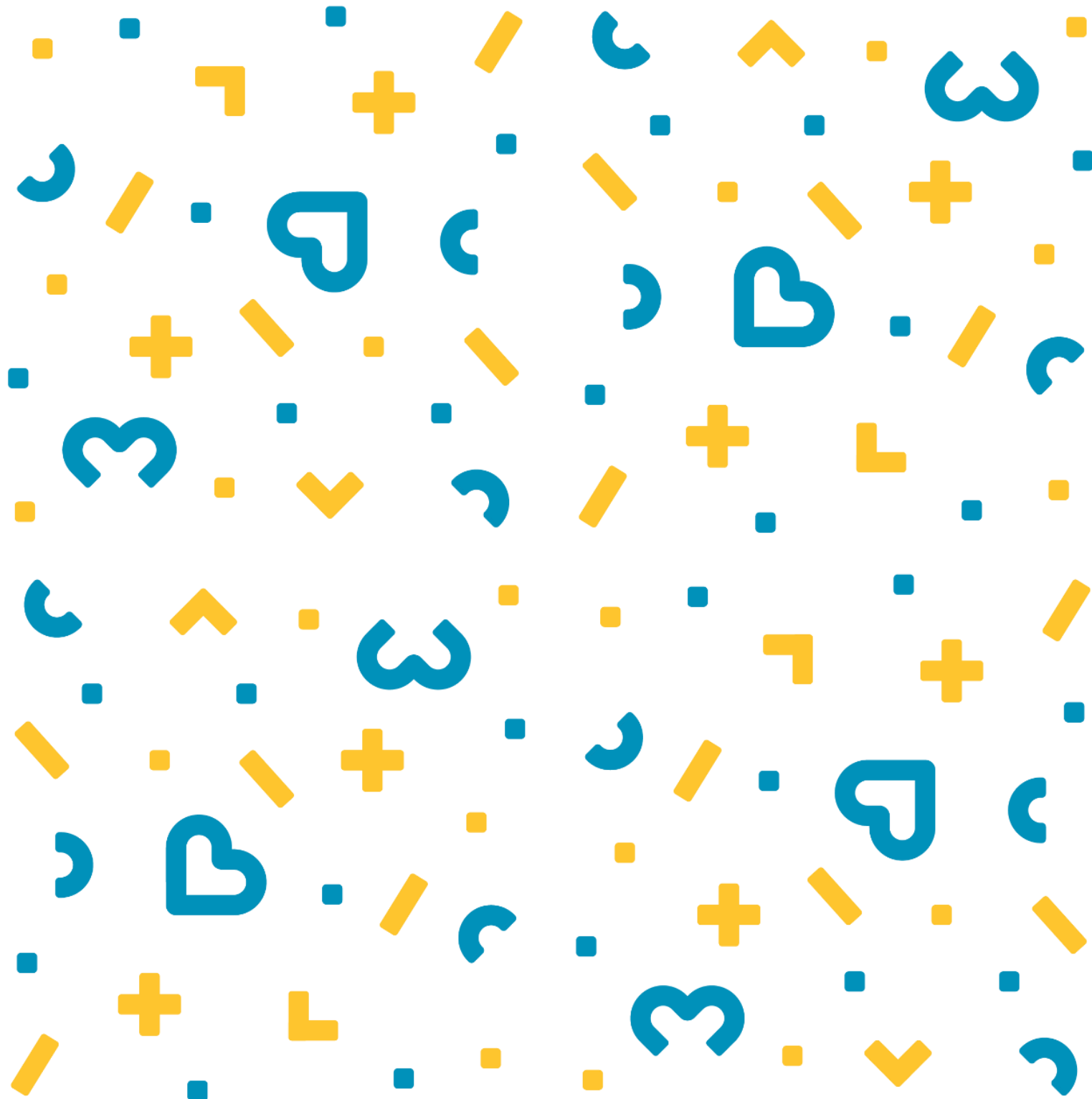


MANUAL DE FORMAÇÃO EM “O PAPEL DAS ORDENS SÓCIO PROFISSIONAIS DO SECTOR DA SAÚDE”

Reforço de capacidades no âmbito do GAP – Gabinete de Apoio
Permanente



Fase di Kambansa



OE | Manual da Acção de Formação: “O papel das Ordens Socio Profissionais no Sector da Saúde”

MM/GGEP

Ficha técnica

Título: Manual da Acção de Formação: “O papel das Ordens Socio Profissionais no Sector da Saúde”.

Edição: Ordem dos Enfermeiros – Abril de 2018.

Autores:

Enfermeira Ana Fonseca

Enfermeira Maria Helena Penaforte

Gabinete de Formação, Investigação e Desenvolvimento

Notas:

1. Reservados todos os direitos, incluindo a tradução para outros idiomas. Nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida sob a forma impressa, através de imagens ou de qualquer outra forma, guardada num sistema de armazenamento, transmitida de qualquer forma sem a autorização expressa, por escrito, da Ordem dos Enfermeiros. Excertos curtos (inferiores a 300 palavras) podem ser reproduzidos sem autorização, desde que a fonte seja indicada.
2. A presente publicação não se encontra redigida ao abrigo do Acordo Ortográfico.
3. As referências bibliográficas e citações foram redigidas de acordo com as normas APA, 6ª edição.

Índice

1. Introdução.....	4
2. Regulação da Profissão de Enfermagem.....	5
a. As funções das organizações profissionais	5
i. Ordem profissional enquanto associação de direito público	5
ii. A Ordem dos Enfermeiros em Portugal vs A Ordem dos Enfermeiros da Guiné-Bissau.....	8
iii. As principais questões que se colocam às ordens profissionais, o caso de Portugal	12
b. O Papel da Regulação na Saúde	13
i. Inscrição na Ordem dos Enfermeiros e atribuição de títulos profissionais	13
ii. Regulação profissional, Regulação laboral e Regulação em Saúde	18
iii. Direitos e deveres dos membros	24
3. O exercício da auto-regulação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem e da informação em saúde	28
a. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem	28
4. A Ética e a Deontologia no Exercício Profissional dos Enfermeiros	34
a. Ética e Deontologia, a moral e o direito.....	34
b. Teorias Éticas.....	36
c. Princípios da Ética Biomédica	37
d. Processo de Tomada de Decisão Ética	38
e. O Código Deontológico	38
5. Autonomia profissional	43
a. Incompatibilidades do exercício da profissão.....	43
b. Intervenção disciplinar	45
6. Liderança - intervenção nas políticas públicas.....	48
a. Gestão e Liderança efectivas	49
b. Aptidões de negociação	68
c. Trabalhar com os meios de comunicação.....	73
d. Desenvolvimento de políticas	79
e. Governo e gestão	86
Referências Bibliográficas.....	90
Diplomas Legais Consultados.....	91
Anexos.....	92
Anexo A.....	A-1
Anexo B	B-1

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Princípios delineados por Styles e Affara	22
Tabela 2 – Diferenças básicas entre a Moral e o Direito	35
Tabela 3 – Espectro de diferenciação entre gestor e líder	57

Índice de Figuras

Figura 1 – Processo de Desenvolvimento e Valorização Profissional	17
Figura 2 – Transformação dos objectivos em resultados	61
Figura 3 – Ambiente das empresas	62
Figura 4 – Consistência dos objectivos	62
Figura 5 – Níveis de planeamento	63
Figura 6 – Gestão por objectivos	63
Figura 7 – Planeamento estratégico	64
Figura 8 – Matriz SWOT	64
Figura 9 – Modelo de tomada de decisões	65
Figura 10 – Redes de comunicação	75

1. Introdução

O presente manual pretende constituir-se como um referencial de suporte à regulação do exercício da profissão de enfermeiro e parteira na Guiné-Bissau, através do empoderamento das ordens socioprofissionais que teve início com a acção de formação “O papel das Ordens Socioprofissionais no Sector da Saúde”.

A existência de uma Ordem Socioprofissional que regule a profissão é para qualquer País uma mais-valia, independentemente da profissão a que se destina.

Considerando que compete às ordens socioprofissionais zelar pela função social, bem como pela dignidade e prestígio da profissão que representam, devem estas ordens promover a valorização profissional e científica dos seus membros com base na regulação da actividade exercida, que em saúde se traduz na prestação de cuidados com qualidade.

Neste sentido, a intervenção do enfermeiro e da parteira é essencial para o bem-estar e desenvolvimento da sociedade de um determinado País.

Assim, para dotar as duas ordens socioprofissionais de ferramentas que permitam a sua implementação e a regulação dos profissionais em questão no País, foram propostos os seguintes objectivos:

- Reforçar as capacidades das estruturas das duas organizações socioprofissionais do sector da saúde no exercício das suas funções;
- Melhorar as capacidades de influenciar e monitorizar as políticas públicas no sector da saúde nas suas áreas específicas de competência;
- Melhorar a capacidade de relacionamento institucional das duas organizações socioprofissionais com os seus parceiros;
- Desenvolver os conhecimentos relativos à conduta ética e deontológica dos profissionais;
- Reforçar a importância da liderança na intervenção nas políticas públicas.

Para dar cumprimento ao supramencionado, o presente manual aborda cinco grandes temáticas, essenciais para a implementação e governo das ordens socioprofissionais:

- Regulação da Profissão de Enfermagem;
- A Ética e a Deontologia no Exercício Profissional dos Enfermeiros;
- Autonomia profissional;
- O exercício da auto-regulação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem e da informação em saúde;
- Liderança – intervenção nas políticas públicas.

2. Regulação da Profissão de Enfermagem

a. As funções das organizações profissionais

i. Ordem profissional enquanto associação de direito público

Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros enquanto pessoa colectiva de direito público e associação pública profissional representativa dos que exercem a profissão de enfermeiro rege-se pela Lei nº 2/2013 de 10 de Janeiro que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais, bem como pelos seus Estatutos.

De acordo com o referido regime as associações públicas profissionais são:

As entidades públicas de estrutura associativa representativas de profissões que devam ser sujeitas, cumulativamente, ao controlo do respetivo acesso e exercício, à elaboração de normas técnicas e de princípios e regras deontológicos específicos e a um regime disciplinar autónomo, por imperativo de tutela do interesse público prosseguido. (artigo 2º da Lei nº 2/2013 de 10 de Janeiro).

Pode constituir-se uma associação pública profissional quando:

- Visar a tutela de um interesse público de especial relevo que o Estado não possa assegurar diretamente;
- For adequada, necessária e proporcional para tutelar os bens jurídicos a proteger;
- Respeitar apenas a profissões sujeitas aos requisitos [definidos no artigo 2º da referida Lei]. (nº 1 do artigo 3º da Lei nº 2/2013 de 10 de Janeiro).

Para cada profissão regulada apenas poderá existir uma associação pública profissional, podendo a mesma representar diversos profissionais com uma base comum de natureza técnica ou científica (nº 3 do artigo 3º da Lei nº 2/2013 de 10 de Janeiro).

As referidas associações são pessoas colectivas de direito público, estando sujeitas a um regime de direito público (nº 1 do artigo 4º da Lei nº 2/2013 de 10 de Janeiro).

De acordo com a mesma Lei as atribuições das associações públicas profissionais são:

- a) A defesa dos interesses gerais dos destinatários dos serviços;
- b) A representação e a defesa dos interesses gerais da profissão;
- c) A regulação do acesso e do exercício da profissão;
- d) A concessão, em exclusivo, dos títulos profissionais das profissões que representem;
- e) A concessão, quando existam, dos títulos de especialidade profissional;
- f) A atribuição, quando existam, de prémios ou títulos honoríficos;
- g) A elaboração e a atualização do registo profissional;
- h) O exercício do poder disciplinar sobre os seus membros;
- i) A prestação de serviços aos seus membros, no respeitante ao exercício profissional, designadamente em relação à informação e à formação profissional;
- j) A colaboração com as demais entidades da Administração Pública na prossecução de fins de interesse público relacionados com a profissão;
- k) A participação na elaboração da legislação que diga respeito ao acesso e exercício das respetivas profissões;
- l) A participação nos processos oficiais de acreditação e na avaliação dos cursos que dão acesso à profissão;
- m) O reconhecimento de qualificações profissionais obtidas fora do território nacional, nos termos da lei, do direito da União Europeia ou de convenção internacional;
- n) Quaisquer outras que lhes sejam cometidas por lei. (nº 1 do artigo 5).

As associações públicas profissionais não podem *“participar em atividades de natureza sindical ou que se relacionem com a regulação das relações económicas ou profissionais dos seus membros”* (nº 2 do artigo 5º da Lei nº 2/2013 de 10 de Janeiro).

As referidas associações “*não podem prosseguir atividades nem usar os seus poderes fora das suas atribuições nem dedicar os seus recursos a finalidades diversas das que lhes tenham sido legalmente cometidas*” e a sua “*a capacidade jurídica das associações públicas profissionais abrange a prática de todos os atos jurídicos, o gozo de todos os direitos e a sujeição a todas as obrigações necessárias à prossecução dos respectivos fins e atribuições*” (nº 1 e 2 do artigo 6º da Lei nº 2/2013 de 10 de Janeiro).

As associações públicas profissionais são criadas através de Lei, onde são definidos os aspectos essenciais, nomeadamente a denominação, as profissões abrangidas e os fins e atribuições, sendo que o projecto do referido diploma deve ser acompanhado de uma nota justificativa da necessidade de criação da associação pública profissional (artigo 7º da Lei nº 2/2013 de 10 de Janeiro). São criadas por tempo indefinido e só podem ser extintas, fundidas ou cindidas.

Cada associação possui os seus estatutos, aprovados por lei e devem regular, nomeadamente:

- a) Âmbito de atuação, fins e atribuições;
- b) Aquisição e perda da qualidade de membro;
- c) Estágios profissionais ou outros, previstos em lei especial, que sejam justificadamente necessários para o acesso e exercício da profissão;
- d) Número de períodos de inscrição por ano, nos casos em que esteja prevista a realização de estágio profissional ou exame;
- e) Categoria de membros;
- f) Direitos e deveres dos membros;
- g) Organização interna e competência dos órgãos;
- h) Incompatibilidades no respeitante ao exercício dos cargos associativos;
- i) Eleições e respetivo processo eleitoral;
- j) Princípios e regras deontológicos;
- k) Procedimento disciplinar e respetivas sanções;

- l) Regime económico e financeiro, em especial relativo à fixação, cobrança e repartição de quotas;
- m) Colégios de especialidades profissionais, se os houver;
- n) Regimes de incompatibilidades e de impedimentos relativos ao exercício da profissão, se os houver;
- o) Reconhecimento das qualificações profissionais obtidas fora do território nacional, nos termos da lei, do direito da União Europeia ou de convenção internacional;
- p) Provedor dos destinatários dos serviços, se o houver. (nº 1 do artigo 8º da Lei nº 2/2013, de 10 de Janeiro).

ii. A Ordem dos Enfermeiros em Portugal vs A Ordem dos Enfermeiros da Guiné-Bissau

A Ordem dos Enfermeiros, em Portugal, foi criada em 1998, sendo o seu primeiro Estatuto aprovado a 21 de Abril através do Decreto-Lei nº 104/98. No decorrer dos anos, os referidos estatutos foram sujeitos a duas alterações, aprovadas a 16 de Setembro de 2009 (Lei nº 111/2009) e a 16 de Setembro de 2015 (Lei nº 156/2015).

A Ordem dos Enfermeiros da Guiné-Bissau é relativamente recente, tendo data de criação de 13 de Maio de 2012.

A Ordem dos Enfermeiros em Portugal é:

- a. A associação pública profissional representativa dos que exercem a profissão de enfermeiro;
- b. Independente dos órgãos do Estado, sendo livre e autónoma no âmbito das suas atribuições;
- c. Uma pessoa colectiva de direito público.

A Ordem dos Enfermeiros da Guiné-Bissau é uma organização de natureza pública, representante dos formados e formandos em Enfermagem, independente dos órgãos do Estado, com autonomia administrativa e financeira no âmbito das atribuições.

Relativamente aos fins, a Ordem dos Enfermeiros em Portugal:

- Defende os interesses gerais dos destinatários dos serviços de Enfermagem;
- Representa e defende os interesses da profissão;
- Regula e supervisiona o acesso à profissão de enfermeiro e o seu exercício;
- Aprova, nos termos da lei, as normas técnicas e deontológicas respectivas;
- Zela pelo cumprimento das normas legais e regulamentares da profissão e exercer o poder disciplinar sobre os seus membros;
- Representa os enfermeiros junto dos órgãos de soberania;
- Colabora com o Estado e demais entidades públicas sempre que estejam em causa matérias relacionadas com a prossecução das atribuições da Ordem, designadamente nas acções tendentes ao acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde e aos cuidados de Enfermagem.

(números 1, 2 e 4, do artigo 3º, da Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro).

A Ordem dos Enfermeiros da Guiné-Bissau:

- Promove a defesa da classe, a qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados à população;
- Regulamenta o exercício profissional;
- Zela pela observância das regras da ética e deontologia profissional.

(número 1, do artigo 4º, da Certidão – Escritura da Associação Ordem dos enfermeiros da Guiné-Bissau)

No que respeita às suas atribuições, a Ordem dos Enfermeiros em Portugal:

- a) Zela pela função social, dignidade e prestígio da profissão de enfermeiro, promovendo a valorização profissional e científica dos seus membros;
- b) Assegura o cumprimento das regras de deontologia profissional;
- c) Contribui, através da elaboração de estudos e formulação de propostas, para a definição da política da saúde;
- d) Regula o acesso e o exercício da profissão;
- e) Define o nível de qualificação profissional e regular o exercício profissional;
- f) Acredita e credita acções de formação contínua;
- g) Regulamenta as condições de inscrição na Ordem e do reingresso ao exercício da profissão, nos termos legalmente aplicáveis;
- h) Verifica a satisfação das condições de inscrição;
- i) Atribui o título profissional de enfermeiro e de enfermeiro especialista com emissão da inerente cédula profissional;
- j) Efectua e mantém actualizado o registo de todos os enfermeiros;
- k) Protege o título e a profissão de enfermeiro, promovendo procedimento legal contra quem o use ou exerça a profissão ilegalmente;
- l) Exerce jurisdição disciplinar sobre os enfermeiros;
- m) Participa na elaboração da legislação que diga respeito à profissão de enfermeiro;

- n) Promove a solidariedade entre os seus membros;
- o) Fomenta o desenvolvimento da formação e da investigação em Enfermagem e pronuncia-se sobre os modelos de formação e a estrutura geral dos cursos de Enfermagem;
- p) Presta a colaboração científica e técnica solicitada por qualquer entidade nacional ou estrangeira, pública ou privada, quando exista interesse público;
- q) Promove o intercâmbio de ideias, experiências e conhecimentos científicos entre os seus membros e entidades congéneres, nacionais ou estrangeiros, que se dediquem às áreas da saúde e da Enfermagem;
- r) Colabora com as organizações de classe que representam os enfermeiros em matérias de interesse comum, por iniciativa própria ou por iniciativa daquelas organizações;
- s) Participa nos processos oficiais de acreditação e na avaliação dos cursos que dão acesso à profissão de enfermeiro;
- t) Reconhece as qualificações profissionais obtidas fora de Portugal, nos termos da lei, do direito da União Europeia ou de convenção internacional;
- u) Quaisquer outras que lhe sejam cometidas por lei.

(nº 3, do artigo 3º, da Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro).

Na Guiné-Bissau, a Ordem dos Enfermeiros:

- Zela pelo exercício profissional dos enfermeiros e processa quem use ou exerça a profissão de enfermagem de forma ilegal;
- Representa e defende os interesses dos enfermeiros junto dos órgãos de soberania e cooperar com o Estado e entidades públicas sempre que estejam em causa matérias inerentes à profissão da Enfermagem;
- Promove a formação e a educação continuada dos enfermeiros;
- Sanciona os profissionais em exercício da profissão que frigem o código da ética deontológico profissional da Enfermagem em observância com o presente estatuto e as leis vigentes no País;
- Promove a valorização profissional e científica dos seus membros;
- Zela pelo cumprimento das regras do código da ética e deontologia profissional da Enfermagem;
- Promove elaboração de propostas para a definição das políticas de saúde;
- Realiza registo de todos os enfermeiros que exercem a profissão no território nacional;
- Define qualificação profissional dos enfermeiros assim como regulamenta o seu exercício da profissão;
- Define o título profissional de enfermeiros e submete-o aos órgãos competentes;
- Legisla sobre exercício profissional da Enfermagem;
- Fiscaliza o exercício profissional dos enfermeiros assim como das entidades que actuam na área da Enfermagem;

- Instaura acção disciplinar aos enfermeiros que frige os princípios éticos da profissão;
- Colabora com entidade nacional, internacional, estrangeiro, pública e privada, quando exista interesse público;
- Promove o intercâmbio de ideias, científicos entre os seus membros e organismos congéneres, nacionais ou internacional, que se dediquem aos problemas da saúde pública e da Enfermagem;
- Cooperar com as entidades de classe que representam os enfermeiros.
(número 2, do artigo 4º, da Certidão – Escritura da Associação Ordem dos enfermeiros da Guiné-Bissau)

A Ordem dos Enfermeiros em Portugal exerce as suas atribuições no território nacional, possui sede em Lisboa e é constituída por secções regionais:

- Secção Regional do Norte, com sede no Porto e área de actuação correspondente aos distritos de Braga, Bragança, Porto, Viana do Castelo e Vila Real;
- Secção Regional do Centro, com sede em Coimbra e área de actuação correspondente aos distritos de Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, guarda, Leiria e Viseu;
- Secção Regional do Sul, com sede em Lisboa e área de actuação correspondente aos distritos de Beja, Évora, Faro, Lisboa, Portalegre, Santarém e Setúbal;
- Secção Regional da Região Autónoma dos Açores;
- Secção Regional da Região Autónoma da Madeira.

A nível nacional é constituída pelos seguintes órgãos:

- Assembleia Geral;
- Conselho Directivo (CD);
- Bastonário;
- Conselho Jurisdicional (CJ);
- Conselho Fiscal;
- Conselho de Enfermagem (CE);
- Colégios de Especialidades;
- Comissão de Atribuição de Títulos (CAT).

As secções regionais são constituídas pelos órgãos:

- Assembleias Regionais;
- Conselhos Directivos Regionais (CDR);
- Conselhos Jurisdicionais Regionais (CJR);
- Conselhos Fiscais Regionais;
- Conselhos de Enfermagem Regionais (CER).

Na Guiné-Bissau, a Ordem dos Enfermeiros exerce as suas atribuições no território da República da Guiné-Bissau, possui sede em Bissau e é representado por regiões sanitárias:

- Região Sanitária 1 – com sede em Bafatá;
- Região Sanitária 2 – com sede em Bubaque;

- Região Sanitária 3 – com sede em Bolama;
- Região Sanitária 4 – com sede em Quinhamel;
- Região Sanitária 5 – com sede em Canchungo;
- Região Sanitária 6 – com sede em Farim;
- Região Sanitária 7 – com sede em Gabú;
- Região Sanitária 8 – com sede em Mansoa;
- Região Sanitária 9 – com sede em Catió;
- Região Sanitária 10 – com sede em Buba;
- Sector autónomo de Bissau.

A nível nacional é constituída pelos seguintes órgãos:

- Assembleia Geral;
- Secretariado Executivo;
- Conselho Jurisdicional da Ética e da Deontologia Profissional de Enfermagem;
- Conselho Fiscal;
- Conselho Consultivo.

Os conselhos regionais são constituídos pelos órgãos:

- Assembleias Regionais;
- Secretariados Executivos Regionais;
- Conselhos de Ética e da Deontologia Profissional de Enfermagem;
- Conselhos Fiscais.

iii. As principais questões que se colocam às ordens profissionais, o caso de Portugal

Tendo em consideração as constantes mudanças políticas e económicas do País, a Ordem dos Enfermeiros depara-se diariamente com questões relacionadas com:

- A auto-regulação;
- As dotações Seguras;
- Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem;
- O zelo pela função social, dignidade e prestígio da profissão de enfermeiro;
- A acreditação dos títulos académicos;
- As questões éticas e deontológicas;
- A objecção de consciência;
- A Investigação em Enfermagem;
- O fenómeno da emigração.

b. O Papel da Regulação na Saúde

i. Inscrição na Ordem dos Enfermeiros e atribuição de títulos profissionais

De acordo com a Lei nº 2/2013 de 10 de Janeiro, o exercício da profissão representada por associação pública profissional depende de inscrição prévia enquanto membro da respectiva associação. Têm direito a inscrever-se todos os que preencham os requisitos legais para o acesso à profissão e a desejem exercer, individualmente ou em sociedade de profissionais.

Tendo em consideração o supracitado, para o exercício da profissão de enfermeiro em Portugal é necessário estar inscrito na Ordem dos Enfermeiros neste país, ser portador da cédula profissional válida através da quotização regularizada e ser titular de seguro de responsabilidade civil profissional.

Para regular a inscrição, a atribuição de títulos e a emissão de Cédula Profissional, a Ordem dos Enfermeiros possui um Regulamento próprio.

Podem inscrever-se na Ordem, para acesso à profissão de enfermeiro:

- Os detentores de cursos superiores de Enfermagem portugueses;
- Os detentores do curso de Enfermagem geral ou equivalente legal;
- Os detentores de cursos superiores de Enfermagem estrangeiros, que tenham obtido equivalência a um curso superior de Enfermagem português;
- Os profissionais nacionais de estados membros da União Europeia ou do Espaço Económico Europeu, cujas qualificações tenham sido obtidas fora de Portugal;
- Os profissionais nacionais de Estados terceiros cujas qualificações tenham sido obtidas fora de Portugal, desde que obtenham a equivalência das suas qualificações às qualificações exigidas e seja garantida a reciprocidade de tratamento.

Para inscrição na Ordem dos Enfermeiros em Portugal, o candidato pode ter que apresentar comprovativo da realização de uma prova de comunicação que contemple a avaliação da compreensão, oral e escrita, da língua portuguesa. Esta prova apenas se aplica aos:

- Detentores de cursos superiores de Enfermagem estrangeiros, que tenham obtido equivalência a um curso superior de Enfermagem português;
- Profissionais nacionais de estados membros da União Europeia ou do Espaço Económico Europeu, cujas qualificações tenham sido obtidas fora de Portugal;
- Profissionais nacionais de Estados terceiros cujas qualificações tenham sido obtidas fora de Portugal, desde que obtenham a equivalência das suas qualificações às qualificações exigidas e seja garantida a reciprocidade de tratamento.

Os requerentes devem, no mínimo, obter certificação de nível C1 do Quadro Europeu Comum de Referência para as Línguas, do Conselho da Europa, sendo que apenas são reconhecidos os seguintes diplomas:

- DAPLE – Diploma Avançado de Português Língua Estrangeira;
- DUPLÉ – Diploma Universitário de Português Língua Estrangeira.

Sempre que seja necessário e se verifiquem diferenças de ordem substancial entre os títulos de formação obtidos pelos enfermeiros estrangeiros e os obtidos em Portugal, nomeadamente estágio profissional de adaptação e a prova de aptidão, a Ordem poderá recorrer às medidas de compensação, designadamente o estágio profissional de adaptação e a prova de aptidão.

É dispensada de inscrição na Ordem dos Enfermeiros:

- Ao exercício, de forma ocasional e esporádica, em território nacional, da actividade de enfermeiro, em regime de livre prestação de serviços, por profissionais nacionais de Estados membros da União Europeia e do Espaço Económico Europeu, cujas qualificações tenham sido obtidas fora de Portugal;
- Os enfermeiros estrangeiros em processos ou cursos de formação estão dispensados de inscrição desde que, antes de iniciar a componente clínica, a instituição de ensino que os acolha envie à Ordem declaração escrita;
- Os enfermeiros estrangeiros, ainda que exercendo a sua profissão de modo ocasional ou esporádico em território nacional, ou frequentando a componente clínica ficam sujeitos às normas legais ou regulamentares sobre conduta profissional, directamente relacionadas com as suas qualificações profissionais.

A inscrição pode ser suspensa aos membros que:

- A requeiram;
- Tenham sido punidos com sanção disciplinar de suspensão;
- Se encontrem em situação de incompatibilidade superveniente com o exercício da profissão de enfermeiro;
- Se encontrem em situação de incumprimento reiterado, pelo período mínimo de 12 meses, do dever de pagamento de quotas;
- Não tenham seguro de responsabilidade civil profissional em vigor.

A quota é mensal e a falta de pagamento determina a instauração de processo de execução.

A quota referente ao mês em que é deferido o pedido de suspensão ou cancelamento da inscrição não é devida, sendo devolvidas as quotas pagas e não devidas.

A Ordem dos Enfermeiros de Portugal atribui dois títulos profissionais: o de Enfermeiro e o de Enfermeiro Especialista.

O título profissional de enfermeiro reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de Enfermagem gerais e é atribuído ao membro titular de cédula profissional válida, inscrito na Ordem como membro efectivo.

O título profissional de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de Enfermagem especializados nas áreas de especialidade em Enfermagem reconhecidas pela Ordem e é atribuído ao membro titular de cédula profissional válida, inscrito na Ordem como membro efectivo.

Actualmente, a Ordem dos Enfermeiros atribui o título de enfermeiro especialista nas seguintes áreas: Saúde Materna e Obstétrica, Saúde Infantil e Pediátrica, Saúde Mental e Psiquiátrica, Reabilitação, Médico-Cirúrgica (prevê-se que, brevemente, se passe a atribuir nas seguintes áreas de Enfermagem: à Pessoa em Situação Crítica, à Pessoa em Situação Perioperatória, à

Pessoa em Situação Paliativa e à Pessoa em Situação Crónica) e Comunitária (prevê-se que, brevemente, se passe a atribuir nas seguintes áreas de Enfermagem: Saúde Comunitária e de Saúde Pública e de Saúde Familiar).

Recentemente, foi aprovado em Assembleia Geral um novo processo de atribuição do título de enfermeiro especialista que é composto por:

- Candidatura, certificação individual de competências¹ e admissão ao Internato de Especialidade;
- Internato de Especialidade em Enfermagem;
- Certificação e atribuição do título de enfermeiro especialista.

Podem candidatar-se ao título profissional de enfermeiro especialista os enfermeiros que:

- Estejam inscritos na Ordem como membro efectivo;
- Tenham o pagamento de quotas regularizado;
- Sejam detentores do título de enfermeiro, atribuído pela Ordem há, pelo menos, quatro anos;
- Sejam detentores de curso de especialização realizado em instituição de ensino superior, na área de Enfermagem da especialidade a que se candidata, com um mínimo de 45 ECTS e cujo plano curricular tenha parecer favorável da Ordem.

¹ “Ato formal que permite reconhecer, validar e certificar o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, nos diversos domínios de intervenção, direccionado a atestar a formação, experiência ou qualificação do Enfermeiro numa área diferenciada, avançada e ou especializada, bem como a verificação de outras condições exigidas para o exercício da Enfermagem” (Regulamento de certificação individual de competências, n.º 555/2017, Artigo 2º)

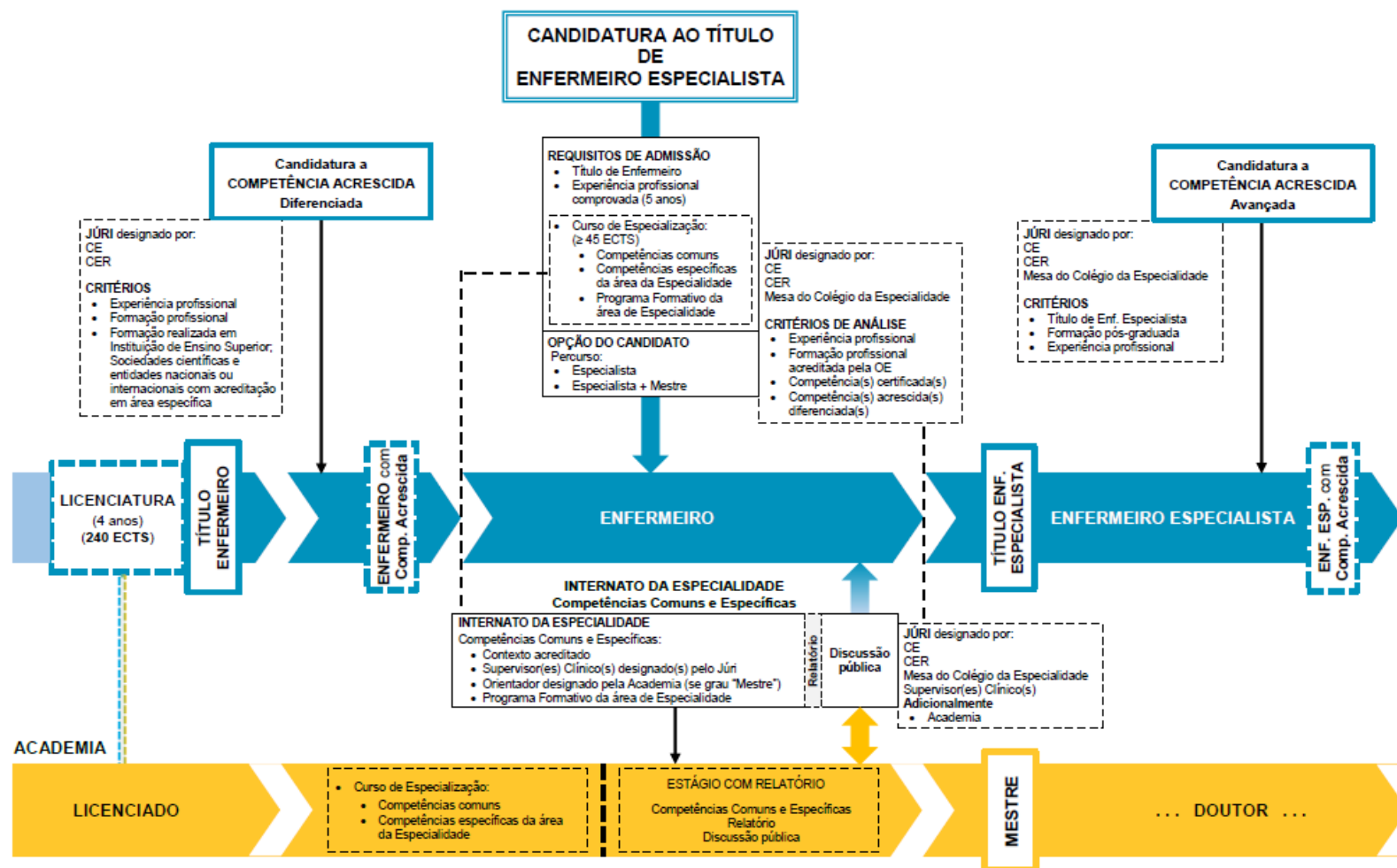


Figura 1 – Processo de Desenvolvimento e Valorização Profissional

O título de enfermeiro especialista pode ser suspenso aos membros:

- Que o requeiram;
- Por determinação da Ordem, em sede de procedimento disciplinar.

A suspensão do título de enfermeiro especialista não impede o enfermeiro de exercer a sua profissão apenas na área da sua especialidade e não determina a suspensão do título de enfermeiro nem a suspensão da sua inscrição na Ordem.

Após o deferimento dos pedidos de inscrição e/ou de atribuição do título de enfermeiro, de enfermeiro especialista ou de competências acrescidas atribuídas é emitida a cédula profissional.

A revalidação é efectuada anualmente, desde que se mantenham os pressupostos que justificaram a sua emissão, é automática desde que a quotização regularizada até ao último dia do décimo primeiro mês do ano e é isenta do pagamento.

A renovação da cédula profissional efectua-se a pedido do membro sempre que altere o nome ou pretenda incluir averbamentos na mesma.

Podem ser averbadas as habilitações conducentes a grau académico, na área de ciências da saúde ou quaisquer outros factos relevantes.

É reemitida sempre que exista perda, extravio, inutilização ou seja efectuada reinscrição após cancelamento de inscrição.

ii. Regulação profissional, Regulação laboral e Regulação em Saúde

A regulação profissional, a regulação laboral e a regulação em saúde são conceitos que se encontram interligados.

É, no entanto, importante ter em consideração alguns aspectos essenciais na definição da diferente regulamentação de suporte aos conceitos supramencionados.

Styles e Affara (*cit. in International Council of Nurses (ICN), 2012b*) identificaram um conjunto de princípios reguladores que podem orientar na elaboração da regulação profissional, laboral e em Saúde:

Princípio	Descrição	Manifestação Prática
1. Propósito	A regulamentação deve ser dirigida a um objetivo específico.	A legislação poderá especificar o que tenciona atingir. Por exemplo: A Ata tem como objetivo proteger o público através do estabelecimento e aplicação de normas da prática.
2. Relevância	A regulamentação deve ser planeada de forma a atingir o objetivo proposto.	Tendo estabelecido o objetivo, todas as autoridades e todos os poderes descritos na legislação devem apoiar o cumprimento desse objetivo. A legislação deve ser monitorizada para assegurar que se mantém actual e que reflecte a prática reguladora contemporânea.
3. Definição	As normas regulamentares devem ser baseadas em definições claras do âmbito e responsabilidade profissional	Tendo estabelecido o objetivo, todas as autoridades e todos os poderes descritos na legislação devem apoiar o cumprimento desse objetivo. A legislação deve ser monitorizada para assegurar que se mantém actual e que reflecte a prática reguladora contemporânea.
4. Unicidade Profissional	As definições e normas reguladoras devem promover ao máximo o desenvolvimento da profissão comensurada com a sua potencial contribuição social.	Enquanto os sistemas de saúde mudam e evoluem a legislação precisa de apoiar o desenvolvimento da profissão para poder ir ao encontro à sua contribuição máxima para a prestação de cuidados de saúde com qualidade e promoção do acesso a serviços. Para além de desenvolver códigos e normas de prática, os órgãos reguladores também têm que reconhecer a responsabilidade adicional que têm na participação do desenvolvimento de políticas de saúde assim como políticas relacionadas e ambientes legislativos.

Princípio	Descrição	Manifestação Prática
5. Interesses e responsabilidades múltiplas	Os sistemas reguladores devem reconhecer e incorporar, de forma adequada, papéis legítimos e responsabilidades dos interessados – público, profissão e seus membros, governo, patrões, outras profissões – nas questões de fixação de normas e de administração.	A profissão tem um papel crítico e central na regulação e deve ter um papel de liderança na governança. Porém, é importante que o desenvolvimento de normas englobe, através de aconselhamento e outras formas, os vários intervenientes e que estas contribuições sejam recebidas e tratadas de uma forma imparcial para equilibrar os vários interesses.
6. Equilíbrio da Representação	O desenho do sistema regulador deverá reconhecer e equilibrar apropriadamente os interesses interdependentes.	Filiação de conselhos de administração, comités e subcomités dos órgãos reguladores devem ser constituídos por uma representação variada dos intervenientes. A participação nestes grupos deverá ser apoiada através de uma procura robusta de forma a assegurar que a contribuição e a tomada de decisão dos membros é no melhor interesse da regulação e não do grupo de intervenientes que o nomeou.
7. Otimização	Os sistemas reguladores devem fornecer e estarem limitados aos controlos e restrições necessárias para atingir os seus objetivos.	Os reguladores devem rever os seus processos e políticas regularmente de forma a assegurar que o número mínimo de controlos existem para atingir o resultado desejado. Isto irá simplificar os processos e minimizar a burocracia ao mesmo tempo que torna os sistemas mais transparentes, eficientes e efetivos. Em alguns sistemas isto é conhecido como sendo proporcional ao nível de risco.

Princípio	Descrição	Manifestação Prática
8. Flexibilidade	Processos e normas da regulamentação devem ser suficientemente vastos para atingir os seus objetivos e, ao mesmo tempo, permitir a liberdade para a inovação, crescimento e mudança.	No ambiente de saúde dinâmico, a resposta às mudanças nas condições e nos requisitos é facilitada através de legislação e regulamentação vasta. Melhorias e invocações para a prática e normas são mais facilmente introduzidas através de normas políticas do que por legislação prescritiva.
9. Eficiência e congruência	Os sistemas reguladores devem funcionar da forma mais eficiente possível, assegurando coerência e coordenação dentro das suas partes.	Em sistemas regulamentares em desenvolvimento é necessário efectuar uma análise do impacto regulador para apoiar uma abordagem baseada no risco e acrescentar transparência à tomada de decisão.
10. Universalidade	Os sistemas reguladores devem promover normas universais de desempenho e incentivar a identidade e a mobilidade até ao máximo, compatível com as necessidades e circunstâncias locais.	Com o aumento da mobilidade dos profissionais e a mobilização dos doentes existe uma expectativa aumentada que as normas irão convergir. A publicação de normas, a comparação entre jurisdições e a partilha de boas práticas poderão ajudar a atingir a universalidade.
11. Justiça e transparência	Os processos reguladores devem fornecer tratamento honesto e justo para as partes reguladas.	Para manter a confiança pública é essencial que os processos de tomada de decisão demonstrem justiça natural (igualdade de procedimentos), sejam abertos ao escrutínio e capazes de oferecer evidência e razões claras para apoiarem as decisões tomadas. Logo, quando uma decisão pode afetar os direitos ou interesses de um enfermeiro, o enfermeiro tem direito a (a) uma audiência justa e à apresentação do seu caso, (b) a um decisor imparcial e (c) a uma decisão baseada em evidência relevante.

Princípio	Descrição	Manifestação Prática
12. Igualdade e compatibilidade interprofissional	Em sistemas reguladores de normas e processos é necessário reconhecer a igualdade e interdependência profissional.	A maioria dos cuidados de saúde são prestados por equipas de profissionais que trabalham conjuntamente com uma compreensão mútua dos seus papéis. A inclusão curricular do trabalho em equipa ou a experiência, enquanto estudante, de resolução de problemas, poderá ajudar no desenvolvimento desta abordagem.

Tabela 1 – Princípios delineados por Styles e Affara (*cit. in International Council of Nurses (ICN), 2012b*).²

Também o ICN (2012a) refere que a compreensão do desenvolvimento de políticas de saúde passa pela sua decomposição nos seguintes componentes:

- Processo de elaboração de políticas;
- Reforma política;
- Ambiente político;
- Responsáveis pela elaboração de políticas.

O processo de elaboração de políticas consiste na definição das actividades e recursos pelo governo ou sociedade.

A reforma política acontece sempre que existem mudanças nos programas e nas práticas, como por exemplo:

- A reforma de prioridades;
- A reforma de instituições/organizações;
- A reforma do financiamento;
- A reforma do ambiente regulador.

No caso do ambiente político é o local onde ocorre a elaboração de políticas.

Por último, são considerados responsáveis pela tomada de decisão na elaboração de políticas todos os intervenientes ou partes interessadas, no ambiente das políticas.

Neste âmbito, desde a sua criação, a Ordem dos Enfermeiros aprovou diversa documentação, da qual se destacam:

² Fonte: *International Council of Nurses (ICN), (2012b). Regulamentação 2020: exploração do Presente, Visão para o Futuro. Edição Portuguesa.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. pp. 46-48.

- Estatutos da Ordem dos Enfermeiros;
- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros;
- Código Deontológico do Enfermeiro;
- Regulamento Disciplinar;
- Regulamento de inscrição, atribuição de títulos e emissão de cédula profissional;
- Regulamento da Prova de Comunicação Linguística;
- Regulamento do Aconselhamento Deontológico para Efeitos de Divulgação de Informação Confidencial e Dispensa do Segredo Profissional;
- Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica;
- Regulamento Geral das Áreas de Competência Acrescida³;
- Regulamento da competência acrescida avançada em Gestão;
- Regulamento de Certificação Individual de Competências;
- Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica⁴;
- Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica;
- Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica;
- Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica: área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, paliativa, perioperatória e crónica;
- Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária: área de Enfermagem em saúde comunitária e saúde pública e área de enfermagem de saúde familiar;
- Regulamento da Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros;
- Regulamento da Acreditação e Creditação da Formação.

³ “Conhecimentos, habilidades e atitudes que permitem o exercício profissional a um nível de progressiva complexidade, nos diversos domínios de intervenção do enfermeiro e ao desenvolvimento técnico-científico da profissão, potenciando novos campos de actuação do exercício profissional autónomo”. (Regulamento Geral das Áreas de Competência Acrescida, nº 556/2017, Artigo 2º, nº1).

⁴ A Idoneidade Formativa dos contextos de Prática Clínica é o “conjunto de requisitos que cada Contexto de Prática Clínica (CPC) tem de possuir de forma a garantir o desenvolvimento de todos os processos formativos em Enfermagem, em condições adequadas de qualidade e segurança, de acordo com os itens dos requisitos do respetivo Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa (RAIF)”. (Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos da Prática Clínica, nº 558/2017, Artigo 2º, nº1).

iii. Direitos e deveres dos membros

Todos os membros de uma associação pública profissional possui direitos e deveres.

De acordo com a Lei nº 2/2013 de 10 de Janeiro são direitos dos membros das associações públicas profissionais:

- Eleger os órgãos da associação e candidatar-se às eleições, ressalvadas as inelegibilidades estabelecidas na lei e nos estatutos;
- Participar nas actividades da associação;
- Beneficiar dos serviços proporcionados pela associação, sem qualquer discriminação;
- Outros previstos na lei e nos estatutos.

No caso da Ordem dos Enfermeiros em Portugal são direitos dos seus membros:

- Exercer livremente a profissão, sem qualquer tipo de limitações, a não ser as decorrentes do código deontológico, das leis vigentes e do regulamento do exercício da enfermagem;
- Usar os títulos profissionais que lhe sejam atribuídos;
- Participar nas actividades da Ordem;
- Intervir nas assembleias gerais e regionais;
- Consultar as actas das assembleias;
- Requerer a convocação de assembleias gerais ou regionais;
- Eleger e ser eleito para os órgãos da Ordem;
- Utilizar os serviços da Ordem;
- Ser ouvido na elaboração e aplicação da legislação relativa à profissão;
- O respeito pelas suas convicções políticas, religiosas, ideológicas e filosóficas;
- Usufruir de condições de trabalho que garantam o respeito pela deontologia da profissão e pelo direito dos cidadãos a cuidados de enfermagem de qualidade;
- As condições de acesso à formação para actualização e aperfeiçoamento profissional;
- A objecção de consciência;
- A informação sobre os aspectos relacionados com o diagnóstico clínico, tratamento e bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidades ao seu cuidado;
- Beneficiar da actividade editorial da Ordem;
- Reclamar e recorrer das deliberações dos órgãos da Ordem contrárias ao disposto no presente Estatuto, nos regulamentos e na demais legislação aplicável;
- Participar na vida da Ordem, nomeadamente nos seus grupos de trabalho;
- Solicitar a intervenção da Ordem na defesa dos seus direitos e interesses profissionais, para garantia da sua dignidade e da qualidade dos serviços de enfermagem.

(números 1 e 2 , do artigo 96, da Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro)

Na Ordem dos Enfermeiros da Guiné-Bissau são direitos dos membros:

- Exercer livremente a profissão da Enfermagem, sem qualquer tipo de limitações a não ser as decorrentes do código da ética e deontológico de Enfermagem, das leis vigentes, do regulamento do exercício da Enfermagem e o estatuto;
- Usar o título profissional que lhe foi atribuído pelo OEGB em consonância com a sua formação;
- Participar nas actividades da OEGB;
- Intervir e participar nas assembleias gerais ou regionais com poderes de votos;
- Consultar as actas das assembleias sempre que precisarem;
- Requerer a convocação de assembleias gerais ou regionais; Eleger e ser eleito para os órgãos sociais da OEGB;
- Utilizar os serviços da OEGB;
- Ser ouvido na elaboração e aplicação da legislação referente à profissão da Enfermagem;
- O respeito pelas suas convicções políticas, religiosas, ideológicas;
- Usufruir de condições de trabalho que garantam o respeito pela deontologia da profissão e pelo direito do paciente a cuidados de Enfermagem de qualidade e humanizado;
- Acesso à formação para actualização e aperfeiçoamento profissional;
- A informação sobre os aspectos relacionados com o diagnóstico clínico, tratamento e bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidades ao seu cuidado;
- Beneficiar da actividade editorial da OEGB;
- Reclamar e recorrer das deliberações dos órgãos da OEGB contrárias ao disposto no Estatuto, regulamentos e demais legislação aplicável;
- Solicitar a intervenção da OEGB na defesa dos seus direitos e interesses profissionais, para garantia da sua dignidade e da qualidade dos serviços de Enfermagem.

(artigo 5º, da Certidão – Escritura da Associação Ordem dos enfermeiros da Guiné-Bissau)

A Lei nº 2/2013 de 10 de Janeiro define como deveres dos membros das associações públicas profissionais:

- Participar na vida da associação;
- Pagar as quotas;
- Contribuir para o prestígio da associação;
- Os demais deveres legais e estatutários.

Em Portugal, os membros da Ordem dos Enfermeiros têm os seguintes deveres:

- Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população,

adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de Enfermagem;

- Cumprir e zelar pelo cumprimento da legislação referente ao exercício da profissão;
- Guardar e zelar pelos registos de Enfermagem realizados no âmbito do exercício profissional liberal, pelo período de cinco anos;
- O cumprimento das convenções e recomendações internacionais que lhes sejam aplicáveis e que tenham sido, respectivamente, ratificadas ou adoptadas pelos órgãos de soberania competentes;
- Exercer os cargos para que tenham sido eleitos ou nomeados e cumprir os respectivos mandatos;
- Colaborar em todas as iniciativas que sejam de interesse e prestígio para a profissão;
- Contribuir para a dignificação da profissão;
- Participar e colaborar na prossecução das finalidades da Ordem;
- Cumprir as obrigações emergentes do presente Estatuto, do código deontológico e demais legislação aplicável;
- Comunicar os factos de que tenham conhecimento e possam comprometer a dignidade da profissão ou a saúde dos indivíduos ou sejam susceptíveis de violar as normas legais do exercício da profissão;
- Comunicar o extravio da cédula profissional, no prazo de cinco dias úteis;
- Comunicar a mudança e o novo endereço do domicílio profissional e da residência habitual, no prazo de 30 dias úteis;
- Pagar a quotização mensal e as taxas em vigor;
- Frequentar acções de qualificação profissional, a promover pela Ordem ou por esta reconhecidas, nos termos a fixar em regulamento de qualificação.

(número 1, do artigo 97º, da Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro)

No caso da Guiné-Bissau, os membros da Ordem dos Enfermeiros têm o dever de:

- Exercer a profissão com a competência, conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de Enfermagem;
- Cumprir e zelar pelo cumprimento da legislação referente ao exercício da profissão de Enfermagem;
- O cumprimento das convenções e recomendações internacionais que lhes sejam aplicáveis e que tenham sido, respectivamente, ratificadas ou adoptadas pelos órgãos de soberania competentes;
- Exercer os cargos para que tenham sido eleitos ou nomeados com honestidade e cumprir os respectivos mandatos;
- Colaborar em todas as iniciativas que sejam de interesse e prestígio para a profissão da Enfermagem;

- Contribuir para a dignificação da profissão da Enfermagem;
- Cumprir as obrigações emergentes do Estatuto, do código da ética e deontológico e demais legislação vigente;
- Comunicar os factos de que tenham conhecimento e que possam comprometer a dignidade da profissão ou a saúde dos indivíduos;
- Comunicar o extravio da cédula profissional no prazo de 10 dias úteis;
- Comunicar a sua transferência da região ou área sanitária e o novo endereço no prazo de 15 dias úteis;
- Pagar as quotas e taxas em vigor.

(artigo 6º, da Certidão – Escritura da Associação Ordem dos enfermeiros da Guiné-Bissau)

3. O exercício da auto-regulação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem e da informação em saúde

a. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

A necessidade de implementar sistemas de Qualidade em Saúde é formalmente assumida por diversas organizações, nomeadamente:

- Organização Mundial da Saúde;
- Conselho Internacional de Enfermeiros;
- Departamento da Qualidade na Saúde;
- Instituto Português da Qualidade.

A existência de qualidade é um dos garantes do exercício profissional dos enfermeiros, permitindo uma melhoria contínua da prestação dos cuidados de Enfermagem.

Neste sentido, também a Ordem dos Enfermeiros em Portugal possui um papel importante nesta área, uma vez que:

- O seu desígnio fundamental é “a defesa dos interesses gerais dos destinatários dos serviços de enfermagem e a representação e defesa dos interesses da profissão” (nº 1 do artigo 3º da Ordem dos Enfermeiros);
- Uma das competências do Conselho de Enfermagem é definir padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem;
- Uma das competências dos Conselhos de Enfermagem Regionais é zelar pela observância dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e pela qualidade do exercício profissional dos enfermeiros;
- Uma das competências dos Colégios de Especialidades é definir Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem especializados e zelar pela sua observância no exercício profissional.

Também às instituições de saúde compete adequar os recursos e criar as estruturas que obviem o exercício profissional de qualidade, bem como desenvolver esforços para proporcionar um ambiente favorável ao desenvolvimento profissional dos enfermeiros.

Com a definição dos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem pretende-se:

- Enquadrar a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros na qualidade em saúde;
- Constituir um instrumento útil para os enfermeiros e instituições de saúde no sentido de prosseguirem na busca da excelência do exercício;

- Obter consensos - envolvimento de um grande número de enfermeiros (dos Órgãos Estatutários e membros das várias Secções Regionais).

No caso dos enfermeiros portugueses, estes dispõem de um Quadro de Referência assente nos seguintes pilares:

- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE);
- Código Deontológico do Enfermeiro;
- Padrões de Qualidade: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos;
- Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais;
- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista;
- Tomadas de posição e pareceres da OE;
- Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem:
 - Reabilitação;
 - Comunitária e Saúde Pública;
 - Saúde Mental;
 - Pessoal em Situação Crítica;
 - Saúde da Criança e do Jovem;
 - Saúde Materna e Obstétrica;
 - Saúde Familiar.
- Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde (2007).

Partindo de um enquadramento conceptual evoluímos para a construção de uma base de trabalho da qual emergem os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Neste enquadramento conceptual devem ser tidos em consideração quatro dimensões:

- A saúde:
É um estado e, simultaneamente, a representação mental sobre a condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual.
- A pessoa:
É um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual. É um Ser único, com dignidade própria e direito a auto determinar-se.
- O ambiente:
O ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por diferentes elementos: humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais. Estes

elementos influenciam os estilos de vida e que consequentemente se reflectem no conceito de saúde.

- Os cuidados de Enfermagem:

O exercício profissional da Enfermagem centra-se na relação interpessoal, compreendendo e respeitando os outros numa perspectiva multicultural e sem juízos de valor.

Deve existir uma parceria de cuidados de Enfermagem com o cliente, respeitando as suas capacidades e valorizando o seu papel. Esta relação ajuda o cliente a ser proactivo na aquisição do seu projecto de saúde.

O exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de actuação multiprofissional, distinguindo-se assim dois tipos de intervenções na área da Enfermagem:

- As iniciadas por outros técnicos da equipa (intervenções interdependentes), sendo da responsabilidade do enfermeiro a sua implementação;
- As iniciadas pela prescrição do enfermeiro (intervenções autónomas), sendo da responsabilidade do enfermeiro a prescrição e a implementação.

No que respeita aos enunciados descritivos, importa referir que:

- Explicitam a natureza e englobam os diferentes aspectos do mandato social da profissão;
- São um instrumento que precisa o papel do enfermeiro junto dos clientes/utentes/doentes, dos outros profissionais, do público e dos políticos;
- Devem ser do conhecimento de todos os clientes/utentes/doentes, quer ao nível dos resultados mínimos aceitáveis quer ao nível dos melhores resultados que é aceitável esperar.

No caso de Portugal, estão definidos os seguintes enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros:

- A satisfação do cliente;
- A promoção da saúde;
- A prevenção das complicações;
- O bem-estar e o autocuidado;
- A readaptação funcional;
- A organização dos Cuidados de Enfermagem.

No que respeita à **satisfação do cliente**, o enfermeiro procura os mais elevados níveis de satisfação dos clientes/utentes/doentes.

Devem ser tidos em consideração os seguintes elementos para a satisfação dos clientes/utentes/doentes:

- O respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente;
- A procura constante da empatia nas interações com o cliente;
- O estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados;
- O envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados;
- O empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde. (Ordem dos Enfermeiros, 2012: 14).

Relativamente à **promoção da saúde**, o enfermeiro auxilia os clientes/utentes/doentes a alcançarem o máximo potencial de saúde.

São elementos importantes a considerar para este enunciado descritivo:

- A identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade;
- A criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados;
- A promoção do potencial de saúde do cliente através da optimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento;
- O fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente. (Ordem dos Enfermeiros, 2012: 14-15).

A **prevenção de complicações** para a saúde dos clientes/utentes/doentes é um dos objectivos da intervenção do enfermeiro.

Devem ser tidos em consideração, entre outros, os seguintes elementos:

- A identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis;
- A prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas potenciais identificados;
- O rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem;

- A referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde;
- A supervisão das actividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro;
- A responsabilização do enfermeiro pelas decisões que toma, pelos actos que pratica e que delega. (Ordem dos Enfermeiros, 2012: 15-16).

Relativamente ao **bem-estar e autocuidado**, o enfermeiro maximiza o bem-estar dos clientes/utentes/doentes, sendo elementos importantes:

- A identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem conhecimento e está preparado para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e suplementar/complementar actividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente;
- A prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas identificados;
- O rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem;
- A referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo dos cuidados de saúde;
- A supervisão das actividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro;
- A responsabilização do enfermeiro pelas decisões que toma, pelos actos que pratica e pelos que delega. (Ordem dos Enfermeiros, 2012: 16-17).

Na **readaptação funcional** existe um trabalho conjunto entre o enfermeiro e o cliente para o desenvolvimento de processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde.

São elementos importantes para este enunciado descritivo:

- A continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem;
- O planeamento da alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade;
- O máximo aproveitamento dos diferentes recursos da comunidade;
- A optimização das capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito;
- O ensino, a instrução e o treino do cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional. (Ordem dos Enfermeiros, 2012: 17).

Por último, na **organização dos cuidados de Enfermagem** o enfermeiro contribui para a eficácia dos cuidados de enfermagem na sua organização.

São tidos em consideração os seguintes elementos:

- A existência de um quadro de referências para o exercício profissional de Enfermagem;
- A existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros;
- A existência de um sistema de registos de Enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de Enfermagem do cliente, as intervenções de Enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de Enfermagem obtidos pelo cliente;
- A satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional;
- O número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de Enfermagem;
- A existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade;
- A utilização de metodologias de organização dos cuidados de Enfermagem promotoras da qualidade. (Ordem dos Enfermeiros, 2012: 18).

Também a melhoria contínua da qualidade é um processo importante. A qualidade tem de ser definida à luz das normas técnicas dos prestadores e das expectativas dos clientes/utentes/doentes. É centrada no cliente e orientada para o processo alcançada pela reflexão cuidadosa acerca de todas as sequências de acontecimentos relacionados com a prestação de cuidados.

4. A Ética e a Deontologia no Exercício Profissional dos Enfermeiros

a. Ética e Deontologia, a Moral e o Direito

O enfermeiro tem a capacidade de agir segundo uma consciência ética e de tomar decisões concretas, numa atitude íntegra, ampla visão e discernimento esclarecido estando de acordo com a ética, a moral, a deontologia respeitando as restrições impostas pela lei.

A capacidade de agir/decidir do enfermeiro deve ter em consideração:

- Ética/Deontologia;
- Moral;
- Direito.

A **ética** é considerada um dos ramos da filosofia e tem origem grega.

Existem diversas definições para a ética e Saul Santos (2008) apresenta-nos algumas delas:

“Estudo dos argumentos e teorias acerca de quais as acções que estão bem (ou mal) e quais os estados das coisas que estão bem (ou mal).” (Santos, 2008)

“A Ética tem por objectivo facilitar a realização das pessoas. Que o ser humano chegue a realizar-se a si mesmo como tal, isto é, como pessoas. (...) A Ética ocupa-se e pretende a perfeição do ser humano.” (Clotet, 1986 cit. in Santos, 2008)

“A ética pode ser um conjunto de regras, princípios ou maneiras de pensar que guiam, ou chamam a si a autoridade de guiar, as acções de um grupo em particular /moralidade), ou é o estudo sistemático da argumentação sobre como nós devemos agir (filosofia moral)”. (Singer, 1994 cit. in Santos, 2008).

A Ética possui um carácter moral, é um conjunto de hábitos e acções que visam o bem comum de determinada comunidade. É uma ontologia universal, uma lógica e uma antropologia – é uma definição do ser tal como ele é.

A questão central da ética é o conflito.

Existe um estado imune ao conflito entre os indivíduos?
Porque temos normas, costumes, princípios?
Como seria a vida sem ordem, disciplina ou leis?
Como devemos fazer para saber o que fazer ou não fazer?
Para viver, sobreviver, coexistir?

A **deontologia** é um conjunto de princípios e regras de conduta (os deveres) inerentes a uma determinada profissão (ética aplicada). Possui um carácter normativo e universal e tem como principal objectivo a excelência profissional. Proporciona, ainda, orientações relativas à acção profissional.

A **moral** tem origem no latim e de acordo com Santos (2008) *“é o conjunto das normas para o agir específico ou concreto. A Moral está contida nos códigos, que tendem a regulamentar o agir das pessoas”*.

Para Piaget (1935 cit. in Santos, 2008) *“toda Moral é um sistema de regras e a essência de toda a moralidade consiste no respeito que o indivíduo sente por tais regras”*.

A moral possui uma conotação social. É um valor social estabelecido pela sociedade. Estabelece regras que são assumidas pela pessoa, como uma forma de garantir o seu bem-viver. A moral garante uma identidade entre pessoas que nem sequer se conhecem, mas que utilizam este mesmo referencial moral comum.

Em suma, a moral *“é o conjunto das normas para o agir específico ou concreto e está contida nos códigos que tendem a regulamentar o agir”*. (Santos, 2008).

O **direito** é um sistema ou conjunto de normas jurídicas de um País que visa determinar a conduta dos sujeitos ao qual estão sob a sua jurisdição.

Abraham Lincoln (cit. in Santos, 2008) afirma que *“não se esqueça que o que é justo do ponto de vista legal pode não sê-lo do ponto de vista moral”*.

A moral e o direito baseiam-se em regras que estabelecem uma previsão para as acções humanas.

Na tabela que se segue pode verificar as diferenças entre a Moral e o Direito.

REGRA MORAL	REGRA LEGAL
Baseia-se em convicções próprias	Aplicação compulsória
Abrangência universal	Validade restrita ao Estado
Longo prazo	Curto prazo
Ideal	Prática

Tabela 2 – Diferenças básicas entre a Moral e o Direito.⁵

⁵ Fonte: Santos, S. (2008). *Sebenta de Bioética*. Évora: Universidade de Évora – departamento de Medicina Veterinária. p. 13.

b. Teorias Éticas

Existem diversas teorias relativas à ética. No entanto, apenas serão abordadas as seguintes teorias:

- Teoria das Virtudes (Aristóteles);
- Teoria Utilitarista (John Stuart Mill);
- Teoria da Ética Deontológica (Immanuel Kant);
- Teoria da Justiça Distributiva (John Rawls).

Teoria das Virtudes

“Em que consiste o bem para o homem?”
“Uma actividade da alma em conformidade com a virtude.”

Esta teoria valoriza a virtude. A virtude é um traço de carácter manifestado no agir habitual, é um agir que é emanado de um carácter firme e inabalável, como por exemplo benevolência, compaixão, coragem, equidade, afabilidade, generosidade, honestidade, justiça, lealdade, tolerância (...).

Teoria Utilitarista

Tem como critério de avaliação dos actos, os seus efeitos, deve-se procurar qual a finalidade intrínseca da acção para se avaliar a sua qualidade ética.

A perspectiva utilitarista é visível nas decisões que têm por base a análise custo-benefício, sendo o comportamento eticamente correcto se o número de benefícios causados for superior aos custos originados por esse comportamento.

Teoria da Ética Deontológica

Valoriza o conceito de dever e só depois o conceito do bem e as consequências da acção. Significa que os juízos da acção humana avaliam-se em função do seu princípio implícito independentemente dos seus efeitos.

Nesta teoria, Kant assume como inaceitável o homem ser um meio, mas sim um fim em si mesmo, reconhecendo direitos universais, como a liberdade.

Teoria da Justiça Distributiva

Esta teoria procura ser uma resposta às desigualdades, injustiças. Deve ser usada por base para uma distribuição equitativa de responsabilidades e benefícios. Norteia as funções distributivas

tendo como objectivo compensar ou superar as desigualdades individuais existentes, consideradas socialmente injustas e evitáveis.

c. Princípios da Ética Biomédica e da Bioética

No que respeita aos princípios da Ética Biomédica e da Bioética existem alguns que são comuns às duas áreas e outros que são aplicados a apenas uma das áreas.

Neste sentido, iremos iniciar a nossa abordagem pelos princípios comuns às duas áreas:

- De respeito pela autonomia: Capacidade que a pessoa tem de se auto determinar, como por exemplo capacidade de tomar decisões próprias e de promover condições que favoreçam o exercício da decisão autónoma;
- Da não maleficência: determina o não infligir de qualquer mal. A aplicação deste pode conduzir ao chamado Princípio do “Duplo Efeito” (efeito bom e efeito mau).
- Da justiça: Impõe que todas as pessoas sejam tratadas de igual modo, não obstante as suas diferenças.

No que respeita aos princípios da Ética Biomédica, referimos o princípio:

- Da vulnerabilidade: Algumas pessoas pela sua condição estão particularmente frágeis ao ponto da sua integridade física ou psicológica estar ameaçada, ou seja, apresentam uma capacidade inferior de suportar as relações com o mundo natural e com os outros seres humanos, pelo que é eticamente aceitável uma discriminação positiva em favor dos mais fracos, ou seja dos mais vulneráveis;
- Da beneficência: Estabelece que devemos fazer o bem aos outros, independentemente de desejá-lo ou não.

Para além dos princípios anteriormente enunciados, existem diversos modelos teóricos em Bioética, nomeadamente:

- Principalista: baseia-se em quatro dos princípios anteriormente identificados – beneficência; não maleficência; justiça e autonomia;
- Autonomista: tem em consideração os direitos e a propriedade do indivíduo;
- Da virtude: é um traço de carácter que é socialmente reconhecido;
- Casuístico: “estabelecimento de casos paradigmáticos a partir dos quais são feitas analogias e comparações com novos casos que se apresentam” (Santos, 2008: 29);
- Do Cuidado: permite identificar inúmeras características diferenciadoras;
- Contemporâneo do Direito Natural: “proposta de abordagem dentro da Teoria Ética baseada em direitos das pessoas. Baseia-se na existência de bens fundamentais e finais, sem uma organização hierárquica, que são os seguintes: conhecimento, vida estética, vida lúdica, razão prática, religiosidade e amizade”. (Santos, 2008: 32)
- Relação Médico-Doente: propõe uma reflexão sobre a forma de relacionamento existente entre o médico e o paciente;

- **Personalista:** propõe uma reflexão relativamente ao papel do "outro" numa tomada de decisão e estabelece regras para que um processo de troca de informação decorra de forma adequada;
- **Bioética e complexidade:** *"propõe uma reflexão integrada dos pensamentos: dialéctico e analítico. A abordagem analítica de um problema, dilema, conflito ou desconforto ético, engloba os factos, as suas circunstâncias, a formulação de diferentes alternativas ou cenários, com as suas respectivas consequências possíveis"*. (Santos, 2008: 36)

d. Processo de Tomada de Decisão Ética

Os dilemas éticos surgem no dia-a-dia dos enfermeiros, consequência dos cuidados de Enfermagem. Este processo é elaborado mentalmente requerendo um espírito crítico e reflexivo associado a experiência clínica e ainda ao pensamento ético fundamentado.

No processo de tomada de decisão ética existem alguns aspectos a ter em consideração, nomeadamente:

- Identificação do problema;
- Quais as decisões que têm de ser feitas (ter em consideração a questão temporal);
- Assegurar-se dos aspectos técnico-científicos;
- Ter como referência o código deontológico, os princípios éticos e as teorias éticas;
- Considerar os aspectos jurídicos (a lei exprime uma obrigação cuja sociedade normalizou como consenso);
- Ter em conta as determinações verbalizadas pelo utente/família;
- Ter em conta o contexto da situação;
- Ter em conta a qualidade de vida (se assim se justificar);
- Quais as alternativas possíveis;
- Testar as possíveis resoluções:
 - Consequências da acção (Perspectiva utilitarista);
 - Direitos subjectivos de cada um (perspectiva liberal);
 - Respeito à pessoa (perspectiva Kantiana);
 - Ponderação custo-eficácia (perspectiva de Rawls);
 - Carácter/atitude/virtude (perspectiva Aristotélica);
- Realizar a escolha;
- Viver a partir da escolha e aprender com ela.

e. O Código Deontológico

O Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros em Portugal foi publicado em 1998 em anexo ao Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, tendo sido republicado pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro e pela Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro.

É através do Código Deontológico que os princípios da ética profissional se materializam sob a forma de compromisso de onde decorrem obrigações e deveres.

É neste código que se expressam os deveres que quando violados podem ocorrer em infracção disciplinar.

O referido código encontra-se integrado no capítulo VI do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e é constituído por 19 artigos:

- Artigo 95º - Disposição geral;
- Artigo 96º - Direitos dos membros;
- Artigo 97º - Deveres em geral;
- Artigo 98º - Incompatibilidades e impedimentos;
- Artigo 99º - Princípios gerais;
- Artigo 100º - Dos deveres deontológicos em geral;
- Artigo 101º - Do dever para com a comunidade;
- Artigo 102º - Dos valores humanos;
- Artigo 103º - Dos direitos à vida e à qualidade de vida;
- Artigo 104º - Do direito ao cuidado;
- Artigo 105º - Do dever de informação;
- Artigo 106º - Do dever de sigilo;
- Artigo 107º - do respeito pela intimidade;
- Artigo 108º - Do respeito pela pessoa em situação em fim de vida;
- Artigo 109º - Da excelência do exercício;
- Artigo 110º - Da humanização dos cuidados;
- Artigo 111º - Dos deveres para com a profissão;
- Artigo 112º - Dos deveres para com outras profissões;
- Artigo 113º - Da objecção de consciência.

O artigo 99º “princípios gerais” é considerado o “artigo ético” pois expressa os princípios gerais à luz dos quais se evidenciam valores, se enunciam os princípios orientadores e se desdobram os deveres.

As intervenções de Enfermagem são sempre realizadas com a preocupação da defesa liberdade e da dignidade, tanto da pessoa humana como do enfermeiro.

São considerados valores universais a observar na relação profissional:

- A igualdade;
- A liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum;
- A verdade e a justiça;
- O altruísmo e a solidariedade;
- A competência e o aperfeiçoamento profissional.

Enquanto princípios orientadores das actividades dos enfermeiros são definidos no código deontológico:

- A Responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade;
- O respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados;
- A excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais.

É também importante referir que o enfermeiro tem o dever, entre outros, de:

- Observar os valores humanos e proteger os direitos;
- Respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa;
- Cuidar com excelência e assegurar a continuidade dos cuidados;
- Informar;
- Sigilo;
- Proteger a intimidade dos seus clientes/utentes/doentes;
- Acompanhamento do doente terminal.

Casos Práticos

- Caso 1 – Afirmação não tem idade⁶

A D. Fernanda, de 82 anos, viúva, encontra-se internada num serviço de medicina hospitalar. Na tarde do internamento, refere à enfermeira responsável que tem amigos, família numerosa e três filhos, mas que só pretende receber visitas da filha Maria. Mais conta que os filhos rejeitaram o seu segundo marido (de quem já enviuvou) e que a filha não. Sempre se tinham dado bem uma com a outra. Por isso, informa que não quer receber nenhum dos filhos.

Perante tal informação, e algo hesitante sobre o que fazer, a enfermeira Ana convida a doente a assinar uma declaração, manifestando por escrito esta vontade, de forma a não vir a ter problemas por impedir a entrada dos dois filhos.

No dia seguinte, um dos filhos comparece no serviço dizendo que deverá ser ele o único a visitar a mãe. Previamente esclarecida sobre a situação, a chefia informa que a D. Fernanda não o pretende receber. O filho faz queixa e a situação segue para apreciação da Comissão de Humanização. Junto com a informação da chefe, segue a declaração escrita da vontade expressa da D. Fernanda.

- **Questões emergentes:**
 - Qual o valor da declaração, expressa por escrito, da D. Fernanda, sobretudo atendendo ao facto de ter 82 anos? E se apenas expressa verbalmente (e não colocada por escrito)?

⁶ Fonte: Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves R. (Coord.). (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. pp. 281-284.

- Pode o filho decidir sobre as visitas da mãe?

- **Conclusão:**

Face ao exposto, concluímos o que se segue:

O que tem valor é a expressão da vontade actual e concreta da pessoa que se encontra capaz, e é competente para decidir que visitas pretende receber, aquando do seu internamento. A idade avançada não constitui critério para a pessoa ser substituída na autonomia. A vontade da doente expressamente manifestada, por escrito e *com competência*, deverá ser respeitada. Porque a relação terapêutica, promovida no âmbito do exercício profissional da Enfermagem, se caracteriza pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades, a vontade do doente, expressamente manifestada e *com competência*, ainda que somente verbalizada, deverá ser respeitada.

- **Caso 2 – Final Feliz⁷**

Uma parturiente, de 24 anos, deu entrada numa maternidade em trabalho de parto, onde permaneceu cerca de 18 horas. A dilatação não progredia. Foi feita a monitorização cardíaca fetal que registou ritmo irregular e frequência de 65 batimentos por minuto, sem qualquer melhora com o uso de medidas conservadoras.

A apresentação é vértex com 3 cm de dilatação cervical. O seu médico assistente explica-lhe que será necessário realizar uma cesariana, atendendo ao sofrimento fetal. A senhora recusa a proposta dizendo que cesariana não.

Quando a parturiente entra, é-lhe explicado que irá para a sala de dilatação, que irá ser ligada a um aparelho, o cardiotocógrafo, que permitirá, através da análise do seu registo, ir avaliando o bem-estar fetal, através da resposta dos batimentos cardíofetais às contracções uterinas. É-lhe também explicado que serão feitas avaliações materno-fetais através de toque vaginal para verificação da dilatação e do tipo de colo, da apresentação fetal, características do líquido amniótico, entre outras. Também lhe é explicado que se houver suspeita de sofrimento fetal ou de alguma incompatibilidade, poderá ser necessário optar por cesariana. A parturiente foi informada de que poderá solicitar todos os esclarecimentos que julgar necessários.

Ao fim de 18 horas, a parturiente apresenta apenas três centímetros de dilatação e o feto dá sinais de sofrimento fetal (bradicardia de 65 b/m, ritmo irregular sem melhoria após medidas conservadoras). É decidida a cesariana. A parturiente é informada, mas recusa.

- **Questões emergentes:**

Estamos face a uma parturiente que, após ter sido detectado sofrimento fetal, sem melhoria após várias tentativas conservadoras, se recusa a fazer cesariana, apesar da vida do feto estar em risco.

⁷ Fonte: Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves R. (Coord.). (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. pp. 333-338.

- A parturiente pode recusar fazer uma cesariana quando o seu feto se encontra em sofrimento? A parturiente terá sido devidamente informada e esclarecida?
- Os direitos do feto não se sobrepõem à decisão materna?

- **Conclusão:**

A parturiente pode recusar fazer uma cesariana quando o seu feto se encontra em sofrimento, não obstante ter sido devidamente informada e esclarecida.

Se mantiver a recusa, a situação pode ser colocada ao Tribunal e solicitado o suprimimento do consentimento em falta.

5. Autonomia Profissional

a. Incompatibilidades do Exercício da Profissão

Os estatutos podem prever regras relativas a incompatibilidades e impedimentos no exercício da profissão, desde que respeitem o disposto na presente lei e se mostrem proporcionais ao objectivo de garantir a independência, imparcialidade e integridade da profissão e, caso se justifique, o segredo profissional. (Artigo 31º da Lei nº 2/2013, de 10 de Janeiro).

De acordo com os estatutos da Ordem dos Enfermeiros, compete aos Conselho Jurisdicional elaborar os pareceres que lhe sejam solicitados pelo Bastonário sobre o exercício profissional e deontológico.

O mesmo estatuto define incompatibilidades do exercício da profissão de enfermeiro com a titularidade dos cargos e o exercício das seguintes actividades:

- Delegado de informação médica e de comercialização de produtos médicos ou sócio ou gerente de empresa com essa actividade;
- Farmacêutico, técnico de farmácia ou proprietário, sócio ou gerente de empresa proprietária de farmácia;
- Proprietário, sócio ou gerente de empresa proprietária de laboratório de análises clínicas, de preparação de produtos farmacêuticos ou de equipamentos técnico-sanitários;
- Proprietário, sócio ou gerente de empresa proprietária de agência funerária;
- Quaisquer outras que, por lei, sejam consideradas incompatíveis com o exercício da enfermagem.

É ainda incompatível com a titularidade de membro dos órgãos da Ordem o exercício de:

- Quaisquer funções dirigentes na Administração Pública;
- Cargos dirigentes em sindicatos ou associações de Enfermagem;
- Qualquer outra função relativamente à qual se verifique manifesto conflito de interesses.

Exceptuam-se a incompatível com a titularidade de membro dos órgãos da Ordem cargos de gestão e direcção de Enfermagem e os cargos dirigentes em instituições de ensino superior.

Devem os membros da Ordem requerer a suspensão da inscrição sempre que fiquem em situação de incompatibilidade ou de impedimento.

Para além do estatuído, o Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros em Portugal já emitiu pareceres relativamente às incompatibilidades do exercício da profissão de enfermeiro com outros cargos e o exercício de outras actividades.

Neste sentido, não foi considerado incompatível o exercício cumulativo da profissão de enfermeiros com as seguintes actividades:

- Proprietário de um estabelecimento que se dedique à venda de bens alimentares e/ou nutricionais;
- Bolseiro de investigação, no entanto existem restrições no respectivo Estatuto;
- Solicitador;
- Cargo de gerente de uma exploração agrícola;
- Qualidade de sócio-gerente de uma empresa que tem como objecto social o fornecimento de serviços de saúde;
- Instrumentista numa companhia multinacional na área da ortopedia;
- Técnico de assistente de autópsia;
- Mesoterapia;
- Formador em conteúdos programáticos da área da Enfermagem.

Não foi considerado incompatível nos termos da lei, mas foi desaprovado em termos éticos o exercício cumulativo da profissão de enfermeiros com as seguintes actividades:

- Psicólogo;
- Nutricionista;
- No âmbito das Medicinas não Convencionais ou Alternativas;
- Homeopatia;
- Acupunctura;
- Médico Dentista;
- Prossecução da actividade de dermocosmética;
- Doula;
- Prática da Terapia de Reiki;
- Advogado;
- Fisioterapeuta;
- Comercialização de sabonetes;
- Mediador de seguros.

É incompatível o exercício cumulativo com as seguintes actividades:

- Proprietário de agência funerária;
- Apresentação de um produto comercializado por um único laboratório; Proprietário de farmácia;
- Prossecução de actividades numa parafarmácia;

- Comercialização de produtos da empresa Herbalife;
- Proprietário de centro de Enfermagem cujo objecto compreenda a comercialização de produtos médicos;
- Distribuição dos produtos “4life” e venda de produtos naturais e demais produtos comercializados ao balcão das lojas da cadeia “Bioforma”.

b. Intervenção disciplinar

Relativamente à intervenção disciplinar das associações públicas profissionais, a Lei nº 2/2013 define que estas associações:

exercem, nos termos dos respetivos estatutos e com respeito, nomeadamente, pelos direitos de audiência e defesa, o poder disciplinar sobre os seus membros, (...), bem como sobre os profissionais em livre prestação de serviços, na medida em que os princípios e regras deontológicos lhes sejam aplicáveis, (...) (nº1 do artigo 18º).

Segundo a mesma Lei, os factos alvo de infracção disciplinar bem como as respectivas sanções disciplinares são definidos nos estatutos da respectiva associação pública profissional.

De salientar que as sanções disciplinares de suspensão e de expulsão se aplicam apenas às sanções graves e muito graves.

A sanção disciplinar de expulsão é aplicável quando, (...), a infracção disciplinar tenha posto em causa a vida, a integridade física das pessoas ou seja gravemente lesiva da honra ou do património alheios ou de valores equivalentes, sem prejuízo do direito à reabilitação, nos termos dos respetivos estatutos. (nº 6, artigo 18º, Lei nº 2/2013 de 10 Janeiro).

A denúncia de factos susceptíveis de constituir infracção disciplinar ao órgão da associação pública profissional com competência pode ser efectuada pelo(s)/por:

- Órgãos de governo da associação;
- Provedor dos destinatários dos serviços (quando aplicável);
- Ministério Público;
- Qualquer pessoa directa ou indirectamente afectada pelos factos participados.

No caso concreto da Ordem dos Enfermeiros em Portugal, é da competência do Conselho Jurisdicional:

“b) Proferir decisão final sobre todos os procedimentos disciplinares;

f) Exercer o poder disciplinar relativamente a todos os membros da Ordem.” (Artigo 32º da Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro)

Por infracção disciplinar considera-se toda a acção ou omissão que consista em violação, por qualquer membro da Ordem, dos deveres consignados na lei, no Estatuto e nos respectivos regulamentos (Artigo 66º dos Estatutos da Ordem dos Enfermeiros).

A infracção disciplinar pode ser:

- Leve;
- Grave;
- Muito grave.

Os órgãos da Ordem exercem poder disciplinar sobre os seus membros, tendo em consideração o estipulado nos seus Estatutos e regulamento disciplinar.

Caso o membro:

- Tenha a sua inscrição suspensa, o mesmo continua sujeito ao poder disciplinar da Ordem;
- Cancele a inscrição ser-lhe-á imputada a responsabilidade disciplinar por todas as infracções praticadas antes do cancelamento;
- Seja punido com a sanção de expulsão, a responsabilidade disciplinar por todas as infracções praticadas antes desta decisão ser-lhe-á imputadas.

A denúncia de factos susceptíveis de constituir infracção disciplinar à Ordem dos Enfermeiros pode ser efectuada por/pelo(s):

- Qualquer pessoa directa ou indirectamente afectada pelos factos participados;
- Titulares dos órgãos da Ordem;
- Ministério Público;
- Tribunais e quaisquer outras autoridades.

As sanções disciplinares aplicadas pela Ordem dos Enfermeiros de Portugal são:

- Advertência escrita;
- Censura escrita;
- Suspensão profissional até ao máximo de cinco anos;
- Expulsão.

A Ordem dos Enfermeiros em Portugal aplica ainda as seguintes sanções acessórias:

- Perda de honorários;
- Multa;
- Publicidade da sanção;
- Impedimento à participação nas actividades da Ordem e à eleição para os respectivos órgãos.

No que respeita à Ordem dos Enfermeiros da Guiné-Bissau, compete ao Conselho de Ética e da Deontologia Profissional de Enfermagem:

“b) Notificar todas as infracções ocorridas no decorrer de prestação de cuidados de enfermagem.” (nº1 do artigo 19º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros da Guiné-Bissau).

Segundo o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros da Guiné-Bissau a infracção disciplinar é *“toda a acção ou omissão que viole dolosa e negligentemente, os deveres consignados no Estatuto, no código deontológico da Guiné-Bissau ou as demais disposições legais aplicáveis ao exercício da enfermagem”* (nº 1 do artigo nº 37 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros da Guiné-Bissau).

A denúncia de factos susceptíveis de constituir infracção disciplinar à Ordem dos Enfermeiros da Guiné-Bissau pode ser efectuada por quaisquer pessoas, singular ou colectiva.

Caso o membro cancele a inscrição ser-lhe-á imputada a responsabilidade disciplinar por todas as infracções praticadas antes do cancelamento.

São aplicadas pela Ordem dos Enfermeiros da Guiné-Bissau as seguintes sanções disciplinares:

- Advertência escrita;
- Censura escrita;
- Suspensão do exercício profissional de um até cinco anos;
- Expulsão/cassação.

São ainda aplicadas pela Ordem dos Enfermeiros da Guiné-Bissau as seguintes sanções acessórias:

- Perda de honorários;
- Publicidade da pena.

6. Liderança – intervenção nas políticas públicas

Para reflexão

A mudança nos sistemas de saúde:

O que é? É necessária mudança? O que se pretende na mudança? Como se faz? Quem é envolvido? Que ferramentas são precisas para mexer? Onde estamos e para onde queremos ir?

“Se a sobrevivência é o objectivo, a mudança é o jogo” (Fitzgerald, L. A., 1994 cit. in Shaw, 2002: 1).

Actualmente, para os líderes, a sua intervenção constitui-se um desafio face ao desenvolvimento e ocorrência de fenómenos complexos em todo o mundo.

A problemática - Os movimentos globais de reforma da saúde fazem parte destas mudanças. Como novas realidades têm vindo a ser apontadas a complexidade dos sistemas de saúde, a mudança constante/contínua e a existência de ocorrências e desordens.

A nível das organizações, a ocorrência passa, muitas vezes, por não se conseguirem adaptar /gerir aos processos de mudança. Conseguir os objectivos/resultados passa por focalizar a mudança em aspectos cruciais e, simultaneamente, essenciais. E, na esfera da saúde não é excepção.

Nesta transição de paradigma, impõem-se novas tendências de gestão, novos conceitos de mudança estratégica e de globalização que por sua vez, também tem sido abordada como um mercado global, onde as aquisições e as fusões assumem um papel importante na origem das grandes organizações.

Logo, as autoridades governamentais para a saúde e as direcções hospitalares também estão a mudar. Tendencialmente, os colapsos surgem associados a pressões económicas e/ou a uma gestão não efectiva, onde as organizações retratam colapsos, crises, por não conseguirem adaptar-se ou gerir a própria mudança, arrastando consigo consequências, nomeadamente para os clientes, no final.

Dos movimentos globais, destacamos os efeitos da:

- Globalização;
- Competitividade;
- Diversidade da força de trabalho;
- Explosão de informação e de tecnologia;
- Perturbações económicas e sociais.

Desta problemática, impõem-se *repensar e reestruturar* o próprio sistema de saúde para aliviar os problemas operacionais, de gestão e financeiros, e avançar priorizando o envolvimento e a participação, no sentido dos sistemas de saúde encontrarem formas de obter equidade, qualidade e eficiência.

Para os intervenientes - líderes gestores, sistemas e organizações, o desafio actual é aprender a gerir a mudança e não ser gerido por ela. Ou seja, os processos de liderança usados não são compatíveis com os desafios do momento. A nível da Enfermagem, é imperioso garantir uma dotação contínua de enfermeiros com as aptidões e conhecimentos necessários, alinhados na política, gestão e educação para a saúde, e ainda, no planeamento e prestação de serviços de saúde efectivos.

Em síntese:

Assiste-se progressivamente à mudança na preparação dos líderes e gestores e em incentivar e desenvolver jovens e potenciais líderes face a um dos desafios críticos do milénio, que é preparar uma nova geração de líderes capazes de dar resposta às exigências e desafios para o futuro. Elementos capazes de compreender e acompanhar o impacto das mudanças políticas e reformas de saúde criando pensamento estratégico no planeamento e organização de todas as intervenções, gerindo a mudança, com visão profissional e respectivas competências.

Para Reflexão

Onde estamos?

“Mergulhados no caos ...? A caminhar na lama?...”

E o que queremos fazer?

“Subir a escada e passar para o nível seguinte, enfrentar a complexidade e fazer mudanças profundas”

ou

“...desaparecer na profundidade do abismo e da lama ...”

a. Gestão e Liderança Efectivas

No contexto organizacional, a gestão e liderança estão profundamente relacionados. Tal como as organizações evoluem e enfrentam a necessidade de mudança, os processos de gestão avançam no conhecimento, e propõem-se enfrentar os desafios de estar na inovação e nas necessidades de mudança, realçando e otimizando essências dos recursos humanos, por

oposição a modelos mais tradicionais. Em organizações complexas, como as da saúde, e para integrar um caminho efectivo de mudança, carece-se de uma gestão adequada, dinâmica, proactiva, mas simultaneamente geradora de confiança, centrada na promoção da responsabilização, apostando num trabalho em equipa e comunicação efectivos.

O ambiente actual nas organizações é de mudança e a gestão mais tradicional não se ajusta às respostas que as organizações necessitam dar, pelo que se oferece, um caminho sinuoso nessa transição, na busca de um gestor diferente, visionário, para promover o desenvolvimento da organização.

Gestão e liderança – alguns conceitos da evolução dos modelos

O conceito de gestão surge mais abrangente que o da liderança, abrange aspectos que não têm a ver com os comportamentos das pessoas.

Nesta nova era, alguns autores discutem, sobre se a liderança é ou não resultado de traços de personalidade, estilos de condução de indivíduos e grupos, ou marca de nascença, o que se torna irrelevante e até deixa de fazer sentido. Há pessoas que nascem líderes e outras que aprendem a desenvolver sua capacidade de liderança ao longo de décadas (Shaw, 2002).

As qualidades de liderança são reconhecidas universalmente como um elemento-chave na gestão dos serviços de saúde. Um bom gestor, por definição, deve ser um líder. O líder deveria além de servir de exemplo, possuir e, mesmo personificar as qualidades esperadas ou requeridas no grupo de trabalho. As teorias sobre liderança têm por finalidade elucidar sobre a natureza particular da figura do líder através de várias abordagens teóricas da liderança. Os papéis dos líderes combinam habilidades técnicas, humanas e conceituais, que aplicam em diferentes graus e em diversos níveis organizacionais (Marquis & Houston, 1999).

Sobre Liderança

O entendimento da função de liderança talvez seja uma das principais pesquisas da sociedade.

Alguns conceitos:

- “É o processo de influenciar os outros de modo a conseguir que eles façam o que o líder quer que seja feito, ou ainda, a capacidade de para influenciar o grupo a actuar no sentido da prossecução dos objectivos do grupo” (Teixeira, 2013: 219).
- Processo de persuasão pelo qual um indivíduo ou equipa de liderança incita um grupo a ir ao encontro dos objectivos determinados pelo líder ou partilhados pelo líder e seus seguidores (Gardner *cit. in* Marquis & Houston, 1999: 35).
- Um processo utilizado para movimentar um grupo em direcção ao estabelecido e à obtenção de objectivos (Bernhard e Walsh *cit. in* Marquis & Houston, 1999: 35).

Em síntese:

A liderança envolve duas dimensões:

- A primeira é a capacidade presumida de motivar as pessoas;
- A segunda é a tendência dos seguidores de seguirem aqueles que eles percebem como orquestrais para satisfazerem os seus próprios objectivos pessoais e necessidades.

Modelos e teorias

Das teorias de liderança encontramos e relemos:

- Teorias de traços de personalidade;
- Teorias sobre estilos de liderança;
- Teorias situacionais (contingenciais) da liderança.

Revisitando os Estilos de Liderança Autoritária, Liberal e Democrática

Encontramos basicamente quatro estilos de liderança: autocrático; democrático, participativo e Liberal ou *Laissez-faire* (Teixeira, 2013).

- **Estilo Autoritário:**

Mantém um controlo forte; as pessoas são motivadas pela coerção; são comandadas; a comunicação é de cima para baixo; as pessoas não são envolvidas; salienta-se a diferença de *status* e a crítica pode levar à punição.

- **Estilo Democrático:**

Há menos controlo; utilizam-se prémios para motivar; utilizam-se sugestões e orientações; a comunicação flui para cima e para baixo; as pessoas são envolvidas e a crítica é construtiva.

- **Estilo Participativo:**

Envolve os subordinados nas tomadas de decisão mas retém a autoridade final, ou seja, tem sempre a última palavra.

- **Estilo Liberal (*Laissez-faire*)**

Pouco ou nenhum controlo; motiva pelo apoio pedido; pouca coordenação; a tomada de decisão é dispersa pelo grupo; ênfase no grupo e não existe crítica.

Na vida prática, o líder utiliza os processos de liderança de acordo com a situação, com as pessoas e com a tarefa a ser executada.

A principal problemática da liderança é saber quando aplicar, que processo, com quem, dentro de que circunstâncias e que actividades devem ser desenvolvidas.

Ainda se podem encontrar outros exemplos de estilos de liderança, como os enunciados por LiKert:

- **Autocrático coercitivo** - O líder decide tudo e controla;
- **Autocrático benevolente** - O líder decide mas dá alguma liberdade no desempenho das tarefas;
- **Consultivo** – O líder consulta os subordinados antes da tomada de decisão;
- **Participativo** - Existe envolvimento dos subordinados na preparação das decisões.

(cit. in Nunes, 2007)

Para reflexão

“Para ser um líder, é necessário desenvolver atitudes e habilidades que auxiliem na condução de um grupo de pessoas, buscando tomar decisões e ações acertadas, tendo em mente objetivos orientados para resultados. Para tanto uma inteligência privilegiada não basta. É necessária a combinação com outras qualidades pessoais, como espírito democrático, ter gosto em trabalhar com as pessoas, pois ele terá de agir de uma forma natural e espontânea; devendo ter caráter, carisma e muita paciência para ouvir e compreender os problemas das pessoas e da empresa. Deverá ser flexível de modo a estar acessível a todos e saber lidar com as diferentes personalidades e estereótipos. O líder deve ser amigo de seus colaboradores, conseguindo assim realmente saber o que está acontecendo. Como o líder é o agente facilitador da empresa, é muito importante que ele conheça o que tem de ser feito, para quando e maneiras de fazê-lo, inspirando, assim, confiança e competência técnica. Deverá também ter ciência das habilidades e dificuldades das pessoas com quem tem envolvimento.”

(Padilha cit. in Capellari, S.Laral.F., 2008: 15)

Sobre liderança efectiva – características importantes

Da pesquisa realizada encontram-se características tidas como essenciais para que a liderança seja efectiva.

Kouzes, J.M.and Posner, B. Z., (1988), ao estudar os momentos em que os líderes se apresentavam no seu melhor potencial pessoal, foram identificadas cinco práticas nas conquistas de liderança:

- Desafiar o processo;
- Inspirar uma visão partilhada;
- Modelar o caminho;
- Encorajar o coração.

Liderança é uma relação entre líderes e seguidores. Não basta pedir o melhor de cada um, a nível pessoal, mas também, é o líder que se deve constituir como modelo

Foi ainda identificado que a maioria das pessoas pretende líderes honestos, competentes, confiantes e de inspiração, líderes credíveis, que detenham um sentido de direcção e visão claros.

Para reflexão

Desenvolva uma análise sobre a seguinte afirmação de Kouzes, J.M. and Posner, B. Z. (1988) Para uma imagem completa da liderança é preciso perguntar aos seguidores o que eles procuram ou admiram em um líder.

Para além das características anteriormente referidas, Kouzes e Posner (1988), identificam compromissos comportamentais, nomeadamente:

- **Inspirar uma visão compartilhada/partilhada** – acreditam fazer a diferença, e ajudar outros a perceber as possibilidades futuras; entender o futuro e recrutar outros;
- **Desafiar o processo** - estão nas oportunidades, inovação, correm os riscos e aprendem com todas as situações, são proactivos;
- **Permitir que os outros actuem** - colaboração favorita, fortalecendo os outros, estabelecer parcerias;
- **Modelar o caminho** - definir o exemplo, criam oportunidades para o sucesso, planeando pequenas vitórias;
- **Encorajar o coração** – vão ao encontro das exigências do trabalho; reconhecer a contribuição dos outros.

São ainda, percebidas outras características para líderes, essenciais e complementares no seu desafio, que passam por:

- Entender a **liderança** estando no compromisso enquanto qualidade essencial;
- A necessidade de **Comunicar a visão**, sendo criativo na visão de futuro;
- **Iniciar a mudança**, defendendo e partir para a mudança, sendo capaz de analisar a mudança;
- **Avançar em parcerias**, aposta na selecção de parcerias com terceiros e internas;
- **Lidar com a diversidade**, positivamente (membros/organizações);
- **Conquistar equilíbrio**, aprende a equilibrar a vida pessoal/profissional;
- **Gestão da informação e tecnologia**, aprende a gerir a informação e os avanços da tecnologia, erradicando excessos perturbadores.

(Gardner, J. W., 1990)

A estas, associa-se a **motivação** precisamente pela capacidade para desencadear empenhos de modo a conseguir os objectivos e metas, a comunicação eficaz da visão (Gardner, J. W., 1990).

Para Reflexão

*Identificar três elementos de enfoque nas características descritas de liderança.
Fazer um paralelo com a sua liderança/seu serviço.*

Para a liderança - pressupostos a reter e reflectir:

- A liderança não trata apenas de conhecimentos e aptidões, trata também do desenvolvimento de comportamentos de liderança e de formas de pensar;
- A liderança pode ser dolorosa, mas traz também enormes recompensas;
- A liderança exige ao líder adoptar um compromisso para consigo e, para com os futuros enfermeiros que virão a ser líderes;
- A liderança empenhada exige ao líder/ gestor um estado de *empenho* para enfrentar um período motivador e de desafios no percurso do desenvolvimento da liderança;
- A liderança criativa permite encontrar novas formas de fazer as coisas. O líder/gestor irá pensar de forma criativa e estratégica acerca de como conseguir os seus objectivos;
- A liderança proporciona preparação para trabalhar, facilitando ao líder/gestor aproveitar o programa de liderança para a mudança.

Sobre Gestão

Já afirmámos que actualmente a gestão e liderança estão profundamente relacionadas, prosseguem num caminho de desenvolvimento e enfrentam a complexidade nas organizações.

Os enfermeiros gestores têm que compreender e acompanhar o impacto das mudanças políticas e reformas de saúde, criando um pensamento estratégico no planeamento e organização de todas as intervenções, gerindo a mudança de acordo com a visão (de Enfermagem) e respectivas competências.

A gestão, ao longo dos tempos, foi entendida/defendida de diferentes modos, surgindo alguns modelos.

A gestão, tem sido considerada como **um processo de obter resultados** (bens ou serviços), com o esforço dos outros. Essencialmente a tarefa da gestão tem-se centrado em interpretar os objectivos propostos e transformá-los em acção através do planeamento, organização, direcção e controlo de todos os esforços realizados nas diferentes áreas e níveis da empresa/organização, a fim de atingir esses mesmos objectivos.

Em síntese, neste alinhamento, percebemos que a gestão abarca quatro **funções fundamentais**: planeamento, organização, direcção e controlo.

- **Planeamento** – processo de determinar antecipadamente o que deve ser feito e como fazê-lo. Os planos devem ser definidos de modo preciso, para que sirvam de guias para os gestores e pessoas da organização.
- **Organização** – modo de estabelecer relações entre as pessoas e entre estas e os recursos, para conseguir atingir os objectivos delineados. Função que orienta para garantir a pessoa certa e com a qualificação certa, no lugar certo, para melhor conseguir alcançar os objectivos.
- **Direcção** – Como processo de determinar, afectar ou influenciar o comportamento dos outros, e envolve motivação, liderança e comunicação. Por vezes, por mais oportuno ou indicado que seja o estilo de direcção, em função do planeamento e organização, podem acontecer desvios entre os resultados e objectivos prosseguidos, consequência de causas diversas.
- **Controlo** – enquanto processo de comparação do desempenho actual da organização com os *standarts* previamente estabelecidos, apontando possíveis acções correctivas. Não importa saber sobre os culpados e punir, mas antes, a função controlo permite desenvolver uma averiguação exacta dos desvios e definir/adequar as acções necessárias para evitar futuros desvios. As acções impõem-se com carácter pedagógico e orientador para a reformulação dos planos inicialmente estabelecidos.

Sobre os Níveis de Gestão

Gestor - será aquele que consegue obter coisas feitas/resultados com o trabalho de outros, planeando, organizando, dirigindo, e controlando. Geralmente podemos considerar três níveis de gestão: institucional, intermédia e operacional (Teixeira, 2013).

Institucional – refere-se à **Gestão Estratégica**. É caracterizada por forte comportamento estratégico, com envolvimento da globalidade dos recursos disponíveis para o sentido a seguir (acções a médio e longo prazo), emitir/formular políticas gerais, a toda a empresa. Corresponde aos lugares de Conselho de Administração e Conselho de Gestão.

Intermédia – refere-se à **Gestão Tática** e caracteriza-se pela forte componente tática, com a mobilização de recursos para atingir objectivos a curto prazo, como em planos e programas específicos, na área e função do gestor. Desempenhada por directores de departamento, de divisão, funcionais.

Operacional – caracterizada pela forte **componente técnica**. Traduz-se na execução de procedimentos e rotinas, chefes de serviço, divisão e os supervisores.

A importância das funções de gestão não pode ser a mesma nos diferentes níveis.

Em síntese:

Gerir implica decidir. (Marquis, B. L. & Huston, C. J., 1999)

Decidir sobre:

- i) Que objectivos a prosseguir?
- ii) Qual a sua hierarquia?
- iii) Quais os caminhos a seguir, ou seja que estratégias e tácticas a usar?
- iv) Como organizar os recursos humanos e materiais disponíveis?
- v) Como dirigir os subordinados?
- vi) Como analisar em que medida as realizações correspondem, ou não, ao planeamento efectuado?

Aptidões e tarefas do gestor:

A actuação dos gestores é avaliada fundamentalmente por padrões de eficiência e eficácia.

Eficiência – É a relação entre a qualidade e quantidade de *inputs* e a qualidade e quantidade de *outputs* produzidos. Quanto maior for volume produzido com o mínimo factores/causas, maior é a eficiência do gestor.

Eficácia – medida em que os *outputs* produzidos neste processo se aproximam dos objectivos propostos. Quanto mais reduzidos forem os desvios entre o planeado e o realizado, maior é a eficácia do gestor.

O gestor para ser eficaz e eficiente deve desenvolver continuamente algumas aptidões essenciais, nomeadamente: a nível conceptual, técnica e de relações humanas. O desenvolvimento destas aptidões está relacionado com o nível de gestão em que o gestor se situa (Teixeira, 2013).

O Gestor versus Líder:

O Gestor Faz as coisas de maneira certa	O Líder Faz as coisas certas
<ul style="list-style-type: none">• Tem uma posição na organização.• O poder de posição/cargo.• Funções específicas.• Dedicam-se: ao controlo da tomada de decisão, análise e resultados.• Manipulam indivíduos, ambiente, tempo, dinheiro e outros recursos.• Dirigem subordinados que podem ser muito ou pouco colaborativos.	<ul style="list-style-type: none">• Pode não ter autoridade formal, nem fazer parte da hierarquia.• Têm maior variedade de funções.• Concentram-se nos processos grupais na colecta de informação no feedback e na delegação de poderes.• Valorizam as relações interpessoais.• Dirigem seguidores dispostos a colaborar.

Tabela 3 – Espectro de diferenciação entre o gestor e o líder⁸**O Gestor/Líder integrado:**

- Pensam a longo prazo: são visionários e futuristas;
- Vêm como é que a sua unidade se encaixa no contexto geral;
- Influenciam além do seu grupo, ultrapassam os limites burocráticos da organização;
- Estimulam uma visão global, os valores e a motivação; grande sensibilidade às pessoas;
- Administram as necessidades e expectativas conflitantes dentro do grupo;
- Pensam em termos de mudança e de renovação.

(Marquis, B. L. & Huston, C. J., 1999)

Em síntese:

Atendendo às rápidas mudanças que ocorrem na saúde, tem sido importante os enfermeiros desenvolverem, nas suas funções de gestão e liderança, competências e habilidades. O esforço deve ir no sentido de incorporar características de liderança em todas as fases do processo de gestão. Alguns autores referem mesmo que os dois conceitos tem uma relação simbiótica/sinérgica, pelo que devem funcionar integrados.

Para reflexão

“... todo o enfermeiro é um gestor e um líder em algum nível.” (Teixeira, 2013)

“...apenas arranhamos a superfície em nossos esforços, rumo ao desenvolvimento da liderança.” (Gardner, 1990)

Há papéis na profissão que requerem habilidades de liderança e de gestão. Ou seja, são precisos líderes visionários e gestores efectivos, o que impede de dar mais importância a um que a outro.

⁸ Adaptado de Marquis, L. B. & Huston, J. C., (1999). Administração e Liderança em Enfermagem. Teoria e aplicação. (2ª Ed.) Porto Alegre: Artmed.

A efectividade passa por mobilizar/transferir o conhecimento e dinamizar as competências e habilidades, ao requerido em contexto.

Para uma Gestão Efectiva

Para uma gestão efectiva, a preocupação reside não apenas em que esta reúna conhecimentos, mas também comportamentos adequados. Desenvolvimento, que exige uma aprendizagem activa, e em diferentes áreas de competência como a nível das aptidões para as pessoas (comunicação; negociação, gestão da mudança; organização de equipas; gestão dos recursos humanos; trabalho com meios de comunicação; promover contactos, parcerias; desenvolver a cultura organizacional) (Shaw, 2002).

Uma outra gama de aptidões e conhecimentos centram-se na ideia de negócio (Pensamento estratégico, gestão de equipamentos, materiais; sistemas de informação; monitorização do desempenho, gestão de projectos entre outras) (Shaw, 2002).

A par destas, surgem as aptidões voltadas para a política-social (visão, processo político, cooperação na saúde, mudanças sistema de saúde) (Shaw, 2002).

O enfoque da Mudança Planeada

Segundo Duk (1993 *cit. in* Marquis, B. L. & Huston, C. J., 1999) as organizações estão a integrar vários projectos como esforço de mudança, porém, a chave do sucesso deste esforço reside em conectar estes projectos às partes e não isolá-las, logo o melhor será trabalhar com um conjunto seguro de relações (Marquis, B.L. & Huston, C.J., 1999).

Em síntese:

Iniciar e coordenar a mudança requer habilidades de gestão e liderança.

A mudança planeada contrasta com a mudança accidental ou a do fluxo natural das situações. Essencialmente ocorre devido ao esforço em propósitos/decisões de um agente de mudança (descongelamento, movimento e recongelamento) (Marquis, B. L. & Huston, C. J., 1999).

Da abordagem de Marquis, B. L. & Huston, C. J. (1999), na mudança planeada é fundamental conhecer e compreender características e propriedades relativas ao gestor/líder, mas também onde a mudança vai ocorrer, em concreto, na organização/unidade de saúde.

Por vezes:

- As organizações e as pessoas tendem a rejeitar agentes de mudança externos, que tendencialmente são mais objectivos;
- Mudanças indispensáveis não são implementadas por não existir sensibilidade do agente no momento preciso para efectuar a mudança;
- Se a organização atravessou uma grande mudança, qualquer outra deve aguardar até que a resistência do grupo diminua (Marquis, B. L. & Huston, C. J., 1999).

Papéis da liderança:

- Ser visionário das áreas que necessitam de mudança;
- Expõe-se a riscos, ao assumir-se agente de mudança;
- Mostra flexibilidade criando metas (saúde) em mudanças rápidas;
- Antecipa, é proactivo, e reconhece e resolve com criatividade resistências;
- Serve como modelo;
- Funciona como modelo de comunicação, mesmo submetido a mudança brusca;
- Mostra criatividade estabelecendo alternativas aos problemas;
- Mostra sensibilidade ao propor a mudança.

Funções de gestão:

- Faz previsão das necessidades da unidade (entendendo o meio legal, político, económico, social e legislativo da unidade e organização);
- Reconhece a necessidade de mudança, planeada, apontando recursos disponíveis para a implementação;
- Analisa todas as forças aquando do planeamento;
- Identifica e implementa estratégias para eliminar as resistências;
- Procura elementos na mudança e dota-os de informação adequada, no processo de mudança (controlo);
- Apoia/reforça os esforços individuais;
- Adequa estratégias de mudança dirigidos para alterar comportamentos, face às necessidades.

Relativamente à estratégia apropriada, esta depende do poder de mudança, do agente de mudança e, do grau de resistência esperado por parte dos subordinados (estratégias de fundamentação racional-empírica; normativo reeducativos/ inovação; e as coercivas de poder). (Marquis, B. L. & Huston, C. J., 1999).

Para Reflexão

Identificar a mudança que gostaria de ter no seu serviço/instituição.

- 1- *Fazer uma listagem do que gostaria de mudar;*
- 2- *Fazer uma listagem de resistências;*
- 3- *Fazer uma listagem que o impulsiona para a mudança.*

Na mudança planeada, enquanto processo colaborativo, todos os afectados por determinado problema devem estar envolvidos no planeamento daquela mudança.

Da parte do líder/gestor espera-se que actue como modelo de acção, durante o processo de mudança planeada, para com os colaboradores. Espera-se que consiga perspectivar e visualizar a mudança de maneira positiva e partilhar tal sentimento com o colaborador.

No envelhecimento organizacional, a mudança surge como um meio de renovação de ar fresco. Tal como nas pessoas, o envelhecimento acarreta limitações/debilidades, as organizações que funcionam de modo previsível são conduzidas por programas e regras, logo, a mudança pode ficar limitada. Urge então, encontrar um equilíbrio crítico, entre a estagnação e o caos/a destruição ou morte (Marquis, B. L. & Huston, C. J., 1999).

Para reflexão

Desenhe uma linha ao longo da página – um continuum, e coloque uma marca no lugar que ocupa a sua organização.

Que esforços fez para mantê-la renovada?

Que esforços podem ser feitos?

Tem dificuldade em perceber como o seu trabalho contribui para as metas e sucesso organizacionais?

Integração dos papéis do líder/gestor na mudança planeada:

Para que a mudança planeada seja bem-sucedida são precisos os dois papéis.

O gestor deve entender o processo de planeamento e os padrões de planeamento, mas também ser capaz de aplicá-los à situação actual/contexto. O gestor é quem implementa a mudança planeada e o líder é como o criador.

Actualmente, os líderes estão mergulhados num sistema de saúde que está a mudar freneticamente, pelo que estão obrigados a identificar tendências e mudanças que possam afectar as suas organizações, procurando, proactivamente, prepará-las e enfrentar os desafios

Aspectos a entender para uma mudança planeada?

- A mudança é um desafio e não uma ameaça;
- A mudança rompe equilíbrios e a resistência pode acontecer;
- O grau de resistência depende do tipo de mudança;
- A confiança entre funcionários, gestor e organização é vital;
- Mudar o comportamento do grupo é penoso;
- A mudança deve ser planeada gradualmente;
- Os afectados pela mudança têm de ser envolvidos;
- O sentimento de controlo é essencial na mudança;
- O agente de mudança é um elemento qualificado, teoricamente e na prática;
- Estratégia racional-empírica: resulta dar informação de apoio à mudança;
- Estratégias normativas/reeducativas usam o grupo para socializar outros elementos para a mudança;
- Com o poder de coerção usam recompensas para alterar comportamentos;
- As organizações precisam da mudança e renovação contínua.

(Marquis, B. L. & Huston, C. J., 1999)

Em síntese:

Por todo o mundo, os profissionais da saúde estão a ocupar lugares no comando da gestão das organizações de saúde, incluindo os enfermeiros. Por sua vez, aumentam as possibilidades destes profissionais ocuparem lugares/cargos de direcção e chefia e até lugares governamentais/política. Desafios, para os quais, têm de estar preparados nas diferentes áreas de competência, afim de integrarem e contribuírem de forma efectiva para a gestão em saúde.

Algumas considerações sobre as organizações, gestão por objectivos:

As organizações e/ou empresas constituem-se para atingir determinados objectivos, que de outra forma seria difícil conseguir. Destes decorrem outros objectivos, de menor prioridade mas coerentes com os gerais. Para a consecução destes objectivos são formuladas e implementadas estratégias que, por sua vez, se traduzem num conjunto de acções envolvendo os recursos indispensáveis para o efeito. Os planos estratégicos, táticos e operacionais traduzem-se em políticas, linhas de orientação geral que, por sua vez dão origem a determinações mais pormenorizadas, guias de acção detalhados/específicos que definem/restringem actuações em casos concretos. De referir que os elementos relevantes envolvidos são os recursos, o ambiente geral e o ambiente da tarefa. (Teixeira, 2013).



Figura 2 – Transformação dos objectivos em resultados⁹

⁹ Fonte: Teixeira, S. (2013). Gestão das organizações. (3ª Ed.) Lisboa: Escolar Editora. p. 40.

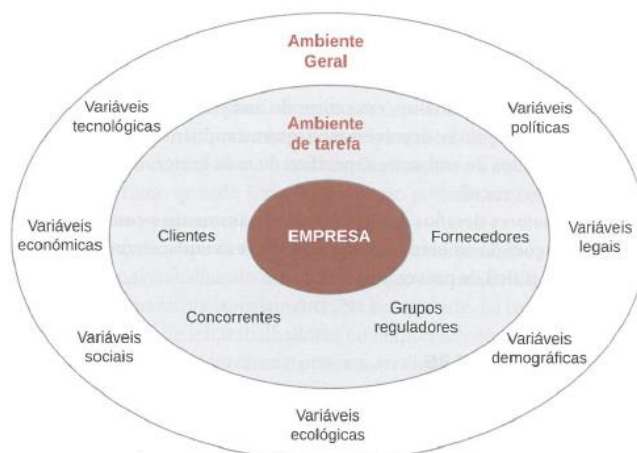


Figura 3 – Ambiente das empresas¹⁰

A consistência, coerência e hierarquia dos objectivos levam a que as coisas aconteçam e fortaleçam a proactividade do planeamento, mas também permitem definir as acções e tornar realidade o planeado. Possibilitam desenvolver a coordenação das actividades e dos membros, ultrapassando conflitos de hierarquia e coordenação entre departamentos ou pessoas, atribuindo responsabilidades quanto ao seu cumprimento e mapas de controlo associados. O processo enfatiza o apelo à colaboração pela necessidade de envolvimento de todos, contribui para elevar a motivação, possibilitando comportamentos mais colaborantes e promovendo a satisfação nas pessoas, facilitando também a comunicação. Deste modo, são desenvolvidos certos mecanismos e controlo (reverso da medalha face ao planeamento). O planeamento só faz sentido se houver controlo, percebendo até que ponto os objectivos estão a ser atingidos. Os sistemas/esquemas de controlo a implementar devem ser rigorosamente definidos aquando da elaboração dos objectivos (Teixeira, 2013).

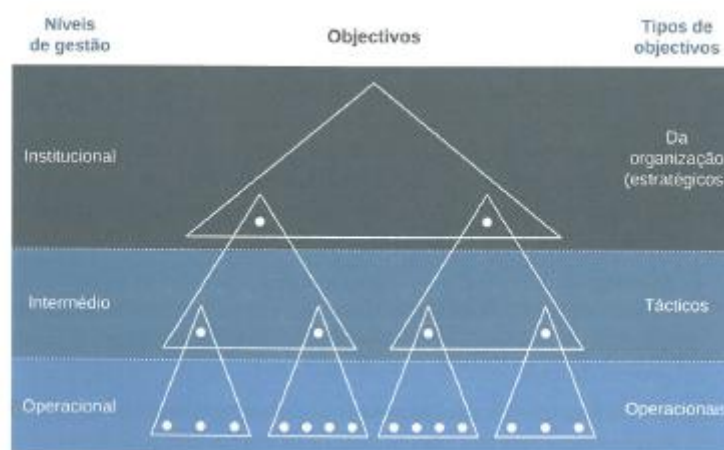


Figura 4 – Consistência dos objectivos¹¹

¹⁰ Fonte: Teixeira, S. (2013). Gestão das organizações. (3ª Ed.) Lisboa: Escolar Editora. p. 41.

¹¹ Fonte: Teixeira, S. (2013). Gestão das organizações. (3ª Ed.) Lisboa: Escolar Editora. p. 58.

Na implementação de objectivos podem existir problemas (Figura 4). No sentido de evitar conflitos, podemos evitar a separação entre objectivos reais e objectivos estabelecidos, diversidade de objectivo ou dicotomia de objectivos quantitativos e não quantitativos. Aos objectivos, segue-se a elaboração de diferentes planos (políticos, procedimentos, regulamentos, programas, orçamentos e planos contingentes) (Teixeira, 2013). Habitualmente são considerados três níveis de planeamento: estratégico, tático e operacional (Figura 5).



Figura 5 – Níveis de planeamento¹²

Gestão por objectivos:



Figura 6 – Gestão por objectivos¹³

¹² Fonte: Teixeira, S. (2013). Gestão das organizações. (3ª Ed.) Lisboa: Escolar Editora. p. 66.

¹³ Fonte: Teixeira, S. (2013). Gestão das organizações. (3ª Ed.) Lisboa: Escolar Editora. p. 68.



Figura 7 – Planeamento estratégico¹⁴

O planeamento estratégico vai envolver toda a organização (Figura 5). O planeamento estratégico a nível da organização, ao nível máximo, irá integrar a análise do ambiente, externa e interna (o que as oportunidades e ameaças do ambiente representam), bem como com dos pontos fortes e fracos (que limitam tirar partido das oportunidades) (Teixeira, 2013) (Figura 8). Deve ser efectuada uma análise do ambiente operacional e uma análise dos vários *stakeholders*. Por outro lado, o planeamento estratégico irá permitir a definição de objectivos específicos, comparando pontos fortes e pontos fracos.

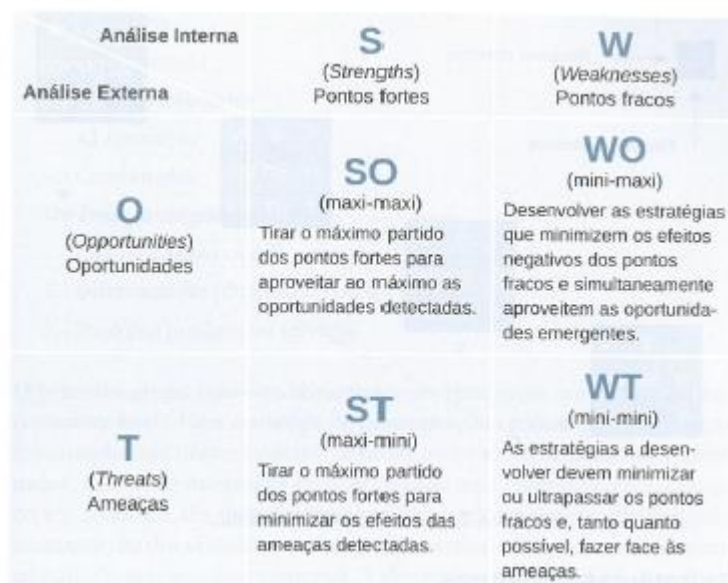


Figura 8 – Matriz SWOT¹⁵

¹⁴ Fonte: Teixeira, S. (2013). Gestão das organizações. (3ª Ed.) Lisboa: Escolar Editora. p. 72.

¹⁵ Fonte: Teixeira, S. (2013). Gestão das organizações. (3ª Ed.) Lisboa: Escolar Editora. p. 75.

O planeamento só fica completo se forem tomadas decisões ao nível das principais etapas: i) identificação dos problemas; ii) desenvolvimento de alternativas de solução; iii) avaliação das alternativas a melhorar e implementação da alternativa escolhida.

Tomada de decisão:

O processo de tomada de decisão processa-se tendo em consideração as fases expressas na figura que se segue (Teixeira, 2013):



Figura 9 – Modelo de tomada de decisões¹⁶

O processo de tomada de decisão só é considerado concluído quando existir o *feedback* referente ao problema identificado.

Em síntese:

A gestão ao longo dos anos, tal como outras áreas, foi sofrendo a influência das teorias de administração. Novas tendências de gestão surgem dando início a conceitos de mudança, de estratégia e globalização. Ou seja, uma vez que uma das maiores organizações é a saúde, caracterizada por uma forte componente humana, sendo que a sua área de actuação é realizada por pessoas e cujo alvo de actuação também são pessoas, urge a oportunidade para gestores e líderes enfrentarem os desafios, nomeadamente o da sua preparação e ainda o compromisso para a formação de novos líderes.

Factores que podem vir a afectar a gestão das empresas/organizações

A estrutura societária actual e a globalização, novas abordagens e o uso da informação, a alteração do vínculo dos trabalhadores à empresa, o crescimento do trabalho do conhecimento/maior produtividade e a aptidão do gestor para a articulação dos elementos anteriores, na medida em que uma política tem pouca durabilidade, são alguns dos factores que podem vir a afectar a gestão das empresas/organizações (Teixeira, 2013)

¹⁶ Fonte: Teixeira, S. (2013). Gestão das organizações. (3ª Ed.) Lisboa: Escolar Editora. p. 99.

O gestor, cada vez mais, tem de interagir com os grupos para conseguir produzir os resultados desejados.

As tradicionais formas de gestão estão em declínio e a motivação dos grupos/colaboradores tem de ser trabalhada de modo diferente.

A verticalidade dos canais de comunicação está a ser substituída por relações horizontais entre pares.

Os especialistas devem passar a desenvolver um papel mais estratégico, de colaboração interdepartamental/serviços. (Teixeira, 2013).

Em síntese:

As organizações estão cada vez menos burocráticas e mais empreendedoras. Por vezes, não é visível a distinção clara entre gestores e não gestores. O sistema configura-se menos líder, mas mais aberto à inovação. Verifica-se um maior acesso à informação interna e externa e ao alargamento de contactos, interdepartamentais, gestores intermédios especialistas e outros trabalhadores.

A capacidade dos gestores em obter resultados com o esforço dos colaboradores passa a ser substituído pelo número de redes em que está envolvido, em detrimento do seu peso na hierarquia.

O papel do gestor não é facilitado. Exerce maior liderança embora o seu poder hierárquico fique reduzido.

Nas novas formas de organização, destacam-se trabalhos de informação e conhecimento (Drucker, P., 2002).

Segundo Peters e Waterman (*cit. in* Teixeira, 2013) a importância dos valores, a cultura, a inovação, a centralidade do cliente, bem como, segundo Ouchi (*cit. in* Teixeira, 2013) o espírito de grupo, a família ou clã, transportados para as organizações podem tornar-se num contributo para a gestão.

Papéis e funções no planeamento:

O planeamento tem diversas dimensões que devem ser tidas em consideração, nomeadamente:

- Planeamento estratégico e hierarquia do planeamento; mudança planeada; gestão do tempo, planeamento fiscal;
- Papéis e funções da organização – estrutura organizacional, autoridade/poder nas organizações, organização de grupos para cuidar dos utentes e comissões;
- Papéis e funções na contratação de funcionários – responsabilidade em fase prévia à contratação;
- Instrução do funcionário;

- Necessidades do funcionário e políticas de escalonamento de horário, identificação das necessidades de desenvolvimento dos funcionários;
- Papéis e funções da gestão – criação da atmosfera motivadora; comunicação organizacional e interpessoal;
- Gestão de conflitos;
- Potenciais restrições à afectação da gestão – sindicatos e leis trabalhistas;
- Controlo: papéis e funções – controlo de qualidade;
- Apreciação do desempenho;
- Ambiente de trabalho gerador do crescimento;
- Funcionários com necessidades especiais;
- Questões profissionais e sociais de liderança e de gestão;
- Questões éticas.

(Teixeira, 2013)

De salientar que a liderança e as funções de gestão também envolvem questões éticas e dilemas éticos.

Para reflexão

- 1- De que maneira é decidido o que é certo ou errado?
- 2 - O que fazer quando não se sabe o que está certo ou errado?
- 3 - O que se faz quando ambas as respostas estão certas ou erradas?

Os dilemas éticos implicam que a escolha entre duas alternativas seja igualmente desejável ou indesejável.

Os valores e crenças individuais, a filosofia pessoal, desempenham um papel importante na tomada de decisão moral ou ética e entram na gestão.

A forma como os gestores lidam com os dilemas éticos e os solucionam podem ser influenciados pelos seus valores e crenças acerca dos direitos, deveres e metas dos seres humanos.

Pressupostos a reter para abordagem de uma questão com pensamento estratégico:

- É essencial ter uma imagem de futuro - identificação da visão;
- O Gestor/Líder deve caminhar nesta visão, a fim de orientar as pessoas nessa imagem de futuro, de pensar a longo prazo, sendo capazes de olhar em frente;
- Saber que a visão orienta para os objectivos;
- Deve ser capaz de identificar quais os factores condicionantes;
- Na mudança contínua tem de haver capacidade de acompanhar, mudando, face às reais necessidades;
- O planeamento estratégico só é possível havendo essa visão de futuro;

- Saber promover declarações de visão (diferentes prazos);
- Aceitar que o processo de pensamento estratégico que vai ajudar a promover a vida dos planos e seus documentos, enquanto orientadores das organizações;
- É relevante que as pessoas pensem de forma estratégica, mas também consigam ser estratégias nas suas acções;
- Enquanto processo e não finalidade implica coerência e certezas de que os comportamentos são em consonância com a intenção;
- O modelo centrado a partir da visão implica obrigatoriamente partir de uma etapa de examinar o ambiente/contextos, prosseguir para a fase de analisar, avaliar em termos estratégicos e entrar na implementação dos planos de acção (quem, o quê, como, e quando) e medição (Anexo A).
- As questões relevantes em modelo de pensamento estratégico devem partir sempre do que estamos à procura de abranger?, Do que necessitamos para conseguir?, Como temos que fazer para que tal suceda? Como vamos monitorizar o progresso?

(Luther, D. B., 1995 *cit. in* Shaw, 2002)

b. Aptidões de negociação

Negociação - alguns conceitos

A negociação é um processo de resolução de um conflito entre duas ou mais partes opostas, mediante o qual ambas, ou mesmo todas as partes, alteram as suas exigências, com vista a alcançarem um compromisso aceitável por todos. (Kennedy *et al. cit. in* Cunha, 2001).

Serrano (*cit. in* Cunha, 2001) refere a necessidade de colocar os meios de resolução de um problema na forma dialogante, eficaz e civilizada. A negociação procura solucionar o conflito para que a solução encontrada seja satisfatória para ambas as partes envolvidas. Ou seja, a negociação vai lidar com as pessoas e os problemas, desencadeando um acordo que satisfaça os interesses do foco de negociação. Cada uma das partes vai abrir mão de alguma coisa e a enfase deverá recair na acomodação das diferenças das partes.

Para reflexão

“Atenderei o próximo doente se tu fores administrar a medicação aos outros doentes...”; “se a chefe me der folga no fim-de-semana eu asseguro todas as transferências de bebés para o centro materno-infantil”

Negociação - Modelos estratégicos

Existe eficácia na negociação quando os negociadores resolvem o conflito que enfrentam de modo satisfatório para ambas as partes (Serrano & Rodríguez, 1993 *cit. in* Cunha, 2001).

Na negociação são implicados ganhos e perdas para ambas as partes, mas não existem regras que assinalem que uma perde ou ganha mais do que a outra. A negociação é destrutiva quando a tónica recai na vitória de uma das partes, pois deve resultar numa situação de dupla vitória. A negociação é eficaz se, na situação, a outra parte se sente satisfeita e confortável com os resultados.

Para que os gestores/líderes tenham sucesso devem, sistematicamente, preparar-se para as negociações. Logo, é importante decidir por onde começar a negociação. É importante que os gestores/líderes sejam bons negociadores. Neste sentido, deve saber como proceder antes, durante e após negociação:

- **Condição 1 - Variáveis fundamentais a perceber**
 - Conduta - estratégias, tática e manobras de negociação;
 - Cognitivas - enviesamento cognitivo em que os negociadores incorrem;
 - Personalidade - procurar discernir a sua importância na obtenção de resultados eficazes.
- **Condição 2 – Alguns enviesamentos possíveis a perceber**
 - O aumento irracional do conflito;
 - O conflito aparente. A desvalorização dos guiões da negociação. O pensamento rígido;
 - O excesso de confiança. O “mal do vencedor” ou a ignorância do ponto de vista da outra parte.

A comunicação é a base da negociação. A questão verdadeira na negociação é o conflito, entre as necessidades, preocupações, temores de ambos os lados. A procura de reconciliação de interesses em vez de instituir compromissos entre as partes deve ser privilegiada. A procura resulta na descoberta do que é harmonizável/partilhado, em detrimento do que é oposto.

- **Condição 3 – Identificação das características (*self*) a perceber**
 - Tenho uma atitude de ganhar/ganhar;
 - Estou fortemente interessado nas necessidades da outra parte;
 - Sou colaborante;
 - Sou flexível na minha abordagem e disponho-me a fazer cedências para conseguir o que pretendo;
 - Compreendo a importância do princípio dar/receber na negociação.
- **Condição 4 – Potenciais erros críticos**
 - Preparação inadequada - a preparação desenha um quadro das opções e permite flexibilidade planeada nos pontos decisivos;
 - Ignorar o princípio dar/receber - cada parte necessita de concluir a negociação sentindo que ganhou algo;
 - Utilização de comportamentos intimidatórios/ridicularização - a investigação mostra que táticas duras provocam resistências mais duras. Impaciência - dar tempo às ideias e propostas para actuarem. Ser paciente;

- Irritação - sentimentos negativos são alguns obstáculos à criação de ambiente favorável de cooperação/inação;
- Falar muito e escutar pouco;
- Argumentar em vez de influenciar - a sua posição será melhor percebida pela educação e não pela teimosia ou birra;
- Ignorar o conflito – o conflito é a substância da negociação. Importa aceitar e resolver e não evitá-lo.

Durante o processo de negociação existem negociadores que pretendem obter avanço, passando a assumir uma abordagem mais competitiva, em vez de colaboradora, focando-se no recurso a estratégias, entre as quais: a ridicularização, o género, doença/impotência, superioridade, sedução, lisonjeio, indução/culpabilização, paternalismo, presentes, pacifismo, autodefinição, autoridade, e outras. (Marquis, L. B. & Huston, J. C., 1999)

Para reflexão

“Se gostar de escutar aprenderá e se inclinar os seus ouvidos tornar-se-á sábio”

- **Condição 5 - Sugestão de guia de preparação do negociador**

O importante é conseguir separar as pessoas do problema, pelo que a melhor maneira é insistir na utilização de objectivos criativos, preparar para o acordo e, antecipadamente, explorar o que fazer se não chegar a acordo. As soluções devem ir ao encontro das duas partes, procurar ganhos mútuos, inventar formas facilitadoras das decisões da outra parte, mas também ampliar possibilidades de resposta. Factos que requerem uma preparação.

Definir as metas e os objectivos:

Algumas questões importantes

- O que pretendo concretamente com esta negociação?
- O que tenho de conseguir para satisfazer os meus interesses?
- O que estou disposto a ceder para alcançar o que pretendo?
- Que exigências faço nesta negociação?

Entender e clarificar os assuntos:

Algumas questões importantes

- Quais os assuntos da negociação?
- Qual o suporte de apoio à minha posição?
- Como vou/posso mostrá-lo à outra parte?
- Como a outra parte vê os meus assuntos?
- Como irão apoiar a respectiva oposição?
- Que diferenças existem no modo como as partes vêem os assuntos?

Angariar informação:**Algumas questões importantes**

- Quem é o outro negociador?
- Como aborda as negociações?
- Quais as necessidades dele?
- Quando e onde tomará lugar a negociação?
- Que vantagens e desvantagens têm as opções para ambas as partes?
- Que mérito detenho para usá-lo positivamente na negociação?

Humanizar e criar clima:**Algumas questões importantes**

- Como criar uma relação positiva com o outro negociador?
- Como criar um clima ganhar/ganhar?

Preparar para o conflito:**Algumas questões importantes**

- Quais os focos de maior do conflito?
- Como vou apurar sobre os interesses da outra parte?

Compromissos e resposta as questões:**Algumas questões importantes**

- Como vou tentar resolver os conflitos?
- Como vou responder ao esforço da outra parte na resolução do conflito?
- Que cedências estou pronto a fazer e em que condições?
- O que espero de retorno face às minhas cedências?

Acordo afirmado**Algumas questões importantes**

- Que nível de formalidade?
- Que processo de aprovação será necessário?
- Quais as fases de implementação necessárias?

Acompanhamento durante a negociação

A negociação formal deve iniciar-se num clima agradável, o acordado deve ficar claro para as partes e resultar na satisfação para ambas, na medida em que ganharam alguma coisa, sendo que os ganhadores devem conter-se nos resultados.

Quando a outra parte não está disposta a colaborar, concentre-se naquilo que consegue fazer, nos seus méritos. Concentre-se naquilo que os outros também podem oferecer, focando-os no seu mérito. É importante não reagir impulsivamente. Os negociadores podem não estar a fazer entender-se, logo, o esforço deve recair na escuta activa, e insistir nas relações com as partes. Importa ser compreendido e falar com finalidade. Se necessário pode sempre existir o recurso a um facilitador.

Fecho da negociação

No fim de uma negociação o clima deve ser afável, o resultado deve ser satisfatório para as partes, pelo facto de que obtiveram alguma coisa. Uma prática robusta assenta na ideia de acompanhar uma negociação formal por escrito, com redacção de um documento.

O gestor/líder na negociação

A negociação exige funções de gestão e de liderança. Gestores bem preparados sabem preparar, estar e sair da sua negociação positivamente.

Uma negociação bem-sucedida exige componentes de liderança associados quer à confiança quer no assumir dos riscos. Caso contrário, o gestor/líder detém fraco poder de negociação, comprometendo os serviços de saúde ou unidades de cuidados para garantir o cumprimento dos objectivos e dos seus recursos, nomeadamente os humanos. Para a satisfação final, conta a mobilização eficaz das aptidões do líder de confiança, sensibilidade ao outro e de comunicação assertiva, mais do que as estratégias, para o ganhar das partes.

Existem alguns autores (Jesuino, 1992 e Maddux, 1991) que apresentam grelhas de auto e hetero-avaliação que podem ajudar um gestor/líder a ajustar as suas estratégias e atitudes/comportamentos no processo da negociação (Anexo B).

Situação 1 – Escolha a Abordagem mais adequada ao caso descrito

Ana é chefe de uma equipa de 12 enfermeiros numa unidade cuidados de saúde com 30 doentes. Uma enfermeira nova e uma auxiliar passaram a integrar a equipa há duas semanas. Hoje estamos num dia muito agitado, com muito trabalho para fazer. Durante o turno da manhã, a Chefe Ana deparou-se com a nova enfermeira a fazer longos períodos de descanso, intervalos, no sofá da sala de trabalho, ou a conversar no balcão de atendimento, apesar das muitas necessidades dos doentes não estarem atendidas. A Ana delegou à nova enfermeira algumas tarefas e períodos de tempo para a sua realização. Mais tarde a Ana descobre que tais tarefas não foram realizadas. Procurou a enfermeira e identificou que a mesma estava na hora de almoço, sem ter comunicado a ninguém. A Ana fica enfurecida com a sua aparente indiferença, quando regressou ao serviço.

Situação 2 – Analise o texto que se segue

“Uma boa comunicação - Boa comunicação não significa a utilização do português polido, intelectual e pedante ou de palavras inglesas da moda para impressionar. Boa comunicação é se fazer entendível, é passar a mensagem de forma clara e não deixar que os ruídos desviem o significado, é ter a certeza que seu liderado entendeu, é falar a língua de cada um. Relacionamento interpessoal - É reconhecido na história que os maiores líderes foram aqueles que desceram do pedestal e caminharam entre o povo. Entre eles, está Jesus Cristo. Muitos hoje ainda mantêm o sistema de castas dentro das organizações e ainda ficam perguntando-se: por que ninguém segue minhas orientações? Desça, misture-se com seus liderados, conheça ao máximo cada um, ganhe seu coração depois sua mente. Empatia - Não faça aos outros o que não gostaria que fizessem a você. Coloque-se no lugar do outro, tome sobre si todas as responsabilidades e sinta todos os seus sentimentos. Isto é empatia. Persuasão - O líder precisa convencer, mudar conceitos, hábitos. Comportamentos e isso só é possível através da persuasão. Persuadir não é coagir, é ter argumentos mais fortes, mais convincentes, baseados na verdade e nos objetivos da organização. Imparcialidade - Tratar as pessoas com os mesmos pesos e as mesmas medidas. Evitar os apadrinhamentos, os grupos fechados. É normal que exista mais afinidades com algumas pessoas, mas isso deve ficar para outra esfera de convivência, no trabalho a competência deve ser o diferencial. Administração de conflitos - O filósofo Platão disse "onde estiver o homem, aí está o problema". O líder precisa saber administrar os conflitos pessoais. Ideias antagônicas se não bem administradas geram sérios conflitos pessoais e rebentam com o clima organizacional. Diplomacia - A arte de negociar é uma habilidade que destrói fortalezas. A capacidade de negociação está constantemente na frente do líder. Dinamismo - A palavra vem do grego "Dunamis" que significa poder, força. O líder é alguém de quem se espera disposição, audácia, entusiasmo. Não pode ser alguém omissa, fraco, envergonhado. Tem que assumir a frente e dar voz de comando com força, com energia. Tem que estar carregado de força como o "dinamite". Feedback - O tão falado retorno. A retroalimentação da informação. É considerado um importante fator motivacional para o colaborador. Processo educativo - Ninguém nasce sabendo nem pronto para realizar nada neste mundo, precisa ser trabalhado. O líder, acima de tudo tem que ser um educador e ter essa consciência de que o processo educativo não tem fim e de que ele se realiza também nas empresas. Bom ouvinte - Dois ouvidos e uma boca. Nada mais pedagógico do que esta lição do Criador. O mundo quer ser ouvido, todos querem ser ouvidos. Quem não pára para escutar, jamais saberá os verdadeiros clamores da alma humana. Somente o ato de ouvir já soluciona muitos problemas. Trabalho em equipa - Aprenda a dividir os louros das vitórias. Elimine o "EU" do seu vocabulário. Experimente a sinergia do "NÓS" (Francisco, 2007: 2-3 cit. in Carpelli, S. & LaraL., F., 2008: 14).

c. Trabalhar com os meios de comunicação

Para trabalhar a comunicação

O gestor deve estar atento aos fluxos e sistemas de informação que ocorrem dentro da sua organização, na medida em que existe diversidade de formações desta e da mesma ser específica.

Criar o hábito de informar os profissionais sobre os factos, resultados ou informações julgadas importantes à sua dimensão, facilita a clarificação de metas, ideias e valores, possibilitando o entendimento da cultura que se pretende ser seguida.

Em organizações complexas, os **canais de comunicação** utilizados pelo gestor podem adquirir diferentes orientações: ascendente, descendente, horizontal ou diagonal, ou ainda a forma mais informal, do boato.

A clareza de uma mensagem é bastante afectada pelo modo de comunicação utilizada. Geralmente quanto mais directa for maior a probabilidade dela ser clara (Marquis, B. L. & Huston, C. J., 1999).

A comunicação como um processo

A vida de uma organização e os processos de gestão só são viáveis se existir comunicação. A comunicação é pois um processo de transferência de informação, ideias, conhecimentos e sentimentos entre as pessoas. Nas organizações é impossível conseguir atingir os objectivos sem comunicação. O sucesso de muitos gestores deve-se à sua capacidade em comunicar com as pessoas. A comunicação fornece os meios através dos quais os membros das organizações são levados a implementar as acções planeadas e com entusiasmo e motivação (Teixeira, 2013).

Na comunicação é importante perceber: o que deve ser comunicado, as redes de comunicação, as barreiras à comunicação, o desenvolvimento da capacidade de comunicação e os efeitos das novas tecnologias.

Estratégias organizacionais de comunicação:

A comunicação, no âmbito da organização, é um processo complexo, mas existem estratégias que podem aumentar a possibilidade de tornar a comunicação clara e completa:

- Seleccionar os canais de comunicação a utilizar tendo em consideração a natureza da organização - formais (ascendente-descendente) e informais (dentro do mesmo nível ou níveis diferentes, horizontal, diagonal ou “em gavinha”);
- Efectuar uma comunicação clara e precisa;
- Procurar obter feedback relativamente à percepção da comunicação;
- Evitar a sobrecarga dos funcionários com informação.

(Teixeira, 2013)

Redes de comunicação:

As diferentes posições dos indivíduos na organização são percebidas pela análise da estrutura, mas também as estruturas dos grupos podem ser caracterizadas pela rede de comunicação que lhes é própria (em roda, em Y, em cadeia, circular e interligação total) (Teixeira, 2013).

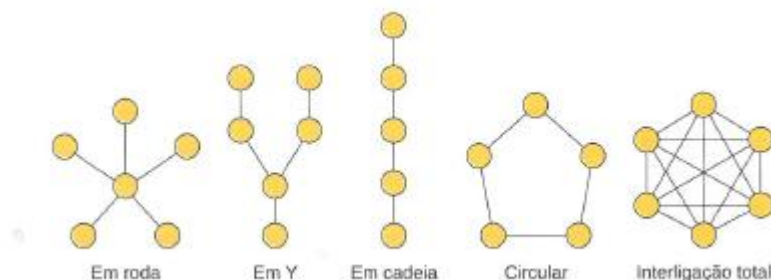


Figura 10 – Redes de comunicação¹⁷

Barreiras à comunicação:

Ao longo do processo de comunicação podem existir diversas barreiras nomeadamente:

- Técnicas - tempo e oportunidade da comunicação, *timing*; sobreinformação; diferença de cultura;
- De linguagem e psicológicas - filtragem de informação; grua de confiança e abertura dos gestores; sentimentos de inveja; *stress*; ouvir o que se espera ouvir; diferenças de percepção.

A eficácia da comunicação implica que os destinatários percebam correctamente as mensagens pretendidas, caso contrário os objectivos não são percebidos pelos membros nem as decisões da gestão, abrindo caminho para o insucesso, pelo enviesamento, deturpação e danificação da mensagem.

Desenvolvimento da capacidade de comunicação:

A eficácia da gestão da organização ou de um departamento só é possível se os gestores a qualquer nível forem dotados de uma forte **capacidade de comunicação e a desenvolverem. Este é um imperativo e desafio aos gestores.** O desenvolvimento da capacidade de comunicação passa por trabalhar a empatia, o saber ouvir, possuir técnicas de leitura, a observação, a linguagem corporal e pela importância da acção (os colaboradores lêem as acções dos gestores).

Modos de comunicação:

A forma de comunicação utilizada pelo gestor/líder também pode variar:

- **Através da escrita** – a escrita é uma habilidade, reflecte a organização, a gestão e o gestor. A escrita deve apresentar uma organização lógica do material, com pensamentos

¹⁷ Fonte: Teixeira, S. (2013). Gestão das organizações. (3ª Ed.) Lisboa: Escolar Editora. p. 264.

conectados, expressando ideias semelhantes de maneira semelhante, através de escrita simples, em frases curtas e palavras de acção, oferecendo coerência na redacção.

Para reflexão

- 1- *Quais os modos de comunicação que usa mais frequentemente?*
- 2- *Como comunica o seu chefe consigo/ com a sua equipa?*
- 3- *Qual é o seu preferido e porquê?*
- 4- *Quais os mais difíceis e porquê?*
- 5- *Como costuma construir uma carta?/Construa uma carta como costuma receber.*
- 6- *Avalie o sistema de comunicação no seu serviço/departamento/organização*

- **Interpessoal** – possuir capacidades que incluem a comunicação não-verbal, a comunicação afirmativa e a capacidade para ouvir. Destaca-se o poder da comunicação não-verbal, dos seus indicadores, porque muita da comunicação ocorre por esta via e precisa de validação no contexto verbal.
- **Comportamento assertivo** – forma de comunicação que permite a expressão de modo directo, honesta e adequada. Não infringe os direitos das pessoas. Existe posição firme nas declarações. É uma comunicação que exige sempre a coerência entre a mensagem verbal e a não-verbal.

Numa organização um líder/gestor precisa de possuir capacidades bem desenvolvidas de comunicação assertiva.

- **Através das tecnologias da informação e comunicação:**

Face ao paradigma de mudança, os meios tecnológicos desafiam o tempo, o espaço e o conhecimento, passando a estar no centro de toda a actividade dos gestores. Porquanto, as tecnologias de informação passam a constituir-se num recurso fundamental à gestão (Teixeira, 2013).

Face às condições mundiais, à globalização, os sistemas de informação são uma realidade na saúde. Segundo Carpetto e Fonseca (2006: 299), a Sociedade de Informação é onde o desenvolvimento assenta sobre a evolução e a integração das tecnologias da informação e da comunicação, recurso favorecedor da circulação, a troca de informações e conhecimentos, logo, actualizações e inovações.

Expressa também uma economia da informação e do conhecimento, onde o computador se torna num meio essencial para a reflexão em todos os aspectos das áreas de informação.

Os avanços tecnológicos e a inerente diferenciação dos recursos podem interferir na concretização dos objectivos da organização. De realçar que tal interacção deverá acontecer num sistema integrado de informação, necessário ao funcionamento e processamento da

mesma, de modo a facilitar quer o planeamento quer a participação na tomada de decisão. Tal sistema de informação torna-se essencial ao funcionamento da organização de saúde, e entra a em todas as fases de planeamento, da organização, do controlo, da avaliação.

A finalidade da gestão da informação é aumentar o rigor e a qualidade do desempenho das organizações, é a transformação da própria informação na acção.

A utilização das tecnologias de informação na gestão das organizações acontece em novos alicerces da informação que potencializam a comunicação, modificando os processos de produção.

Neste seguimento, a mudança nos gestores de uma organização de saúde deve ser acompanhada da substituição e modernização dos processos de trabalho tradicionais por processos virtuais, aproveitando para optimizar as ferramentas e transformar a estrutura e a formação profissional.

É fundamental que as organizações possuam sistemas de informação capazes de suportar a informação necessária à gestão dos diferentes recursos e à tomada decisão. O acesso a bases de informação externa existentes e a sua utilização na informação agregada de funcionamento interno é capital para o acompanhamento da evolução/ inovação ambiental e a definição de estratégias e objectivos.

Esta harmonia da organização possibilita uma visão mais integral da prestação dos cuidados e a participação de todos num novo desenho organizacional.

Para reflexão

A comunicação constitui o núcleo das actividades da gestão. Ela é transversal e instrumento essencial a todas as fases do processo de gestão.

Para trabalhar com os meios de comunicação social

A actualização da e em sociedade passa pelo trabalho dos meios de comunicação social que, por sua vez, são um veículo de influência na opinião pública (seja a imprensa escrita, televisiva, radiofónica ou outra...).

As pessoas sentem uma necessidade crescente de se manterem informadas, exigindo mais informação. As empresas de informação/meios de comunicação entram em concorrência e a busca de factos que constituam notícia é incessante.

Porém, para a produção da notícia, os meios de comunicação têm núcleos de interesse, como sejam, os dirigentes das instituições, do governo, representantes de grandes organizações, direcção e chefia, entre outros. A área da saúde não é excepção.

Se por um lado urge interesse público/ da sociedade na transparência organizacional, por outro os representantes dessas mesmas organizações, enquanto responsáveis pela gestão e liderança, têm de responder a essa realidade, sem existir atalho para a fuga.

Para os gestores, conviver com os meios de comunicação requer capacidades e a adopção de estratégias, na medida em que têm e devem comunicar, dar informação, porque é isso que se espera.

Estrategicamente, é importante existir um trabalho que satisfaça a ambos, na medida em que se precisam mutuamente (oferecer informação que é preciso, mas apenas aquilo que a empresa pode dar no momento).

É de lembrar que o jornalista necessita de notícias, algo apelativo, que produza e desencadeia história. Na verdade, aproveita os factos porque hoje estes são notícia e amanhã podem não ser. (ICN, 2012a)

Elementos chave para os gestores/líderes comunicarem efectivamente com os meios de comunicação:

- Ser capaz de manter e fazer passar a mensagem:
 - Dar informação à comunidade;
 - Desconstruir a publicidade negativa;
 - Desfazer mitos e corrigir questões incorrectas, respondendo à comunidade;
 - Reagir perante crise.
- Domínio da capacidade de comunicar, fazendo passar a mensagem:
 - Produzir uma mensagem portadora dos atributos da comunicação (clareza, precisão, concisa, confiança, fiável, convincente, categórica). Não pode ser rebuscada;
 - Demonstrar capacidade na mensagem produzida;
 - Ter em atenção o tipo de meio de comunicação social e ajustar-se à natureza das suas exigências.
- Desenvolver uma relação de trabalho efectiva entre gestor e jornalista:
 - Manter atenção sobre a disponibilidade para dar entrevista;
 - Manter atenção ao risco do boato jornalístico;
 - Manter atenção à perda de interesse sobre um facto, pelo jornalista;
 - Desenvolver o acolhimento e o respeito pelos prazos do jornalista;
 - Perceber o que o jornalista precisa de saber mas também sobre os seus próprios limites (Conversa em *off record*);
 - Explicar porque não quer comentar algo;
 - Perceber que quanto mais alargada for a informação/maior é o risco da distorção;

- Economizar informação e ser ambíguo tem maior probabilidade de gerar uma notícia negativa;
- Pensar sempre na hipótese alternativa (proactiva) e mais-valia de um comunicado de imprensa.

(ICN, 2012a)

Uma entrevista carece de preparação (conforme o meio de comunicação), na qual devem ser tidos em consideração (ICN, 2012a):

- **Alerta 1** - Recolher a informação relevante, sustentada; estudar sobre o que pode ou não dizer; perceber, delegando, que outros podem estar melhor neste papel de entrevistado;
- **Alerta 2** - A preparação do entrevistado ajuda ao sucesso da entrevista; clarificar sobre as razões desta entrevista/escolha; presença de outros intervenientes; alinhamento dos assuntos/questões; espaço/tempo da entrevista;
- **Alerta 3** - Lançamento de questões embaraçosas; controvérsias; desafios; críticas pessoais; situações de crise; situações negativas, outras notícias, entre outras;
- **Alerta 4** - Actualizar-se, antes, sobre como estar em cada um dos meios; dar atenção em televisão à apresentação física (roupa, gestos), tempo de antena e à presença de câmaras.

Na rádio, atenção especial ao discurso, à sua coerência, à colocação da voz, aos conceitos chave e apelativos usados na mensagem, ao tempo de antena previsto.

Na imprensa escrita, nem sempre o privilegiado pelo entrevistado também o é para o entrevistador.

- **Alerta 5** - Treinar o uso de linguagem simples; evitar termos técnicos; não ignorar o impacto dos seus comentários/críticas; focar-se na informação que interessa à comunidade.

Para reflexão

O que se deve comunicar?

“Dar ao jornalista o que precisa saber, o que veio buscar”

O que desenvolver para comunicar com os meios de comunicação?

d. Desenvolvimento de políticas

O panorama actual da saúde é caracterizado pelo conflito balizado por limitações económicas e o crescente aumento de necessidades em saúde/procura dos serviços. Fenómeno, em que os países são impulsionados a decidir sobre a qualidade e quantidade de cuidados para os quais têm possibilidades, nomeadamente económicas. (ICN, 2012a).

Linhas orientadoras para as políticas de saúde efectivas

1. A nível do desenvolvimento de políticas:

- Os países devem decidir sobre a quantidade e a qualidade dos cuidados de saúde para os quais têm possibilidade económica;
- As profissões de saúde devem contribuir para a tomada de decisão e implementação de reformas dos serviços de saúde;
- A Enfermagem deve e tem de recorrer aos seus serviços especializados e experiência para melhorar os cuidados de saúde;
- A Enfermagem deve e pode desenvolver as aptidões/competências e a confiança para influenciar as políticas com estatuto;
- Os governos operam com objectivos e requisitos;
- Os cuidados de saúde no mundo tornam-se assuntos políticos, conforme reforça a ONU;
- A Enfermagem pode dar contributos da maior importância na definição das políticas de saúde;
- Os enfermeiros interagem directamente/proximamente com os consumidores dos cuidados;
- Os enfermeiros são um elemento crucial da equipa de cuidados de saúde;
- Os enfermeiros trabalham continuamente com as restrições de custo-qualidade na prestação de cuidados;
- Os Enfermeiros estão numa posição excelente para aconselhar sobre o impacto das políticas dirigidas ao custo-efectividade dos cuidados de saúde.

(ICN, 2012a)

É relevante perceber que no desenvolvimento de políticas de saúde são contempladas algumas componentes, como o processo de elaboração de políticas; a reforma política; o ambiente político e os responsáveis pela elaboração de políticas.

2. Sobre a elaboração de políticas de saúde

Estamos perante um processo onde o governo ou uma sociedade define as suas actividades e atribui recursos – política pública, como sejam as políticas de governo sobre financiamento dos serviços de saúde.

Sobre o processo de elaboração de políticas:

- **1ª Fase – Formulação:** contributos de diferentes dados, epidemiológicos, investigação etc. Ideias e opiniões de pessoas, grupos e organizações fundamentais. A finalidade e os resultados desejados são claramente identificados. Com a selecção das estratégias orientadas para a finalidade e o contexto (mais apropriadas), estas são reconhecidas e consideradas nas implicações dos recursos;

- **2ª Fase – Implementação:** inclui a divulgação de informação sobre as políticas, transferência de conhecimentos, formação de pessoas essenciais e colocação do plano das políticas em acção;
- **3ª Fase - Avaliação/feedback:** monitoriza e analisa o progresso e os resultados da implementação (efectividade das estratégias, modificações introduzidas, adequação e efectividade da informação e formação, bem como dos recursos atribuídos).

A reforma política

Segundo o ICN, a **reforma política** reporta-se às mudanças nos programas e nas práticas, onde as decisões para a mudança devem reflectir as escolhas de valores. A reforma política na saúde inclui:

- Reformar prioridades, atribuir/mobilizar verbas de um sector para outro;
- Reformar as instituições/organizações. Exemplo: descentralizar a gestão e tomada de decisão. Colocar a tónica no desenvolvimento de uma cultura organizacional focada no desempenho e nos resultados;
- Reformar o financiamento, como seja, introduzir privatização ou procedimentos de recuperação de custos;
- Reformar o ambiente regulador, como seja, a venda de medicamentos ou regular/desregular as profissões de cuidados de saúde.

Ambiente político

É a área na qual os processos de elaboração de políticas acontecem. Podem incluir o governo, grupos de interesse, associações profissionais de prestadores de cuidados de saúde, a comunicação social, a opinião pública e outros.

Os responsáveis pela tomada de decisão na elaboração de políticas

Constituem-se como os principais intervenientes/interessados, no ambiente das políticas, que variam com o País, o sistema político ou mesmo o tipo de políticas. Alguns países não incentivam a consulta alargada ou debate público durante o processo de desenvolvimento de políticas. (ICN, 2012a).

Em síntese:

Os enfermeiros têm posições de influência nas áreas anteriormente referidas. Também a Enfermagem, enquanto profissão organizada (como sejam associações nacionais de enfermeiros), pode fazer a diferença.

No processo de elaboração das políticas, a influência pode ainda acontecer:

- Pela ocupação de cargos de Enfermagem;
- Ao nível do governo;
- Ao nível das associações de enfermeiros que podem, efectivamente, assumir diálogo regular com o governo (investigações).

A reforma das políticas implica desenvolver alertas para as mudanças propostas nas prioridades; a estrutura; o funcionamento do sistema de saúde; o financiamento dos cuidados; e o ambiente regulador.

Na esfera dos responsáveis pela elaboração de políticas, o objectivo da Enfermagem deve ser simples, como integrar o grupo, articular e demonstrar o valor do contributo que a profissão pode dar e ser reconhecida como parte relevante e integrante no processo.

(ICN, 2012a)

A presença dos enfermeiros (individual) de modo efectivo no processo das políticas:

O ICN (2012a) faz algumas recomendações relativamente à presença dos enfermeiros no processo das políticas, nomeadamente:

- Estar actualizado e ter conhecimento sobre questões da comunidade e públicas/impacto na saúde. Dialogar e comunicar com outros;
- Escrever e publicar/influenciar a opinião fazendo chegar a perspectiva da Enfermagem;
- Integrar/envolver-se em associações – contributo em grupo é mais alargado e aumenta a credibilidade;
- Conhecer os intervenientes – precisão e persuasão em encontros/reuniões;
- Conhecer as posições e redes da Enfermagem;
- Conhecer/identificar enfermeiros influentes para a Enfermagem;
- Comunicar a posição promovendo a presença.

A influência na política de saúde pelas associações nacionais de enfermeiros

A relevância surge na responsabilidade que conduz à influência e contributos para as políticas de saúde. Para além das recomendações enunciadas a nível individual, que também se adequam às associações, devem estas efectuar a distinção entre as políticas de saúde e as políticas relacionadas com a saúde, bem como conhecer os aspectos que têm impacto na saúde.

Para reflexão

Apresentação de pelo menos 10 elementos tácticos em que Enfermagem possa contribuir de modo efectivo.

A preparação dos enfermeiros e da Enfermagem para o papel no desenvolvimento de políticas

É importante que os enfermeiros se façam ouvir, estando presentes, intervindo. A preparação efectiva e a orientação vai robustecê-los de competência e confiança para participar nos grupos, debates públicos, questionamentos de opiniões.

Para reflexão

Há que empreender em todos os passos, ... assegurando que recebam uma preparação que lhes permita serem líderes articulados e efectivos.

1 - O que se lê?

2 - O que se propõe fazer?

3 - O que é necessário bordar?

A preparação efectiva dos enfermeiros pode conduzir a enfermeiros com maior aptidão e confiança para intervir, interagir e defender posições publicamente. Neste sentido, deve existir uma intervenção a nível nacional, nomeadamente:

- **Integrar a liderança nos programas curriculares e de formação** (Currículos de formação Básica, pós-básica e formação contínua);
- **Escolher enfermeiros (jovens) com potencial para liderança**, e proporcionar-lhes oportunidades de desenvolvimento de liderança - programas específicos (ganhos em competência/aptidões e confiança);
- **Integrar no ensino de gestão o desenvolvimento organizacional** – o foco na cultura positiva, na inovação, soluções alternativas, no desempenho, e nos resultados.
- **Os enfermeiros formadores devem ter uma nova visão sobre o ensino da liderança** - preparação destes enfermeiros para métodos de ensino que desenvolvam qualidades de liderança.
- **Avançar na promoção de uma atitude positiva sobre o contributo da Enfermagem** – afirmação dos enfermeiros nas diferentes áreas da intervenção em Enfermagem. A forma como a profissão se comporta; a dinamização estratégica das associações de enfermeiros na valorização da Enfermagem como interveniente na mudança social.

(ICN, 2012a)

Para reflexão

1 - É fundamental comunicar com qualidade em tudo o que fazemos ... os enfermeiros são todos embaixadores da sua profissão e têm de ser vistos continuamente na procura da excelência...

2 - O que precisamos fazer para que a contribuição positiva dos enfermeiros seja melhor recebida e percebida pelos outros?

3 - Como aumentar as atitudes públicas para com a profissão?

A possibilidade de influenciar decisões em saúde torna-se crítica, mas os enfermeiros são um potencial fundamental, pelo que devem garantir essa participação enquanto agentes activos na política de saúde, e assim terem impacto na política nacional. (ICN, 2014)

Nesta sequência, lembramos que (ICN, 2014):

- “É essencial que os enfermeiros e os líderes mundiais se foquem sobre a força de trabalho global de Enfermagem como uma prioridade chave para atingir melhor saúde para todos (ICN, 2014: 8);
- “A melhoria do ambiente de trabalho é o aspecto fundamental para melhorar a segurança dos doentes e a qualidade dos cuidados de saúde” (ICN, 2014: 7) (...) “e é no local de trabalho que existe o maior potencial para transformar a prestação de cuidados e a experiência do doente” (ICN, 2014: 27);
- Os “líderes a todos os níveis na organização precisam de se preocuparem com os seus empregados como indivíduos e de trabalhar em colaboração para atingir os objetivos que identificaram para os seus doentes e comunidades” (ICN, 2014: 31);
- “A utilização mais eficaz dos recursos de enfermagem ocorre quando os enfermeiros são capazes de praticar em toda a extensão da sua educação, formação e capacidades. Isto requer que muitas partes do sistema trabalhem de forma flexível e cada vez mais numa velocidade que apoie oportunidades melhoradas para aprendizagem e desenvolvimento” (ICN, 2014: 30).

No âmbito do Dia Internacional do Enfermeiro (DIE) de 2014 (ICN) foi apresentada uma fórmula baseada na evidência, que sendo aplicada a nível global ou local nos sistemas de saúde é fundamental para compreender como fazer o melhor com o recurso vital que é a Enfermagem.

Fórmula

Uma força de trabalho de enfermagem educada + um bom ambiente de trabalho = cuidados de elevada qualidade

(ICN, 2018: 7)

De referir que o *kit* de ferramentas do DIE, preconiza, inspira os enfermeiros a “mudar a imagem” e a demonstrar aos governos, aos empregadores e à sociedade que os enfermeiros são o recurso vital para a saúde (ICN, 2014). Até porque, sendo um dos maiores grupos de profissionais de saúde, os mais próximos e, frequentemente, os únicos profissionais de saúde disponíveis para a população, os enfermeiros têm a responsabilidade de melhorar a saúde da população e contribuir para atingir os objetivos de desenvolvimento global.

Para reflexão

- 1 - É essencial que os enfermeiros e os líderes mundiais se focalizem sobre a força de trabalho de Enfermagem como uma prioridade chave para atingir melhor saúde para todos. (ICN, 2014: 8)
- 2 - A segurança da oferta de enfermeiros mantém-se um problema real e evidente em muitos países. (ICN, 2014: 10)

Integramos um mundo em constante mudança e responder a estas mudanças é difícil se apenas tivermos uma abordagem local. Mas, enquanto contexto local, é fundamental estarmos cada vez mais unidos globalmente para compreender e desenhar serviços.

Logo, estamos mais interdependentes em termos de recursos chave e a saúde não é excepção. Os mercados de trabalho para profissionais de saúde estão a mudar. As regras estão a mudar e as conjecturas do passado simplesmente não se aplicam ao mundo actual. Até porque muitos dos modelos governamentais utilizados para calcular a participação da força de trabalho têm sido baseados na compreensão de como os homens participam na força de trabalho e o termo “planeamento de recursos humanos” é ainda utilizado. Porém, a Enfermagem, na maioria dos países, é uma profissão dominada por mulheres e, como tal, pode ser difícil desenvolver um modelo suficientemente sensível para reconhecer os modos particulares em que os enfermeiros participam na força de trabalho (ICN, 2014).

As características da globalização da educação profissional

O planeamento da força de trabalho ocorre a diferentes níveis desde o global, nacional, regional ao local. Idealmente os resultados dos sistemas utilizados localmente irão formar a base dos planos regionais e nacionais.

Um conhecimento robusto dos trabalhadores locais é fundamental e o envolvimento dos enfermeiros a todos os níveis da tomada de decisão é uma mais-valia. É comum ter enfermeiros a nível governamental com um papel direccionado para o planeamento da Enfermagem e que, por sua vez, servem de ligação a enfermeiros chave dentro de todo o sistema (ICN, 2010b).

Para Reflexão

Como o planeamento da força de trabalho funciona na sua organização?

Está activamente envolvido no desenvolvimento e melhoria contínua dos sistemas que são utilizados?

As abordagens utilizadas são consistentes e interligadas para o planeamento da força de trabalho de Enfermagem no seu sistema de saúde?

O envolvimento dos enfermeiros no desenvolvimento do diálogo político da saúde sustentável é fundamental para a realização do potencial da Enfermagem.

Os enfermeiros têm uma contribuição importante no planeamento da tomada de decisão nos serviços de saúde e de políticas de saúde apropriadas e eficazes. Podem e devem contribuir para a política pública relacionada com a preparação dos profissionais de saúde, sistemas de prestação de cuidados, financiamento em saúde, ética na saúde e determinantes em saúde (ICN, 2008).

Sobre os Objectivos do Desenvolvimento Sustentável

Alguns aspectos a considerar

Estes objectivos baseiam-se nos progressos dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), mas vão muito mais longe e abordam questões que afectam as pessoas, o planeta, a prosperidade, a paz e as parcerias. Em Setembro de 2015, os líderes mundiais concordaram em 17 objectivos e em 169 metas. Nos próximos 15 anos, os países mobilizarão esforços para acabar com todas as formas de pobreza, combater as desigualdades e fazer face às alterações climáticas, assegurando ao mesmo tempo que “ninguém é deixado para trás”.

Os enfermeiros preocupam-se com os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável:

- Os enfermeiros cuidam dos outros;
- É a coisa certa a fazer;
- A mudança é possível;
- É a nossa saúde.

Oportunidades para a Profissão/Enfermagem

A Enfermagem tem um caminho de forte tradição de estudo dos determinantes da saúde. A perspectiva de Nightingale tem muito a ver com a sua época, embora continue a ser notavelmente relevante para o nosso tempo - atenção para (re)olhar à nossa volta e despertamos.

e. Governo e gestão

Sobre Governação

De um modo geral, é um conceito que surge associado à reforma na saúde e a tentativas de melhorar a gestão do sistema de saúde.

A governação tem sido considerada como o conjunto de acções e meios adoptados por uma sociedade para promover uma acção colectiva e lançar soluções na procura de objectivos comuns. A governação está relacionada com a forma como os governos e outras organizações sociais interagem, a forma como se relacionam com os cidadãos e como as decisões são tomadas neste mundo complexo.

A governação é um processo através do qual as sociedades ou as organizações tomam as suas decisões mais importantes. Em termos organizacionais, um dos objectivos da boa governação é o de permitir que a organização realize todo o seu trabalho e implemente a sua missão. Uma boa governação reflecte-se em termos de efectividade organizacional e está sobretudo relacionada com o atingir dos resultados desejados e da forma correcta. Não importa, apenas o resultado em si, mas, a forma como é atingido. Não existe um enquadramento universal para a

boa governação. Cabe a cada organização definir, à sua medida, o seu enquadramento de boa governação, de modo a tocar as suas necessidades e os seus valores.

O foco situa-se na responsabilização pelo desempenho e pelos resultados.

Admitem-se alguns princípios para balizar a boa governação nas organizações, como sejam:

- A participação;
- A orientação de consensos;
- A visão estratégica;
- A resposta;
- A efectividade e eficiência;
- A prestação de contas/responsabilização;
- A transparência;
- A equidade de prioridades;
- O uso e a alocação de recursos;
- As pressões provenientes de utilizadores.

Desta forma, para uma boa governação na saúde deve-se considerar um conjunto de práticas recomendadas que definem as regras do empreendimento relativamente à tomada de decisão, à implementação de soluções, à sua avaliação e monitorização e, consequentemente, à correcção no caso de eventuais desvios. Ou seja, tacitamente estamos a falar da capacidade de implementar mudanças efectivas que permitam melhorar o sistema de saúde.

A gestão corporativa torna-se responsável perante a direcção pelo desempenho e pelos resultados. Por sua vez, a direcção é responsável pelos seus accionistas, governo.

O governo surge envolvido a nível macro e as direcções são responsáveis perante o governo pelo desempenho das suas organizações (há situações de privatização).

A direcção torna-se na responsável pelo estabelecimento de políticas para a organização. A gestão da organização surge como responsável pelas operações e pela implementação da política.

A reforma no sistema de saúde enfatiza a separação da política da gestão; a delineação de desempenhos esperados; a promoção de formas de medir o desempenho e o garante da responsabilização (ICN, 2012a).

[Sobre direcção e gestão](#)

Para um trabalho complementar na organização

Tanto a direcção como a gestão devem saber detalhadamente o que se espera de cada uma delas. Saber claramente os respectivos objectivos. Saber especificamente os seus papéis. Tudo para avançar num trabalho de complementaridade.

Na construção de relações

Tanto a direcção como a gestão devem formar uma equipa assente na confiança mútua, com objectivos partilhados e um compromisso profundo face à visão e missão.

Estratégias a dinamizar

- Formar equipas para trabalhar questões sobre a missão, cultura e valores, mas também sobre os desempenhos de cada um dos intervenientes/colaboradores;
- Formar um pacto entre direcção e chefia sobre a partilha da informação, com acordos de comunicação;
- Incorporar os membros em projectos específicos, optimizando a força do trabalho, enquanto peritos e talento;
- Incorporar formas de análise periódica/regular dos objectivos e dos desempenhos;
- Incorporar formas de suprimir incidentes, desobstrução do alinhamento com a missão;
- Promover formas de manter flexibilidade, objectividade e abertura no sentido de aceitar outras formas de fazer;
- Providenciar formas de ajuda profissional para colmatar diferenças entre direcção e chefia.

Alertas a ter em consideração na relação direcção e gestão

No caso de a direcção querer envolver-se demasiado na gestão e viver mergulhada em detalhes pode incorrer em:

- Esquecimento de questões chave – relacionadas com sucesso/insucesso;
- Concentração em causas específicas – desenvolvimento de afinidades pessoais;
- Perda da sua função/identidade – ignorar política, estratégias, objectivos a longo prazo;
- Presença de talentos/aptidões – não rentabilizados/usados;
- Gestão desencorajada – pessoas a demitirem-se;
- Gestão envolvida em detalhes ignora questões chave - perda de oportunidades reais;
- Atritos entre direcção e gestão/presidente/director executivo em detrimento dos próprios e ambos.

(Shaw, 2002)

Em confusão de funções, usurpação de papéis ou a gestão tentar adoptar o papel da direcção pode acontecer:

- Centralização de papéis – sem separação da responsabilização política e de operações;
- Direcção ineficaz - capacidades não usadas/optimizadas, com desistência/demissão dos membros;
- Organização concentrada no curto prazo, em vez de focada nas estratégias e oportunidades reais;
- Gestão envolvida em detalhes ignora questões chave - perda de oportunidades reais;

- Atritos entre direcção e gestão/presidente/director executivo em detrimentos dos próprios e ambos.

(Shaw, 2002)

Para reflexão

*Que problemas podem desencadear tais questões?
Quais os pontos-chave da governação e gestão?
Quais as estratégias que fortalecem a gestão e governação?*

*A direcção tem compromisso. Quais?
A gestão tem compromissos. Quais?
(Responsabilidades? Estabelecimento de Medidas para conseguir/monitorizar a qualidade, cumprir a missão, desempenho...?
Implementação de medidas, criar ambiente ou cultura necessárias para conseguir os resultados, e garante do desempenho e obtenção dos resultados.*

Situação 1

*1 – Apresente a observação da realidade no seu serviço/unidade/hospital. Seguidamente, apresente a sua análise, em termos de gestão e governação.
Quais as estratégias que podem ser reforçadas?*

Referências Bibliográficas

- Carpelli, S. & LaraL., F. (2008). Liderança uma discussão teórica. *Revista Eletrônica Lato Sensu* – Ano 3 (1), pp. 1-20.
- Carapeto, C. & Fonseca, F. (2006). *Administração pública – Modernização, Qualidade e Inovação*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Chiavenato, I. (1983). *Introdução à Teoria Geral da Administração*. (3ª Ed.) São Paulo: McGrawHill do Brasil.
- Cunha, P. (2001). *Conflito e Negociação*. Porto: ASA Editores.
- Drucker, P. (2002). *Managing in The Next Society*. Oxford: Butterworth Heinemann.
- Gardner, J. W. (1990). *On Leadership*. New York: The Free Press.
- *International Council of Nurses – ICN*. (2012a). Linhas orientadoras para a modelação de políticas de saúde efectivas. Edição Portuguesa. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- *International Council of Nurses – ICN*. (2012b). Regulamentação 2020: Exploração do Presente; Visão para o Futuro. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- *International Council of Nurses – ICN*. (2014). Enfermeiros: Uma força para Mudar – Um Recurso Vital para a Saúde. Dia Internacional do Enfermeiro 2014. Edição Portuguesa. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- *International Council of Nurses – ICN*. (2017). Enfermeiros: Uma voz de Liderança. Dia Internacional de enfermeiro de 2017. Edição Portuguesa. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Jesuino, J. C. (1992). *A Negociação: estratégias e táticas*. Lisboa: Texto Editora.
- Kennedy, G.; Benson, J.; McMillan, J. (1986). *Cómo negociar com éxito*. Bilbao: Deusto.
- Kouzes, J. M. and Posner, B. Z. (1988). *The Leadership Challeng: How to Get Extraordinary Things Done in Orrganisations*. San Francisco: Jossey-Bass Publishhers.
- Maddux, R. B. (1991). *Negociar com sucesso, estratégias e táticas de ganhar-ganhar*. Lisboa: Monitor.
- Marquis, L. B. & Huston, J. C., (1999). *Administração e Liderança em enfermagem. Teoria e aplicação*. (2ª Ed.) Porto alegre: Artemed.
- Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves R. (Coord.). (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Nunes, P. (2007). *Estilos de liderança Ilkert*. Disponível em <http://www.old.knoow.net/cienceconempr/gestao/estilosliderancalikert.htm>. Consultado a 20 de Fevereiro 2017.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Brochura Divulgar - *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual, Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de inscrição, atribuição de títulos e emissão de cédula profissional. Aprovado em Assembleia Geral de 03 de Janeiro de 2018. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Santos. S. (2008). *Sebenta de Bioética*. Évora: Universidade de Évora – Departamento de Medicina Veterinária.

- S/n. (2013). Certidão – Escritura da Associação Ordem dos Enfermeiros da Guiné-Bissau. Ministério da Justiça – Notariado de Guiné-Bissau.
- Shaw, S. (2002). *Módulo 2 – Contexto e Foco para a Gestão e Liderança*. In Shaw, S. (2002). *Programa Liderança para a Mudança – Manual do Participante*. Tradução para a Língua Portuguesa. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Teixeira, S. (2013). *Gestão das organizações*. (3ª Ed.) Lisboa: Escolar Editora.

Diplomas Legais consultados:

- Lei nº 2/2013, de 10 de Janeiro. Diário da República n.º 7/2013 - Série I. Lisboa: Assembleia da República.
- Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro. Diário da República n.º 181/2015 - Série I. Lisboa: Assembleia da República.
- Regulamento n.º 555/2017, de 17 de Outubro. Diário da República nº 200/2017 - Série II. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento n.º 556/2017, de 17 de Outubro. Diário da República nº 200/2017 - Série I. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento n.º 558/2017, de 17 de Outubro. Diário da República nº 200/2017 - Série II. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ANEXOS

Anexo A

FORMATO SIMPLES PARA UM PLANO DE ACÇÃO

PRA1: *(Escreva aqui o primeiro PRA. Utilize uma página semelhante para cada PRA em separado)*

Objectivos, actividades	Acções	Pessoa responsável	Completado até	Indicadores de progresso
Objectivo 1: <i>(especificar)</i>				
Actividades chave: <i>(listar)</i>				
Objectivo 2: <i>(especificar)</i>				
Actividades chave: <i>(listar)</i>				

Fonte: Shaw, S. (2002). Módulo 2 – Contexto e Foco para a Gestão e Liderança. In Shaw, S. (2002). Programa *Liderança para a Mudança – Manual do Participante*. Tradução para a Língua Portuguesa. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Anexo B

	1	2	3	4	5
1. EXPÕE O PROBLEMA CLARAMENTE PROCURANDO UMA SOLUÇÃO					
2. PROCURA NÃO ARGUMENTAR					
3. PROCURA INSTENSAMENTE A SOLUÇÃO DO PROBLEMA					
4. ENFATIZA OS INTERESSES COMUNS					
5. PROCURA UM COMPROMISSO					
6. ENFRENTA ABERTAMENTE A QUESTÃO					
7. PROCURA NÃO SE ENVOLVER					
8. INSISTE NUMA DETERMINADA SOLUÇÃO					
9. ACENTUA QUE AS SUAS DIFERENÇAS SÃO MENOS IMPORTANTES QUE OS FINS COMUNS					
10. PROCURA UMA SOLUÇÃO INTERMÉDIA					
11. NÃO DEIXA CAIR A QUESTÃO SEM QUE ELA ESTEJA RESOLVIDA					
12. DESISTE FACILMENTE					
13. TENTA LEVAR A SUA POR DIANTE					
14. ATENUA AS DIFERENÇAS					
15. ESTÁ PRONTO A NEGOCIAR					
16. ENCARA O CONFLITO DE FORMA DIRETA					
17. RETIRA-SE DA SITUAÇÃO					
18. NÃO CONSIDERA UM "NÃO" COMO RESPOSTA					
19. PROCURA SUAVIZAR AS DISCORDÂNCIAS					
20. CEDE UM POUCO PARA RECEBER ALGO EM TROCA					
21. EXPRIME CLARAMENTE O SEU PONTO DE VISTA					
22. IGNORA O CONFLITO					
23. IMPÕE A SUA SOLUÇÃO					
24. ATUA COMO SE OS NOSSOS OBJETIVOS COMUNS FOSSEM DE IMPORTÂNCIA PRIMÁRIA					
25. TOMA EM CONSIDERAÇÃO AMBOS OS LADOS DO PROBLEMA					

Fonte: Jesuino, J. C. (1992). *A Negociação: estratégias e táticas*. Lisboa: Texto Editora.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SOU SENSÍVEL ÀS NECESSIDADES DOS OUTROS										
FAÇO COMPROMISSOS PARA RESOLVER PROBLEMAS SEMPRE QUE NECESSÁRIO										
ESTOU VIRADO PARA A FILOSOFIA DO "GANHAR/GANHAR"										
ACEITO MUITO FACILMENTE O CONFLITO										
ESTOU DISPOSTO A INVESTIGAR E ANALISAR ATÉ AO FIM OS PROBLEMAS										
A PACIÊNCIA É UM DOS MEUS PONTOS FORTES										
AGUENTO FACILMENTE A PRESSÃO										
ESCUTO COM MUITO AGRADO										
ATAQUES PESSOAIS E RIDICULARIZADORES NÃO ME PERTURBAM MUITO										
CONSIGO IDENTIFICAR RAPIDAMENTE AS RAÍZES DE UM PROBLEMA										

Fonte: Maddux, R. B. (1991). Negociar com sucesso, estratégias e táticas de ganhar-ganhar. Lisboa: Monitor.

Esta publicação foi produzida com o apoio da União Europeia. O seu conteúdo é da exclusiva responsabilidade do autor. Revisto pelo Projeto UE-PAANE - Programa de Apoio aos Actores Não Estatais “Nô pintcha pa Dizinvovimentu” – *Fase di Kambansa*.

Financiado pela
União Europeia:



Implementado e co-financiado pelo Instituto
Marquês de Valle Flôr:



Copyright © 2018 UE-PAANE, All rights reserved.

Endereço UE-PAANE *Fase di Kambansa*:
Rua Severino Gomes de Pina (Rua 10)
Antigo prédio da Função Pública
Bissau
Email: uepaane@imvf.org