto é, tudo somado, e nas actuais circunstâncias da sua vida profissional, até que ponto está satisfeito com cada um dos aspectos do seu trabalho?

Por favor, leia cada uma das questões com cuidado, e numa escala de 1 a 7, assinale com um x a afirmação que melhor corresponde à sua opinião:

①	⑦
Extremamente insatisfeito	Extremamente satisfeito

1. Em relação às suas perspectivas de promoção, diria que está:	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
2. Em relação à organização e funcionamento do departamento onde trabalha, diria que está:	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
3. Em relação à colaboração e clima de relação com os seus colegas de trabalho, diria que está:	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
4. Em relação à remuneração que recebe, diria que está:	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
5. Em relação à competência e funcionamento do seu superior imediato, diria que está:	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
6. Em relação ao trabalho que realiza, diria que está:	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
7. Em relação à competência e funcionamento dos seus subordinados, diria que está:	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
8. Tudo somado, e considerando todos os aspectos do seu trabalho e da sua vida neste serviço diria que está:	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

2. Apresentamos-lhe uma série de valores organizacionais. Na sua opinião, em que medida, neste serviço se dá importância a cada um dos seguintes valores organizacionais?

Por favor, leia cada uma das afirmações com cuidado, e numa escala de 1 a 5, assinale com um x a afirmação que melhor corresponde à sua opinião:

①	⑤
Não se dá importância	Dá-se muita importância

1. Competência técnica	①	②	③	④	⑤
2. Centralização do trabalho	①	②	③	④	⑤
3. Bem – estar das pessoas	①	②	③	④	⑤
4. Estabilidade da organização	①	②	③	④	⑤
5. Poder das chefias	①	②	③	④	⑤
6. Desenvolvimento tecnológico e inovação	①	②	③	④	⑤
7. Estabelecimento de procedimentos e normas	①	②	③	④	⑤
8. Ouvir a opinião e as sugestões das pessoas	①	②	③	④	⑤
9. Trabalho em equipa	①	②	③	④	⑤
10. Gestão do Risco	①	②	③	④	⑤
11. Realização pessoal e profissional	①	②	③	④	⑤
12. Bom ambiente entre as pessoas	①	②	③	④	⑤
13. Inter relação bloco/ serviços	①	②	③	④	⑤

14. Identifique outros valores que considera importante ver reforçados pela organização/bloco. Tente explicitar de que forma.

3. Gostaríamos agora de saber a sua opinião sobre o conjunto de políticas de recursos humanos que se segue.

Por favor, leia cada uma das questões com cuidado, e numa escala de 1 a 5, assinale com uma cruz a afirmação que melhor corresponde à sua opinião, sabendo que:

①	②	③	④	⑤
Nunca	Raramente	Por vezes	Com frequência	Sempre

A) GESTÃO DO EMPREGO:

1. Na organização/bloco faz-se um planeamento quantitativo e qualitativo de recursos humanos.	①	②	③	④	⑤
2. Existe uma correcta definição de perfis profissionais.	①	②	③	④	⑤
3. A organização/bloco procede a uma gestão estratégica de competências	①	②	③	④	⑤
4. A afectação e desafectação de recursos humanos aos postos de trabalho é feita segundo um planeamento prévio.	①	②	③	④	⑤
5. A avaliação do desempenho é uma política dos RH de importância estratégica e, por isso, objecto de planeamento em termos de métodos e técnicas utilizadas e a periodicidade com que é realizada.	①	②	③	④	⑤

B) SELECÇÃO E INTEGRAÇÃO:

1. A organização, no processo de selecção, tenta ter uma conduta ética não fazendo qualquer discriminação sexual, racial, religiosa ou política.	①	②	③	④	⑤
2. A organização/bloco, no processo de selecção, tenta aliar a experiência, as qualificações, mas também as qualidades morais dos indivíduos.	①	②	③	④	⑤
3. A coordenação desempenha um papel fundamental no processo de selecção e integração.	①	②	③	④	⑤
4. O bloco tem definido e hierarquizado, antes de cada processo de selecção, critérios de escolha.	①	②	③	④	⑤
5. A integração no bloco operatório obedece a um programa de qualidade com normas e critérios bem definidos.	①	②	③	④	⑤
6. O programa de integração no bloco operatório coloca em evidência actividades referentes ao cuidar e técnico-científicas.	①	②	③	④	⑤
7. O programa de integração em bloco operatório é extenso e pormenorizado, devido à complexidade e especificidade dos procedimentos que ali são realizados.	①	②	③	④	⑤
8. Os tempos de integração no bloco operatório têm por base as categorias de experiência profissional (enfermeiros s/ experiência profissional; enfermeiros c/ experiência profissional e enfermeiros com experiência em bloco operatório).	①	②	③	④	⑤

B) SELECCÃO E INTEGRAÇÃO (CONT.)

9. A transição dos novos enfermeiros para a fase seguinte efectua-se mediante fichas de avaliação formativa.	①	②	③	④	⑤
10. O programa de integração só termina quando o profissional adquiriu destreza manual e intelectual que permitam a resolução de problemas básicos bem como um bom desempenho profissional.	①	②	③	④	⑤

Por favor, leia cada uma das questões com cuidado, e numa escala de 1 a 5, assinale com uma cruz a afirmação que melhor corresponde à sua opinião, sabendo que:

①	②	③	④	⑤
Nunca	Raramente	Por vezes	Com frequência	Sempre

C) FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO:

1. O plano de formação contempla o diagnóstico, a execução e a avaliação do processo de formação.	①	②	③	④	⑤
2. Cada colaborador tem acções de formação profissional por ele solicitadas.	①	②	③	④	⑤
3. As chefias têm um papel fundamental no diagnóstico das necessidades de formação.	①	②	③	④	⑤
4. É prática corrente da organização/bloco realizar acções de formação no local de trabalho.	①	②	③	④	⑤
5. A organização/ bloco utiliza técnicas, indicadores de avaliação da eficácia da formação.	①	②	③	④	⑤
6. As acções de formação oferecidas a cada colaborador estão directamente ligadas com as necessidades detectadas na avaliação do desempenho.	①	②	③	④	⑤
7. A coordenação tem um papel fundamental no desenvolvimento da política de formação do serviço.	①	②	③	④	⑤
8. A coordenação do serviço concebeu um plano de informação e comunicação interna (reuniões; livro de ocorrências; placares informativos).	①	②	③	④	⑤
9. O sistema de comunicação interna é um veículo de integração de todos os colaboradores na cultura do serviço.	①	②	③	④	⑤
10. A equipa coordenadora desempenha um papel decisivo no desenvolvimento deste sistema de comunicação interna.	①	②	③	④	⑤
11. Existe uma avaliação, por parte da equipa coordenadora, do processo de comunicação interna do serviço.	①	②	③	④	⑤

Por favor, leia cada uma das questões com cuidado, e numa escala de 1 a 5, assinale com uma cruz a afirmação que melhor corresponde à sua opinião, sabendo que:

①	②	③	④	⑤
Nunca	Raramente	Por vezes	Com frequência	Sempre

D) MANUTENÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS:

1. A organização tem um sistema de recompensas para além do salário base (ex.: incentivos).	①	②	③	④	⑤
2. O serviço possibilita aos seus colaboradores participarem num programa de trabalho (ex.: sigic), para além do seu horário, com remuneração extra.	①	②	③	④	⑤
3. Existe um plano de Saúde, Higiene e Segurança no Trabalho.	①	②	③	④	⑤
4. A Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar tem um papel activo.	①	②	③	④	⑤
5. Existe, no serviço, uma cultura de Saúde, Higiene e Segurança no Trabalho.	①	②	③	④	⑤
6. A coordenação tem tido um papel importante na concepção e implementação de medidas dos programas de gestão do risco.	①	②	③	④	⑤
7. Existe uma consciência colectiva da responsabilidade partilhada entre a organização e os seus colaboradores nestes programas de gestão do risco.	①	②	③	④	⑤
8. A aposta na formação profissional tem tido um papel preponderante na redução dos acidentes de trabalho.	①	②	③	④	⑤
9. Os colaboradores participam na definição de estratégias de gestão de recursos humanos, no serviço.	①	②	③	④	⑤
10. Incentiva-se, no serviço, à participação dos colaboradores nos processos de decisões operacionais.	①	②	③	④	⑤
11. A coordenação procura apresentar soluções estratégicas, para a resolução de conflitos internos, apelando à colaboração de todos.	①	②	③	④	⑤
12. A coordenação é porta-voz, do serviço, nos processos de negociações colectivas.	①	②	③	④	⑤
13. A coordenação facilita o processo de negociação externo.	①	②	③	④	⑤

4. Dentro deste contexto, identifique, relativamente à gestão de recursos humanos no bloco, quais:

a. Pontos fortes

b. Pontos fracos

III. Percepções sobre a organização do trabalho

1. Gostariamos agora de saber a sua opinião sobre um conjunto de aspectos relacionados com a organização do trabalho, no serviço onde desempenha funções.

Por favor, leia cada uma das afirmações com cuidado, e numa escala de 1 a 5, assinale com uma cruz a afirmação que melhor corresponde à sua opinião, sabendo que:

①	②	③	④	⑤
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

1. A divisão de trabalho, por áreas funcionais, é eficaz no desenvolvimento de competências individuais.	①	②	③	④	⑤
2. Esta divisão proporciona uma melhor inter – relação favorecendo a ajuda mútua entre os parceiros da mesma área funcional.	①	②	③	④	⑤
3. Esta divisão possibilita o desenvolvimento de uma maior responsabilidade e autonomia.	①	②	③	④	⑤
3. O líder de área distribui as tarefas, de acordo com as motivações individuais.	①	②	③	④	⑤
4. O líder de área procura facilitar o processo de desenvolvimento de competências individuais, incentivando a autonomia.	①	②	③	④	⑤
4. Esta divisão deve ser revista periodicamente, com o intuito de permitir uma rotatividade nas diferentes áreas.	①	②	③	④	⑤
5. Apenas os líderes de área se devem manter por mais tempo, a gerir essa área.	①	②	③	④	⑤
6. A mudança periódica de área permite uma maior variedade de aquisição de competências.	①	②	③	④	⑤
7. Existe um <i>feed-back</i> periódico, por parte da coordenação, sobre o trabalho desenvolvido pelas áreas funcionais.	①	②	③	④	⑤
8. Existe um <i>feed-back</i> periódico, por parte da coordenação (e líder de área, se for o caso), sobre o trabalho desenvolvido ao nível individual.	①	②	③	④	⑤

2. Dentro deste contexto, identifique, relativamente à organização do trabalho, no bloco, quais:

a. Pontos fortes

b. Pontos fracos

ANEXO III
QUESTIONÁRIO AOS UTENTES



III Curso de Mestrado em Intervenção Sócio – Organizacional na Saúde

SATISFAÇÃO DOS UTENTES COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO BLOCO OPERATÓRIO

Sr. Utente:

No âmbito do III Curso de Mestrado em Intervenção Sócio – Organizacional na Saúde, estou a realizar um estudo sobre *Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem no Bloco Operatório*.

Neste sentido, peço a sua colaboração voluntária neste estudo. A sua colaboração consiste na participação numa entrevista semi-estruturada sobre a temática acima referida.

Toda a informação prestada no preenchimento do questionário tem como fim, unicamente, a presente investigação, pelo que todos os questionários serão destruídos após o preenchimento da base de dados.

Este questionário é anónimo e confidencial.

Muito obrigado pela sua colaboração.

A enfermeira
Dina Clemente

Sr. UTENTE:

A principal missão do nosso serviço é garantir um atendimento que acolha as suas expectativas.

O propósito deste questionário é saber a sua opinião, críticas e sugestões sobre a sua

Satisfação com os Cuidados de enfermagem no Bloco Operatório.

Sabemos que foi recentemente operado no bloco operatório deste hospital, por isso contamos com as suas opiniões sobre a experiência ali vivida, pois de certo contribuirão para a implementação de novas medidas, na melhoria da qualidade da assistência de enfermagem no Bloco Operatório.

I. Caracterização dos respondentes

1. SEXO: 1. Masculino 2. Feminino

2. IDADE: Anos

3. ESTADO CIVIL:

- 1. Solteiro (a)
- 2. Casado (a)
- 3. Viúvo (a)
- 4. Divorciado (a)
- 5. Separado (a)
- 6. Outro: _____

4. HABILITAÇÕES LITERÁRIAS (que estudos tem?): _____

5. PROFISSÃO:

- 1. Reformado (a)
- 2. Doméstica
- 3. Desempregado (a)
- 4. Estudante
- 5. Empregado (a) _____
- 6. Outro: _____

6. DADOS DO INTERNAMENTO ACTUAL:

SERVICO DE INTERNAMENTO:

CIRURGIA 1 | CIRURGIA 2 | ORTOPEDIA | UROLOGIA | GINECOLOGIA
 UNIDADE OFTALMOLOGIA/ OTORRINO | CIRURGIA PLÁSTICA

TIPO DE ANESTESIA:

GERAL ENDOVENOSA GERAL INALATÓRIA
 GERAL BALANCEADA COMBINADA
 RAQUI EPIDURAL SEQUENCIAL

Já tinha sido operado anteriormente no B.O. deste Hospital?

Sim Não

DATA DA OPERAÇÃO: ____ / ____ / 2007

SUCEBO (FE) – SATISFAÇÃO DOS UTENTES COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO BLOCO OPERATÓRIO

As questões que lhe iremos colocar dizem respeito apenas aos
Cuidados de enfermagem que recebeu no Bloco Operatório.

II. Questões de pesquisa

Relativamente às questões que se seguem, por favor identifique a frequência com que esses factos aconteceram, sabendo que:

Faça um círculo no:
Sempre **3**
Às vezes **2**
Nunca **1**
Sem opinião **0**

1-Relativamente à informação que achou necessária para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem, os enfermeiros forneceram-lhe (toda, alguma, nenhuma) informação?	3	2	1	0
2-Os enfermeiros preocuparam-se em explicar-lhe os cuidados que lhe prestavam (e porque era necessário fazê-los)?	3	2	1	0
4-Os enfermeiros preocuparam-se em explicar-lhe as coisas de forma compreensível?	3	2	1	0
5-Os enfermeiros procuraram saber se compreendeu bem (e se necessário voltavam a repetir a informação)?	3	2	1	0
8-Os enfermeiros preocupavam-se em manter a sua privacidade quando lhe prestavam cuidados?	3	2	1	0
9-Sentiu que os enfermeiros davam importância aos seus problemas?	3	2	1	0
11-Enquanto esteve no Bloco Operatório e necessitou de apoio era fácil obter ajuda dos enfermeiros?	3	2	1	0
14-Sentiu que os enfermeiros o atenderam com simpatia?	3	2	1	0
15-Acha que globalmente os enfermeiros, no bloco operatório, demonstraram ter paciência no contacto com os utentes?	3	2	1	0
13-Quando os enfermeiros lhe prestavam cuidados, no bloco operatório, preocupavam-se em manter um ambiente calmo (sem ruído, sem estar a conversar uns com os outros)?	3	2	1	0
17-Os enfermeiros perguntavam-lhe se tinha dores?	3	2	1	0
18-Os enfermeiros procuravam saber onde se localizava a sua dor?	3	2	1	0
19-Sentiu que os enfermeiros se preocupavam em lhe aliviar a dor?	3	2	1	0
21-Sentiu-se acompanhado durante o tempo que esteve no Bloco Operatório?	3	2	1	0
23-Os enfermeiros procuravam saber se sentia frio?	3	2	1	0
24-Sentiu que os enfermeiros se preocupavam em mantê-lo confortável?	3	2	1	0

ANEXO IV

TABELAS DOS RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS
- ESTUDO COM OS ENFERMEIROS -

TABELAS REFERENTES AO ESTUDO DOS ENFERMEIROS**I. Caracterização Individual e Situação Profissional****Tabela 1** – *Caracterização pessoal e profissional da amostra*

	N	%	M	DP	Amplitude	
					Min.	Máx.
Sexo						
Masculino	1	3,3				
Feminino	29	96,7				
Idade	30		38,1	6,9	23	51
Habilitações literárias						
Bacharelato	18	60				
Licenciatura	12	40				
Categoria profissional						
Enfermeiro	3	10				
Enfermeiro graduado	27	90				
Vínculo contratual						
Contrato	2	6,7				
Quadro do hospital	28	93,3				
Tempo serviço no B O (anos)	30		9,2	7,1	1	22
Horário que pratica						
Fixo	19	63,3				
Rotativo	11	36,7				
Papel na organização do serviço						
Chefe de equipa	2	6,7				
Líder de área	5	16,7				
Área da coordenação	1	3,3				
Responsável formação	1	3,3				
Responsável integração	1	3,3				
Chefe de equipa + líder de área	2	6,7				
Área de anestesia	4	13,3				
Área de cirurgia geral	1	3,3				
Área de ortopedia	5	16,7				
Área de urologia	3	10				
Área de ginecologia	2	6,7				
Área das especialidades	2	6,7				
Área da UCPA	1	3,3				

II. Percepções sobre a cultura organizacional e do serviço**Tabela 2** – *Análise da Satisfação com os diversos aspectos do trabalho realizado*

	1	2	3	4	5	6	7
II.1.1. Em relação às suas perspectivas de promoção, diria que está:	10	4	5	7	1	2	1
II.1.2. Em relação à organização e funcionamento do departamento onde trabalha, diria que está:				3	2	17	8
II.1.3. Em relação à colaboração e clima de relação com os seus colegas de trabalho, diria que está:				5	3	14	8
II.1.4. Em relação à remuneração que recebe, diria que está:	12	9	6	3			
II.1.5. Em relação à competência e funcionamento do seu superior imediato, diria que está:				1	3	6	20
II.1.6. Em relação ao trabalho que realiza, diria que está:				3	4	16	7
II.1.7. Em relação à competência e funcionamento dos seus subordinados, diria que está:				4	10	14	2
II.1.8. Tudo somado, e considerando todos os aspectos do seu trabalho e da sua vida neste serviço diria que está:			1	4	9	12	4

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1-Extremamente insatisfeito	2-Insatisfeito	3-Moderadamente insatisfeito
	4-Nem insatisfeito nem satisfeito	
5-Moderadamente satisfeito	6-Satisfeito	7-Extremamente satisfeito

Tabela 3 – *Análise dos Valores organizacionais: importância atribuída pelo serviço*

	1	2	3	4	5
II.2.1. Competência técnica				7	23
II.2.2. Centralização do trabalho		1	15	10	4
II.2.3. Bem – estar das pessoas		1	2	15	12
II.2.4. Estabilidade da organização			3	13	14
II.2.5. Poder das chefias		1	14	11	4
II.2.6. Desenvolvimento tecnológico e inovação			2	7	21
II.2.7. Estabelecimento de procedimentos e normas				5	25
II.2.8. Ouvir a opinião e as sugestões das pessoas			4	11	15
II.2.9. Trabalho em equipa			1	8	21
II.2.10. Gestão do Risco			7	16	7
II.2.11. Realização pessoal e profissional		1	2	16	11
II.2.12. Bom ambiente entre as pessoas			2	17	11
II.2.13. Inter relação bloco/ serviços		2	9	10	9

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1-Não se dá importância	2 – Dá-se pouca importância
	3 – Dá-se alguma importância
4 – Dá-se importância	5 - Dá-se muita importância

Tabela 4 – Análise das Políticas de Recursos Humanos – GESTÃO DO EMPREGO

	1	2	3	4	5
II.3.A.1. Na organização/bloco faz-se um planeamento quantitativo e qualitativo de recursos humanos.			3	11	16
II.3.A.2. Existe uma correcta definição de perfis profissionais.			3	18	9
II.3.A.3. A organização/bloco procede a uma gestão estratégica de competências			2	16	12
II.3.A.4. A afectação e desafectação de recursos humanos aos postos de trabalho é feita segundo um planeamento prévio.			4	10	16
II.3.A.5. A avaliação do desempenho é uma política dos RH de importância estratégica e, por isso, objecto de planeamento em termos de métodos e técnicas utilizadas e a periodicidade com que é realizada.	1	5	10	12	2

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1 - Nunca 2 – Raramente 3 – Por vezes 4 – Com frequência 5 – Sempre

Tabela 5 – Análise das Políticas de Recursos Humanos – SELECÇÃO E INTEGRAÇÃO

	1	2	3	4	5
II.3.B.1. A organização, no processo de selecção, tenta ter uma conduta ética não fazendo qualquer discriminação sexual, racial, religiosa ou política.		1	2	17	10
II.3.B.2. A organização/bloco, no processo de selecção, tenta aliar a experiência, as qualificações, mas também as qualidades morais dos indivíduos.		1	3	10	16
II.3.B.3. A coordenação desempenha um papel fundamental no processo de selecção e integração.			1	8	21
II.3.B.4. O bloco tem definido e hierarquizado, antes de cada processo de selecção, critérios de escolha.	1	1	2	12	14
II.3.B.5. A integração no bloco operatório obedece a um programa de qualidade com normas e critérios bem definidos.				6	24
II.3.B.6. O programa de integração no bloco operatório coloca em evidência actividades referentes ao cuidar e técnico-científicas.				5	25
II.3.B.7. O programa de integração em bloco operatório é extenso e pormenorizado, devido à complexidade e especificidade dos procedimentos que ali são realizados.				3	27
II.3.B.8. Os tempos de integração no bloco operatório têm por base as categorias de experiência profissional (enfermeiros s/ experiência profissional; enfermeiros c/ experiência profissional e enfermeiros com experiência em bloco operatório).	1		2	4	23
II.3.B.9. A transição dos novos enfermeiros para a fase seguinte efectua-se mediante fichas de avaliação formativa.			15	11	4
II.3.B.10. O programa de integração só termina quando o profissional adquiriu destreza manual e intelectual que permitam a resolução de problemas básicos bem como um bom desempenho profissional.			7	16	7

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1 - Nunca 2 – Raramente 3 – Por vezes 4 – Com frequência 5 – Sempre

Tabela 6 – Análise das Políticas de Recursos Humanos**– FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO**

	1	2	3	4	5
II.3.C.1. O plano de formação contempla o diagnóstico, a execução e a avaliação do processo de formação.				5	25
II.3.C.2. Cada colaborador tem acções de formação profissional por ele solicitadas.	1	9	18	2	
II.3.C.3. As chefias têm um papel fundamental no diagnóstico das necessidades de formação.			8	16	6
II.3.C.4. É prática corrente da organização/bloco realizar acções de formação no local de trabalho.				7	23
II.3.C.5. A organização/ bloco utiliza técnicas, indicadores de avaliação da eficácia da formação.			1	3	26
II.3.C.6. As acções de formação oferecidas a cada colaborador estão directamente ligadas com as necessidades detectadas na avaliação do desempenho.			13	15	2
II.3.C.7. A coordenação tem um papel fundamental no desenvolvimento da política de formação do serviço.			1	11	18
II.3.C.8. A coordenação do serviço concebeu um plano de informação e comunicação interna (reuniões; livro de ocorrências; placares informativos).			1	11	18
II.3.C.9. O sistema de comunicação interna é um veículo de integração de todos os colaboradores na cultura do serviço.			1	16	13
II.3.C.10. A equipa coordenadora desempenha um papel decisivo no desenvolvimento deste sistema de comunicação interna.			3	15	12
II.3.C.11. Existe uma avaliação, por parte da equipa coordenadora, do processo de comunicação interna do serviço.	1	4	15	10	

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1 - Nunca 2 – Raramente 3 – Por vezes 4 – Com frequência 5 – Sempre

Tabela 7 – Análise das Políticas de Recursos Humanos**– MANUTENÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS**

	1	2	3	4	5
II.3.D.1. A organização tem um sistema de recompensas para além do salário base (ex.: incentivos).	3	23	2	2	
II.3.D.2. O serviço possibilita aos seus colaboradores participarem num programa de trabalho (ex.: sigic), para além do seu horário, com remuneração extra.			1	19	10
II.3.D.3. Existe um plano de Saúde, Higiene e Segurança no Trabalho.	2	3	5	9	11
II.3.D.4. A Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar tem um papel activo.			2	15	13
II.3.D.5. Existe, no serviço, uma cultura de Saúde, Higiene e Segurança no Trabalho.			2	15	13
II.3.D.6. A coordenação tem tido um papel importante na concepção e implementação de medidas dos programas de gestão do risco.			6	12	12
II.3.D.7. Existe uma consciência colectiva da responsabilidade partilhada entre a organização e os seus colaboradores nestes programas de gestão do risco.	1	19	6	4	

II.3.D.8. A aposta na formação profissional tem tido um papel preponderante na redução dos acidentes de trabalho.	10	16	4	
II.3.D.9. Os colaboradores participam na definição de estratégias de gestão de recursos humanos, no serviço.	3	8	14	5
II.3.D.10. Incentiva-se, no serviço, à participação dos colaboradores nos processos de decisões operacionais.	1	3	16	10
II.3.D.11. A coordenação procura apresentar soluções estratégicas, para a resolução de conflitos internos, apelando à colaboração de todos.	1	2	12	15
II.3.D.12. A coordenação é porta-voz, do serviço, nos processos de negociações colectivas.		9	21	
II.3.D.13. A coordenação facilita o processo de negociação externo.		9	21	

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1 - Nunca 2 - Raramente 3 - Por vezes 4 - Com frequência 5 - Sempre

III. Percepções sobre a organização do trabalho

Tabela 8 – *Análise dos Aspectos relacionados com a organização do trabalho*

	1	2	3	4	5
III.1.1. A divisão de trabalho, por áreas funcionais, é eficaz no desenvolvimento de competências individuais.				10	20
III.1.2. Esta divisão proporciona uma melhor inter - relação favorecendo a ajuda mútua entre os parceiros da mesma área funcional.				9	21
III.1.3. Esta divisão possibilita o desenvolvimento de uma maior responsabilidade e autonomia.			2	11	17
III.1.3. O líder de área distribui as tarefas, de acordo com as motivações individuais.	1	1	6	18	4
III.1.4. O líder de área procura facilitar o processo de desenvolvimento de competências individuais, incentivando a autonomia.			3	16	11
III.1.4. Esta divisão deve ser revista periodicamente, com o intuito de permitir uma rotatividade nas diferentes áreas.			2	4	24
III.1.5. Apenas os líderes de área se devem manter por mais tempo, a gerir essa área.		2	5	15	8
III.1.6. A mudança periódica de área permite uma maior variedade de aquisição de competências.		1		5	24
III.1.7. Existe um feed-back periódico, por parte da coordenação, sobre o trabalho desenvolvido pelas áreas funcionais.		1	4	10	15
III.1.8. Existe um feed-back periódico, por parte da coordenação (e líder de área, se for o caso), sobre o trabalho desenvolvido ao nível individual.		3	8	13	6

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- Discordo totalmente 2 - Discordo parcialmente
3- Não concordo nem discordo
4- Concordo parcialmente 5 - Concordo totalmente

IV. Percepções sobre a intervenção organizacional**Tabela 9** – *Análise dos Aspectos relacionados com um processo de intervenção centrado na eficácia dos grupos de trabalho*

	1	2	3	4	5
IV.1.1. Os objectivos do serviço são consistentes com os objectivos da organização.		1	3	15	11
IV.1.2. Os objectivos do serviço orientam a especificação dos objectivos individuais.			3	16	11
IV.1.3. Os objectivos do serviço são claros, específicos, e verificáveis.			6	15	9
IV.1.4. Os objectivos traçados pelo serviço vão ao encontro das expectativas individuais.		1	8	19	2
IV.1.5. Os colaboradores são envolvidos e participam na definição dos seus objectivos e planos de acção.	1	1	4	20	4
IV.1.6. Os colaboradores são envolvidos e participam na avaliação do seu desempenho.	1	3	2	20	4
IV.1.7. Os colaboradores têm controlo efectivo sobre os diversos aspectos que influenciam o seu desempenho.		4	6	16	4

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- Discordo totalmente	2 – Discordo parcialmente
	3- Não concordo nem discordo
4- Concordo parcialmente	5 – Concordo totalmente

V. Percepções sobre os cuidados enfermagem prestados aos utentes**Tabela 10** – *Análise dos aspectos relacionados com as percepções sobre os cuidados prestados aos utentes*

	1	2	3	4	5
V.1.1. Eficácia da comunicação	4	6	11	3	6
V.1.2. Utilidade da informação	19	8	2	1	
V.1.3. Qualidade no acolhimento	2	9	9	3	7
V.1.4. Prontidão na assistência	5	5	3	15	2
V.1.5. Controle da dor		2	5	8	15

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1 – A 5. ^a mais importante; 2 – A 4. ^a mais importante; 3 – A 3. ^a mais importante; 4 – A 2. ^a mais importante; 5 – A mais importante
--

ANÁLISE FIABILIDADE - Enfermeiros

II. Percepções sobre a cultura organizacional e do serviço

Tabela 11 – *Análise da fiabilidade da Satisfação com os diversos aspectos do trabalho realizado*

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,609	,681	8

Tabela 12 – *Análise da fiabilidade dos Valores organizacionais: importância atribuída pelo serviço*

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,816	,837	13

Tabela 13 – *Análise da fiabilidade das Políticas de Recursos Humanos – GESTÃO DO EMPREGO*

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,617	,653	5

Tabela 14 – *Análise da fiabilidade das Políticas de Recursos Humanos – Selecção e Integração*

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,543	,655	10

Tabela 15 – *Análise da fiabilidade das Políticas de Recursos Humanos – Formação e Desenvolvimento*

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,765	,751	11

Tabela 16 – *Análise da fiabilidade das Políticas de Recursos Humanos – Manutenção Dos Recursos Humanos*

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,791	,818	13

III. Percepções sobre a organização do trabalho

Tabela 17 – *Análise da fiabilidade das percepções sobre a organização do trabalho*

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,799	,791	10

IV. Percepções sobre a intervenção organizacional

Tabela 18 – *Análise da fiabilidade das percepções sobre a intervenção organizacional*

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,757	,759	7

ANÁLISE FACTORIAL-Enfermeiros

II. Percepções sobre a cultura organizacional e do serviço

Tabela 19 – Matriz Factorial Rotada das *percepções sobre a cultura organizacional e do serviço*

	Componentes		
	1	2	3
II.1.1. Em relação às suas perspectivas de promoção, diria que está:	.405	-,648	.170
II.1.2. Em relação à organização e funcionamento do departamento onde trabalha, diria que está:	,679	.178	.152
II.1.3. Em relação à colaboração e clima de relação com os seus colegas de trabalho, diria que está:	,813	-.044	.195
II.1.4. Em relação à remuneração que recebe, diria que está:	.069	.037	,956
II.1.5. Em relação à competência e funcionamento do seu superior imediato, diria que está:	,815	.027	-.012
II.1.6. Em relação ao trabalho que realiza, diria que está:	.269	,750	-.058
II.1.7. Em relação à competência e funcionamento dos seus subordinados, diria que está:	,672	.290	-.290
II.1.8. Tudo somado, e considerando todos os aspectos do seu trabalho e da sua vida neste serviço diria que está:	.230	,738	.288

Tabela 20 – Matriz Factorial Rotada dos *valores organizacionais*

	Componentes		
	1	2	3
II.2.1. Competência técnica	.092	.571	,735
II.2.2. Centralização do trabalho	-.493	-.172	,513
II.2.3. Bem – estar das pessoas	,861	.233	-.030
II.2.4. Estabilidade da organização	.309	,696	.036
II.2.5. Poder das chefias	-.108	-.070	,655
II.2.6. Desenvolvimento tecnológico e inovação	,729	-.078	,572
II.2.7. Estabelecimento de procedimentos e normas	.252	.427	,738
II.2.8. Ouvir a opinião e as sugestões das pessoas	,789	.309	-.083
II.2.9. Trabalho em equipa	.173	,860	.086
II.2.10. Gestão do Risco	,592	.333	.093
II.2.11. Realização pessoal e profissional	,842	.090	-.048
II.2.12. Bom ambiente entre as pessoas	,647	.500	-.060
II.2.13. Inter relação bloco/ serviços	,843	.187	.051

Tabela 21 – Matriz Factorial Rotada referente à *gestão do emprego*

	Componentes	
	1	2
II.3.A.1. Na organização/bloco faz-se um planeamento quantitativo e qualitativo de recursos humanos.	,471	,661
II.3.A.2. Existe uma correcta definição de perfis profissionais.	,419	,664
II.3.A.3. A organização/bloco procede a uma gestão estratégica de competências	,764	,095
II.3.A.4. A afectação e desafectação de recursos humanos aos postos de trabalho é feita segundo um planeamento prévio.	,803	,061
II.3.A.5. A avaliação do desempenho é uma política dos RH de importância estratégica e, por isso, objecto de planeamento em termos de métodos e técnicas utilizadas e a periodicidade com que é realizada.	-.215	,823

Tabela 22 – Matriz Factorial Rotada referente à *selecção e integração*

	Componentes			
	1	2	3	4
II.3.B.1. A organização, no processo de selecção, tenta ter uma conduta ética não fazendo qualquer discriminação sexual, racial, religiosa ou política.	-.164	-.250	,717	-.198
II.3.B.2. A organização/bloco, no processo de selecção, tenta aliar a experiência, as qualificações, mas também as qualidades morais dos indivíduos.	-.023	,873	,000	-.144
II.3.B.3. A coordenação desempenha um papel fundamental no processo de selecção e integração.	,802	-.176	-.182	-.143
II.3.B.4. O bloco tem definido e hierarquizado, antes de cada processo de selecção, critérios de escolha.	,113	,894	-.104	,223
II.3.B.5. A integração no bloco operatório obedece a um programa de qualidade com normas e critérios bem definidos.	,865	,084	,116	,025
II.3.B.6. O programa de integração no bloco operatório coloca em evidência actividades referentes ao cuidar e técnico-científicas.	,818	,212	,181	,048
II.3.B.7. O programa de integração em bloco operatório é extenso e pormenorizado, devido à complexidade e especificidade dos procedimentos que ali são realizados.	,442	,355	,463	,267
II.3.B.8. Os tempos de integração no bloco operatório têm por base as categorias de experiência profissional (enfermeiros s/ experiência profissional; enfermeiros c/ experiência profissional e enfermeiros com experiência em bloco operatório).	,082	,146	-.019	,836
II.3.B.9. A transição dos novos enfermeiros para a fase seguinte efectua-se mediante fichas de avaliação formativa.	,183	,062	,757	-.000
II.3.B.10. O programa de integração só termina quando o profissional adquiriu destreza manual e intelectual que permitam a resolução de problemas básicos bem como um bom desempenho profissional.	,379	,382	,202	-,613

Tabela 23 – Matriz Factorial Rotada referente à *formação e desenvolvimento*

	Componentes			
	1	2	3	4
II.3.C.1. O plano de formação contempla o diagnóstico, a execução e a avaliação do processo de formação.	.123	.085	,772	.114
II.3.C.2. Cada colaborador tem acções de formação profissional por ele solicitadas.	.491	,621	-.105	.014
II.3.C.3. As chefias têm um papel fundamental no diagnóstico das necessidades de formação.	.017	,945	.084	.034
II.3.C.4. É prática corrente da organização/bloco realizar acções de formação no local de trabalho.	.260	-.266	.297	,661
II.3.C.5. A organização/ bloco utiliza técnicas, indicadores de avaliação da eficácia da formação.	-.102	-.019	,801	-.007
II.3.C.6. As acções de formação oferecidas a cada colaborador estão directamente ligadas com as necessidades detectadas na avaliação do desempenho.	,731	.124	.179	-.036
II.3.C.7. A coordenação tem um papel fundamental no desenvolvimento da política de formação do serviço.	,744	.120	.337	.105
II.3.C.8. A coordenação do serviço concebeu um plano de informação e comunicação interna (reuniões; livro de ocorrências; placares informativos).	.013	.276	-.050	,862
II.3.C.9. O sistema de comunicação interna é um veículo de integração de todos os colaboradores na cultura do serviço.	,548	,563	.124	.214
II.3.C.10. A equipa coordenadora desempenha um papel decisivo no desenvolvimento deste sistema de comunicação interna.	,742	.032	-.321	.087
II.3.C.11. Existe uma avaliação, por parte da equipa coordenadora, do processo de comunicação interna do serviço.	,720	.153	-.318	.361

Tabela 24 – Matriz Factorial Rotada referente à *manutenção dos recursos humanos*

	Componentes			
	1	2	3	4
II.3.D.1. A organização tem um sistema de recompensas para além do salário base (ex.: incentivos).	.119	.229	-.014	.877
II.3.D.2. O serviço possibilita aos seus colaboradores participarem num programa de trabalho (ex.: sigic), para além do seu horário, com remuneração extra.	.844	.160	-.220	.072
II.3.D.3. Existe um plano de Saúde, Higiene e Segurança no Trabalho.	.688	-.352	.498	.131
II.3.D.4. A Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar tem um papel activo.	.712	.144	.052	.351
II.3.D.5. Existe, no serviço, uma cultura de Saúde, Higiene e Segurança no Trabalho.	.711	.275	.030	-.468
II.3.D.6. A coordenação tem tido um papel importante na concepção e implementação de medidas dos programas de gestão do risco.	.243	.711	.353	.246
II.3.D.7. Existe uma consciência colectiva da responsabilidade partilhada entre a organização e os seus colaboradores nestes programas de gestão do risco.	.790	.079	-.056	.141
II.3.D.8. A aposta na formação profissional tem tido um papel preponderante na redução dos acidentes de trabalho.	.365	.466	-.067	.619
II.3.D.9. Os colaboradores participam na definição de estratégias de gestão de recursos humanos, no serviço.	-.114	.333	.845	.011
II.3.D.10. Incentiva-se, no serviço, à participação dos colaboradores nos processos de decisões operacionais.	.015	.151	.879	-.090
II.3.D.11. A coordenação procura apresentar soluções estratégicas, para a resolução de conflitos internos, apelando à colaboração de todos.	-.239	.663	.467	.096
II.3.D.12. A coordenação é porta-voz, do serviço, nos processos de negociações colectivas.	.053	.864	.125	.178
II.3.D.13. A coordenação facilita o processo de negociação externo.	.272	.682	.060	.070

III. Percepções sobre a organização do trabalho**Tabela 25** – Matriz Factorial Rotada referente às *percepções sobre a organização do trabalho*

	Componentes		
	1	2	3
III.1.1. A divisão de trabalho, por áreas funcionais, é eficaz no desenvolvimento de competências individuais.	-.023	.125	.751
III.1.2. Esta divisão proporciona uma melhor inter – relação favorecendo a ajuda mútua entre os parceiros da mesma área funcional.	.533	.206	.597
III.1.3. Esta divisão possibilita o desenvolvimento de uma maior responsabilidade e autonomia.	.521	-.064	.566
III.1.4. O líder de área distribui as tarefas, de acordo com as motivações individuais.	.883	-.109	.280
III.1.5. O líder de área procura facilitar o processo de desenvolvimento de competências individuais, incentivando a autonomia.	.794	-.108	-.057
III.1.6. Esta divisão deve ser revista periodicamente, com o intuito de permitir uma rotatividade nas diferentes áreas.	.131	.886	.012
III.1.7. Apenas os líderes de área se devem manter por mais tempo, a gerir essa área.	.656	.403	-.312
III.1.8. A mudança periódica de área permite uma maior variedade de aquisição de competências.	-.227	.814	.240
III.1.9. Existe um feed-back periódico, por parte da coordenação, sobre o trabalho desenvolvido pelas áreas funcionais.	.771	.143	.262
III.1.1.10. Existe um feed-back periódico, por parte da coordenação (e líder de área, se for o caso), sobre o trabalho desenvolvido ao nível individual.	.797	-.061	.151

IV. Percepções sobre a intervenção organizacional**Tabela 26** – Matriz Factorial Rotada das *percepções sobre a intervenção organizacional*

	Componentes		
	1	2	3
IV.1.1. Os objectivos do serviço são consistentes com os objectivos da organização.	-.030	.854	.323
IV.1.2. Os objectivos do serviço orientam a especificação dos objectivos individuais.	.168	.868	.039
IV.1.3. Os objectivos do serviço são claros, específicos, e verificáveis.	-.113	.127	.890
IV.1.4. Os objectivos traçados pelo serviço vão ao encontro das expectativas individuais.	.301	.400	.619
IV.1.5. Os colaboradores são envolvidos e participam na definição dos seus objectivos e planos de acção.	.759	-.020	.524
IV.1.6. Os colaboradores são envolvidos e participam na avaliação do seu desempenho.	.946	-.012	-.035
IV.1.7. Os colaboradores têm controlo efectivo sobre os diversos aspectos que influenciam o seu desempenho.	.867	.290	-.059

ANEXO V

TABELAS DOS RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS
- ESTUDO COM OS UTENTES -

TABELAS REFERENTES AO ESTUDO DOS UTENTES**Tabela 27 – Caracterização pessoal e profissional da amostra**

	N	%	M	DP	Amplitude	
					Min.	Máx.
Sexo						
Masculino	32	30,8				
Feminino	72	69,2				
Idade	104		55,52	15,203	16	88
Estado Civil						
Solteiro (a)	16	15,4				
Casado (a)	70	67,3				
Viúvo (a)	12	11,5				
Divorciado (a)	4	3,8				
Separado (a)	2	1,9				
Habilitações literárias						
Não tem	4	4,4				
1.º Ano	3	3,3				
2.º Ano	4	4,4				
3.º Ano	4	4,4				
4.º Ano	32	35,2				
6.º Ano	11	12,1				
7.º Ano	4	4,4				
8.º Ano	4	4,4				
9.º Ano	8	8,8				
11.º Ano	1	1,1				
12.º Ano	11	12,1				
Licenciatura	5	4,8				
Profissão						
Reformado (a)	35	34,0				
Doméstica	17	16,5				
Desempregado (a)	7	6,8				
Estudante	4	3,9				
Empregado (a)	38	36,9				
Outro	2	1,9				

Tabela 28 – Análise da amostra segundo os *dados do internamento*

	N	%
Serviço de internamento		
Cirurgia 1	15	14,6
Cirurgia 2	12	11,7
Ortopedia	10	9,7
Urologia	5	4,9
Ginecologia	24	23,3
Cirurgia Plástica	9	8,7
Otorrino	13	12,6
Oftalmologia	15	14,6
Tipo de anestesia		
Geral endovenosa	10	10,1
Geral inalatória	2	2,0
Geral balanceada	61	61,6
Combinada	3	3,0
Raqui	19	19,2
Epidural	4	4,0
Cirurgias anteriores		
Não	40	39,2
Sim	62	60,8

Tabela 29 – Análise das Frequências absolutas das respostas à *SUCEBO*

ESCALA SUCEBO					
	1	2	3	0	Total
EFICÁCIA NA COMUNICAÇÃO (EC)					
3-Relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas (linguagem utilizada, a preocupação em repetir caso não compreendesse, a preocupação em saber se tinha mesmo percebido)	2	8	86	8	104
4-Os enfermeiros preocuparam-se em explicar-lhe as coisas de forma compreensível?	2	11	87	4	104
5-Os enfermeiros procuraram saber se compreendeu bem (e se necessário voltavam a repetir a informação)?	6	12	76	10	104
UTILIDADE DA INFORMAÇÃO (UI)					
1-Relativamente à informação que achou necessária para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem, os enfermeiros forneceram-lhe (toda, alguma, nenhuma) informação?	4	7	89	4	104
2-Os enfermeiros preocuparam-se em explicar-lhe os cuidados que lhe prestavam (e porque era necessário fazê-los)?	4	13	84	3	104
QUALIDADE NO ATENDIMENTO (QA)					
6-Relativamente à forma como foi recebido pelos enfermeiros no Bloco Operatório		3	99	2	104
7-Relativamente à preocupação dos enfermeiros em preservar a sua intimidade quando prestavam cuidados (ex: não o destapar, apenas o estritamente necessário)	1	4	98	1	104
8-Os enfermeiros preocupavam-se em manter a sua privacidade	1	4	96	3	104

quando lhe prestavam cuidados?					
9-Sentiu que os enfermeiros davam importância aos seus problemas?	1	11	82	10	104
10-Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava		5	90	9	104
21-Sentiu-se acompanhado durante o tempo que esteve no Bloco Operatório?	1	3	95	5	104
PRONTIDÃO NA ASSISTÊNCIA (PA)	1	2	3	0	Total
11-Enquanto esteve no Bloco Operatório e necessitou de apoio era fácil obter ajuda dos enfermeiros?		6	79	19	104
12-Relativamente ao tempo que os enfermeiros demoram a dar resposta às suas solicitações/ pedidos		7	78	19	104
MANUTENÇÃO DE AMBIENTE TERAPÊUTICO (AT)	1	2	3	0	Total
13-Quando os enfermeiros lhe prestavam cuidados, no bloco operatório, preocupavam-se em manter um ambiente calmo (sem ruído, sem estar a conversar uns com os outros)?	1	10	87	6	104
14-Sentiu que os enfermeiros o atenderam com simpatia?		7	96	1	104
15-Acha que globalmente os enfermeiros, no bloco operatório, demonstraram ter paciência no contacto com os utentes?		2	98	4	104
16-Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros (para o ouvir, ou mesmo para lhe resolver alguma situação relacionada com o serviço)		3	89	12	104
22-Relativamente à preocupação dos enfermeiros em o manter confortável		1	99	4	104
23-Os enfermeiros procuravam saber se sentia frio?	4	3	89	8	104
24-Sentiu que os enfermeiros se preocupavam em mantê-lo confortável?		5	96	3	104
CONTROLO E ALIVIO DA DOR PÓS - OPERATÓRIA (CAD)	1	2	3	0	Total
17-Os enfermeiros perguntavam-lhe se tinha dores?	4	4	86	10	104
18-Os enfermeiros procuravam saber onde se localizava a sua dor?	5	5	71	23	104
19-Sentiu que os enfermeiros se preocupavam em lhe aliviar a dor?	4	3	83	14	104
20-Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros para controlar e aliviar a sua dor		3	87	14	104

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

0 – Sem opinião/ não se aplica	1- Nunca/ Insatisfeito
2 – Às vezes/ Nem satisfeito nem insatisfeito	3 – Sempre/ Satisfeito

Tabela 30 – Análise das Frequências absolutas das respostas em relação à dimensão *Eficácia na Comunicação*

EFICÁCIA NA COMUNICAÇÃO (EC)	1	2	3	0	Total
3-Relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas (linguagem utilizada, a preocupação em repetir caso não compreendesse, a preocupação em saber se tinha mesmo percebido)	2	8	86	8	104
4-Os enfermeiros preocuparam-se em explicar-lhe as coisas de forma compreensível?	2	11	87	4	104
5-Os enfermeiros procuraram saber se compreendeu bem (e se necessário voltavam a repetir a informação)?	6	12	76	10	104

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

0 – Sem opinião/ não se aplica	1- Nunca/ Insatisfeito
2 – Às vezes/ Nem satisfeito nem insatisfeito	3 – Sempre/ Satisfeito

Tabela 31 – Análise das Frequências absolutas das respostas em relação à dimensão *Utilidade na Informação*

UTILIDADE DA INFORMAÇÃO (UI)	1	2	3	0	Total
1-Relativamente à informação que achou necessária para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem, os enfermeiros forneceram-lhe (toda, alguma, nenhuma) informação?	4	7	89	4	104
2-Os enfermeiros preocuparam-se em explicar-lhe os cuidados que lhe prestavam (e porque era necessário fazê-los)?	4	13	84	3	104

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

0 – Sem opinião/ não se aplica	1- Nunca/ Insatisfeito
2 – Às vezes/ Nem satisfeito nem insatisfeito	3 – Sempre/ Satisfeito

Tabela 32 – Análise das Frequências absolutas das respostas em relação à dimensão *Qualidade no Atendimento*

QUALIDADE NO ATENDIMENTO (QA)	1	2	3	0	Total
6-Relativamente à forma como foi recebido pelos enfermeiros no Bloco Operatório		3	99	2	104
7-Relativamente à preocupação dos enfermeiros em preservar a sua intimidade quando prestavam cuidados (ex: não o destapar, apenas o estritamente necessário)	1	4	98	1	104
8-Os enfermeiros preocupavam-se em manter a sua privacidade quando lhe prestavam cuidados?	1	4	96	3	104
9-Sentiu que os enfermeiros davam importância aos seus problemas?	1	11	82	10	104
10-Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava		5	90	9	104
21-Sentiu-se acompanhado durante o tempo que esteve no Bloco Operatório?	1	3	95	5	104

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

0 – Sem opinião/ não se aplica	1- Nunca/ Insatisfeito
2 – Às vezes/ Nem satisfeito nem insatisfeito	3 – Sempre/ Satisfeito

Tabela 33 – Análise das Frequências absolutas das respostas em relação à dimensão**Prontidão na Assistência**

PRONTIDÃO NA ASSISTÊNCIA (PA)	1	2	3	0	Total
11-Enquanto esteve no Bloco Operatório e necessitou de apoio era fácil obter ajuda dos enfermeiros?		6	79	19	104
12-Relativamente ao tempo que os enfermeiros demoram a dar resposta às suas solicitações/ pedidos		7	96	1	104

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

0 – Sem opinião/ não se aplica	1- Nunca/ Insatisfeito
2 – Às vezes/ Nem satisfeito nem insatisfeito	3 – Sempre/ Satisfeito

Tabela 34 – Análise das Frequências absolutas das respostas em relação à dimensão**Manutenção de Ambiente Terapêutico**

MANUTENÇÃO DE AMBIENTE TERAPÊUTICO (AT)	1	2	3	0	Total
13-Quando os enfermeiros lhe prestavam cuidados, no bloco operatório, preocupavam-se em manter um ambiente calmo (sem ruído, sem estar a conversar uns com os outros)?	1	10	87	6	104
14-Sentiu que os enfermeiros o atenderam com simpatia?		7	96	1	104
15-Acha que globalmente os enfermeiros, no bloco operatório, demonstraram ter paciência no contacto com os utentes?		2	98	4	104
16-Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros (para o ouvir, ou mesmo para lhe resolver alguma situação relacionada com o serviço)		3	89	12	104
22-Relativamente à preocupação dos enfermeiros em o manter confortável		1	99	4	104
23-Os enfermeiros procuravam saber se sentia frio?	4	3	89	8	104
24-Sentiu que os enfermeiros se preocupavam em mantê-lo confortável?		5	96	3	104

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

0 – Sem opinião/ não se aplica	1- Nunca/ Insatisfeito
2 – Às vezes/ Nem satisfeito nem insatisfeito	3 – Sempre/ Satisfeito

Tabela 35 – Análise das Frequências absolutas das respostas em relação à dimensão**Controlo e Alívio da Dor Pós Operatória**

CONTROLO E ALÍVIO DA DOR PÓS - OPERATÓRIA (CAD)	1	2	3	0	Total
17-Os enfermeiros perguntavam-lhe se tinha dores?	4	4	86	10	104
18-Os enfermeiros procuravam saber onde se localizava a sua dor?	5	5	71	23	104
19-Sentiu que os enfermeiros se preocupavam em lhe aliviar a dor?	4	3	83	14	104
20-Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros para controlar e aliviar a sua dor		3	87	14	104

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

0 – Sem opinião/ não se aplica	1- Nunca/ Insatisfeito
2 – Às vezes/ Nem satisfeito nem insatisfeito	3 – Sempre/ Satisfeito

Tabela 36 – *Análise da Satisfação geral dos utentes*

	1	2	3	4	5	Total
Diga qual a avaliação que faz relativamente à Satisfação geral com cuidados prestados pelos enfermeiros no Bloco Operatório? **			1	9	93	104
Diga como classifica globalmente a assistência de enfermagem no Bloco Operatório? ****			1	18	85	104

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

** 1-Totalmente Insatisfeito; 2- Insatisfeito;3- Neutro;4- Satisfeito;5- Totalmente Satisfeito

**** 1- Má 2-Não foi boa 3-Razoável 4- Boa 5- Muito boa

ANÁLISE FIABILIDADE-UTENTES

Tabela 37 – *Análise da Fiabilidade da Sucebo*

SUCEBO	
Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,916	24

Tabela 38 – *Análise da Fiabilidade da Dimensão – Eficácia na Comunicação*

Eficácia Comunicação	
Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,730	3

Tabela 39 – *Análise da Fiabilidade da Dimensão – Utilidade da Informação*

Utilidade Informação	
Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,724	2

Tabela 40 – *Análise da Fiabilidade da Dimensão – Qualidade no Atendimento*

Qualidade Atendimento	
Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,611	6

Tabela 41 – *Análise da Fiabilidade da Dimensão – Prontidão na Assistência*

Prontidão Assistência	
Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,659	2

Tabela 42 – *Análise da Fiabilidade da Dimensão – Manutenção de Ambiente Terapêutico*

Manutenção Ambiente Terapêutico	
Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,692	7

Tabela 42 – *Análise da Fiabilidade da Dimensão – Manutenção de Ambiente Terapêutico*

Controlo Alívio Dor	
Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,866	4

ANEXO VI

SUPORTE INFORMÁTICO DO TRATAMENTO DE DADOS
(OUTPUTS EM SPSS E EM WORD DAS DUAS FASES DO ESTUDO)

