

Satisfação profissional: Problema de gestão ou administração de recursos humanos? — O caso da enfermagem

João Santos Lucas

Problema aparentemente inexistente, o da satisfação profissional da enfermagem, revela-se extremamente gravoso quando olhado a partir dos seus efeitos: absentismo, elevada rotação de emprego, escassez de profissionais, baixa produtividade, diminuída eficiência e qualidade de serviços a par de custos acrescidos de substituição. Apesar de não serem ainda conhecidos resultados de estudos sobre a satisfação profissional da enfermagem portuguesa torna-se possível inferir, a partir de alguns dados sobre absentismo, rotação e escassez de enfermeiros, que a situação não é de modo algum entusiasmante.

Em ordem a promover o estudo do problema em Portugal divulgam-se alguns estudos norte-americanos que identificam

factores de insatisfação e satisfação da profissão de enfermagem.

O artigo finaliza com a apresentação de políticas e estratégias que contribuem para reduzir as dificuldades encontradas e para promover a sua satisfação. Apela-se nomeadamente para uma explícita redivisão do trabalho de saúde e para uma alteração da formação e investigação de enfermagem em ordem a responder aos desafios que se colocam hoje à profissão.

1. Introdução

Justificar-se-á iniciar a abordagem do problema da satisfação profissional entre os profissionais de saúde pelo caso da enfermagem?

A enfermagem não apresenta, de facto, uma situação desfavorável no contexto da força de trabalho. Usando o "motivating potential score (MPS)", Joiner et al. (1982) chegaram à conclusão de que "o emprego de enfermagem aparece como sendo comparativamente alto em potencial motivacional". De facto o MPS apresentou o valor de 155 para "enfermeiras registadas" ("Registered Nurses" nos EUA) ao passo que as profissões de gestão e técnico-profissionais se situaram em 156 e 154 respectivamente (Hackman e Oldham 1980).

Dispondo embora de um elevado potencial motivacional, a profissão de enfermagem apresenta diferentes sinais de insatisfação. Os efeitos de uma tal situação são de diversa ordem e repercutem-se ao nível da realização pessoal e profissional dos enfermeiros/as, da qualidade dos cuidados, da eficiência dos serviços e da sua produtividade.

Outra consequência parece ser a "escassez" de enfermeiros. Dir-se-á que esta é o resultado da baixa produção de enfermeiros pelas respectivas escolas. Porém diversos estudos têm demonstrado que o problema é muito mais o de

□

João Santos Lucas é Assistente da cadeira de Ciências Sociais e Humanas da Escola Nacional de Saúde Pública.

abandono da profissão que o de uma decisiva falta de produção destes profissionais. Hallas (1980) refere que 32,7% dos enfermeiros ("Registered Nurses — EUA) não estão a trabalhar, Wandelt (1980) chegou a valores superiores, isto é, segundo ele 40% dos enfermeiros registados dos EUA estão fora do mercado. Se em vez de basear esta percentagem nos enfermeiros registados o fizermos em relação aos enfermeiros produzidos, a situação surgirá ainda como mais gravosa.

Queixas, baixa produtividade, atrasos, absentismo, mudanças de emprego, pedidos de demissão são outros tantos factos que, a par dos abandonos, indiciam o mal estar da profissão de enfermagem. Saleh et al. (1965) explicava 32% dos abandonos da profissão como insatisfação com factores relacionados com o trabalho. Diamond e Fox (1958) identificaram a mesma razão para 30 a 40% das demissões, o que aliás Hallas (1980) reconfirmou. Roos (1979) conclui que a mudança de emprego entre enfermeiras registadas ("Nurse Practitioners" — EUA) é devida a uma insatisfação geral com o trabalho anterior e ao desentendimento ou conflito com o anterior empregador. Outras razões, tais como "melhores oportunidades proporcionadas pelo presente emprego" e "questões pessoais ou familiares" assumem uma posição secundária.

É evidente o prejuízo que advém deste facto para os serviços de saúde. Slocum et al. (1977) estudou as necessidades de satisfação do pessoal hospitalar e obteve uma correlação positiva entre resultados do trabalho ("job performance") e a satisfação psicológica dos trabalhadores hospitalares. Em 31 estudos de correlação, cobrindo diferentes populações, também Srivastva et al. (1975) encontraram uma relação positiva entre satisfação profissional e produtividade.

Uma outra consequência negativa diz respeito aos custos de substituição de um/a enfermeiro/a. Tsui (1977) avaliou o custo anual da rotação do pessoal dos hospitais e clínicas da Universidade de Minnesota e chegou à conclusão que este ultrapassou um milhão de dólares e 2% do orçamento de operações do hospital. Já em 1966 o custo da substituição de um(a) enfermeiro(a) orçava os \$400 dólares em custos directos. Hofman (1981) citou estimativas de custos de recrutamento e orientação para substituir um enfermeiro que oscilavam entre os \$1000 a \$2000 dólares.

Satisfação profissional da enfermagem constitui pois um real problema do sistema de saúde americano. Sucederá o mesmo em Portugal?

Nem o Departamento de Recursos Humanos nem o Gabinete de Estudos e Planeamento do Ministério da Saúde detém qualquer informação sobre o problema. Nenhuma pesquisa específica neste domínio terá sido realizada pelo Departamento de Ensino de Enfermagem do Instituto Nacional de Saúde, pela Escola de Ensino e Administração de Enfermagem ou pela Escola de Enfermagem de Saúde Pública.

Tito Morais e Nabais, têm em curso projectos de pesquisa sobre esta área, o primeiro dos quais numa fase de pré-teste e o segundo em fase de tratamento de informação. Tal facto impede-nos de os ter em consideração nesta avaliação da acuidade do problema.

Alguns trabalhos foram realizados em Portugal sobre fenómenos considerados sintomas de insatisfação. Assim um estudo sobre absentismo em serviços de saúde sugere ser a profissão de enfermagem a que detém valores mais elevados. Contra uma taxa geral de absentismo de 4,66, a enfermagem apresenta uma taxa de 6,82 no hospital distrital de Beja em 1974 (Martins, 1975). Em Setúbal (1976) a enfermagem só fora ultrapassada em absentismo pelos serviços gerais (Marques, 1978).

Escasseiam também dados relativos a rotação de pessoal. Um estudo de 1978 concluía que "o pessoal de enfermagem foi o que sofreu maior rotação". De 32 saídas no ano de observação 15 respeitaram a profissionais de enfermagem (Marques, 1978).

Mas é a escassez de profissionais de enfermagem que é porém tomada como o indicador frequente de mal estar na profissão. Ora também em Portugal existe uma escassez de enfermeiros. Se utilizarmos o indicador "número de habitantes por enfermeiro", verificamos que contra 101 habitantes por enfermeiro na Noruega em 1977, 129 no Canadá, 148 nos EUA, 169 em França, 267 na Holanda, Portugal apresentava 471 habitantes por enfermeiro nessa data (Santos, 1982). Curiosamente o indicador habitantes/médico apresenta valores muito próximos dos europeus já em 1977, tendo a situação melhorado profundamente nos últimos anos. Tal situação, aliás, não terá deixado de provocar um extraordinário desequilíbrio na estrutura de recursos humanos da saúde e consequentemente na prática e

organização do trabalho de saúde. Ainda recentemente Santos (1978) estimava que se encontravam por satisfazer entre 30 a 40% das necessidades na área dos cuidados secundários e terciários.

Porque se mantém esta escassez?

É um facto que entre 1970 e 1981 o número de enfermeiros activos cresceu 228%. Porém, a maior parte deste acréscimo é devido à incorporação dos auxiliares de enfermagem na categoria de enfermeiro após a frequência do curso de promoção.

A simples existência de escassez de profissionais, de elevada taxa de absentismo, e de rotação de enfermeiros obriga a que se considere a insatisfação profissional da enfermagem como um problema altamente provável dos serviços de saúde em Portugal e por isso merecedora de análise, investigação e de tomadas de decisão.

Assumindo-se como adquirida a base teórica para a análise do problema da satisfação profissional, e que se encontra desenvolvida em artigo anterior, (Santos Lucas 1984) passar-se-á à apresentação de alguns estudos que procuraram identificar os factores de satisfação e insatisfação profissional da enfermagem norte-americana (EUA).

A este primeiro capítulo seguir-se-á o apontar de políticas e estratégias que contribuem para reduzir a insatisfação e para promover a satisfação profissional da enfermagem. Tais estratégias dirão respeito ao nível da direcção de serviços hospitalares ou de quaisquer outras unidades de saúde, ao nível da gestão de recursos humanos das organizações de saúde e, finalmente, ao nível da administração de saúde.

A definição de políticas a nível de administração de saúde que visem promover a satisfação profissional da enfermagem é objecto de um tratamento mais alongado. Julgou-se necessário fazer uma breve incursão no processo de redivisão de trabalho de saúde para compreender algumas das causas estruturais da insatisfação profissional. Tal análise permite também identificar potencialidades que o mesmo processo contém, no presente momento, e que permitem augurar melhores dias para os diferentes grupos profissionais. Existem de facto condições científicas e económicas que favorecem uma redivisão social do trabalho na saúde com vantagem quer para a satisfação da profissão médica quer para a de enfermagem.

Consequentemente apela-se para uma mudança de políticas de recursos humanos da saúde visando nomeada-



Pedido de assinatura

Desejo subscrever as edições da "Revista Portuguesa de Saúde Pública" para o ano de 1984 pelo preço de 1200\$00

Envio Cheque, n.º _____ Banco _____

Envio Vale de Correio, n.º _____

Pagamento após recepção da Factura

Entidade/Nome _____

Endereço _____

_____ Código Postal _____ Tel. _____

Assinatura _____

Leia,
divulgue,
assine:

Revista
portuguesa de
saúde pública

Contacte-nos
através do
«postal de pedido
de assinatura» (*)



Pedido de assinatura

Desejo subscrever as edições da "Revista Portuguesa de Saúde Pública" para o ano de 1984 pelo preço de 1200\$00

Envio Cheque, n.º _____ Banco _____

Envio Vale de Correio, n.º _____

Pagamento após recepção da Factura

Entidade/Nome _____

Endereço _____

_____ Código Postal _____ Tel. _____

Assinatura _____



Pedido de assinatura

Desejo subscrever as edições da "Revista Portuguesa de Saúde Pública" para o ano de 1984 pelo preço de 1200\$00

Envio Cheque, n.º _____ Banco _____

Envio Vale de Correio, n.º _____

Pagamento após recepção da Factura

Entidade/Nome _____

Endereço _____

_____ Código Postal _____ Tel. _____

Assinatura _____

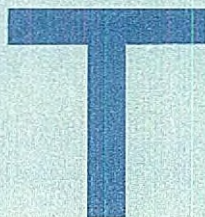
(*) O postal RSF, ao lado é para uso exclusivo dos assinantes da "Revista Portuguesa de Saúde Pública".

A utilizar somente
no Continente e
Regiões Autónomas

RSF

Não carece de selo
O porte será pago
pelo destinatário

BILHETE POSTAL
RESPOSTA
autorizado pelos CTT



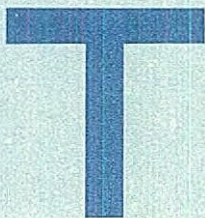
À
Escola Nacional de Saúde Pública
AV. PADRE CRUZ
1699 LISBOA CODEX

A utilizar somente
no Continente e
Regiões Autónomas

RSF

Não carece de selo
O porte será pago
pelo destinatário

BILHETE POSTAL
RESPOSTA
autorizado pelos CTT



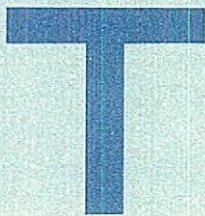
À
Escola Nacional de Saúde Pública
AV. PADRE CRUZ
1699 LISBOA CODEX

A utilizar somente
no Continente e
Regiões Autónomas

RSF

Não carece de selo
O porte será pago
pelo destinatário

BILHETE POSTAL
RESPOSTA
autorizado pelos CTT



À
Escola Nacional de Saúde Pública
AV. PADRE CRUZ
1699 LISBOA CODEX

ment a promoção da base científica da profissão de enfermagem: institucionalizar a investigação de cuidados de enfermagem, a formação de enfermagem a nível superior e preparar os futuros formadores da enfermagem de nível superior, eis algumas conclusões a que se chegará.

2. Satisfação profissional da enfermagem

Que factores influenciam as atitudes dos profissionais de enfermagem em relação à organização em que trabalham e ao seu trabalho?

Em qualquer investigação os resultados decorrem largamente do tipo de perguntas inicialmente levantadas, dos conceitos utilizados, do maior ou menor número das divisões incluídas, em suma das teorias accionadas.

A maior parte da investigação sobre satisfação profissional da enfermagem tem utilizado quer a teoria da motivação e necessidades humanas de Maslow/McClelland, quer a teoria da higiene-motivação de Herzberg.

Slavitt et al. (1978) seguiram claramente esta última. Seleccionaram seis componentes de satisfação profissional que consideraram mais adequados ao caso das organizações de cuidados de saúde: pagamento, autonomia, requisitos de tarefa, requisitos operacionais, interacção e estatuto/prestígio profissional.

O objectivo destes autores consistiu em medir o grau de satisfação dos profissionais de saúde em unidades de cuidados ambulatoriais, comparando a situação ideal com a situação existente de trabalho.

Para obter o perfil ideal foi usada uma técnica de comparações por pares (Edward 1957).

Cada respondente tinha que indicar, em cada dois factores, qual deles melhor contribuía para o seu próprio nível de satisfação profissional (Slavitt et al. 1978) A grelha apresentava 15 pares de opções e dava a escolher por exemplo entre autonomia e pagamento ou entre requisitos de tarefa e autonomia. Seguidamente os enfermeiros foram submetidos a uma escala de atitude tipo Likert. Cada componente foi avaliada a partir de diferentes afirmações dependendo o seu número da versão testada (o número de itens por atitude variou entre 6 e 12).

Os autores tinham em vista construir uma pontuação geral, o índice de satisfação profissional. Os instrumentos foram administrados a enfermeiros em dois hospitais (336+450 enfermeiros) e a todos os profissionais de saúde duma unidade ambulatoria.

Na comparação emparelhada a componente que acabou sendo mais valorizada como factor de satisfação, entre os três grupos, foi a *autonomia*. Estatuto profissional obteve a segunda posição, em ambos os hospitais, e o salário a terceira. Requisitos de tarefa ocupou por sua vez a quarta posição, interacção e requisitos organizacionais a quinta e sexta posição em todo o tipo de unidades. Na unidade de consulta externa os requisitos de tarefa apresentaram-se em segundo lugar como determinantes da satisfação, o salário em terceiro e o estatuto em quarto lugar.

Autonomia significava neste caso "a quantidade de independência relacionada com o trabalho, iniciativa e liberdade quer permitida quer requerida nas actividades de trabalho diário" (Slavitt et al. 1978).

Requisitos de tarefa referia-se às "tarefas que devem ser feitas como parcela regular do trabalho, ao modo de organização do próprio trabalho enquanto relacionado com o tempo atribuído para cuidados ao doente e para trabalho administrativo" (Slavitt et al. 1978). *Salário* incluiu não só remunerações mas ainda benefícios acessórios.

Everly e Falcione (1976) por sua vez procuraram identificar os comportamentos que eram percebidos pelas enfermeiras ("registered nurses" — RN) como contribuindo para a sua satisfação profissional.

A amostra de 144 enfermeiras (RN) pertencentes a quatro hospitais metropolitanos representava diferentes áreas clínicas. Foi utilizada uma escala de tipo Likert com 18 itens, cobrindo diferentes aspectos do meio de trabalho. A análise factorial produziu quatro factores que explicaram 58,8% do total da variância: o factor I foi classificado como "orientação para a relação" (23,7% do total da variância) e revelou que a componente mais importante da satisfação profissional era a relação com os chefes, o supervisor directo e o director do pessoal. Um segundo factor — "compensações intrínsecas do trabalho" (15,7% do total da variância) sugere a relevância para a satisfação profissional da forma como o próprio trabalho é organizado. Os itens que compõem este factor referem a oportunidade para o uso de capacidades e habilidades, prazer do próprio trabalho e as boas condições de trabalho.

O factor "compensações externas do trabalho" (11,9% da variância total) respeita à oportunidade para avanço pessoal, pagamento e benefícios concedidos ao empregado, e constitui a terceira contribuição para a satisfação

dos enfermeiros em relação ao seu trabalho. Finalmente "as políticas administrativas" respondem por 7,5% do total da variância, dando a perceber como, ainda que marginalmente, a política do hospital e o reconhecimento de serviço passado são também importantes no atinente à satisfação profissional.

O facto dos estudos descritos utilizarem metodologias diferentes impede a comparação dos seus resultados. Mas de algum modo ambos confirmam que a satisfação dos enfermeiros é um problema de controle de território, de reconhecimento deste. Autonomia, estatuto profissional, relações com a supervisão, requisitos de tarefa ou recompensas intrínsecas ao trabalho convergem no mesmo sentido e assumem primordial importância.

Uma segunda linha de factores respeita à oportunidade para avanço e aos problemas de remuneração.

Alguns outros factores contextuais e estatutários interferem positiva ou negativamente na satisfação profissional.

Slavitt et al. (1979) concluíram que esta aumenta com o nível de responsabilidade e autonomia, como é o caso de supervisores e do turno da noite. O tipo de unidade médica é também um predictor de satisfação. A unidade de cuidados intensivos proporciona alta satisfação (Slavitt et al. 1979), o mesmo acontecendo com a unidade de cuidados cardiovasculares (Joiner et al. 1982).

Inversamente a unidade de medicina cirúrgica favorece uma diminuição da satisfação (Slavitt et al. 1979).

Recorde-se que não só as enfermarias de cirurgia são consideradas mais estruturadas que as de medicina interna (Coser 1958) como ainda a autoridade no bloco cirúrgico se encontra altamente estruturada (Wilson 1966).

O potencial de motivação do trabalho de enfermagem em cada tipo de unidade de cuidados foi avaliado com base na percepção que o enfermeiro tinha da presença de cada uma das seguintes dimensões: autonomia, significado de tarefa, identidade de tarefa, variedade de requisitos e retroinformação. As unidades de cuidados coronários obtiveram a mais elevada pontuação (188), outras tais como a sala de operações, a sala de recuperação, a unidade de cuidados intensivos, a sala de emergência e a administração de enfermagem 166, pediatria 161, obstetrícia 160, cirurgia médica 139 e psiquiatria 129. As unidades de psiquiatria obtiveram os valores mais baixos em termos de significância da tarefa e da

retroinformação (Joiner et al., *ibid.*, p. 30).

Autonomia significou neste estudo "o grau de liberdade que é dado ao profissional de enfermagem para agir independentemente e para usar poder discricionário pessoal" e implica auto-direcção e controle de si mesmo.

Significância da tarefa refere-se "ao impacto que o trabalho tem na vida dos outros", identidade de tarefa "refere-se ao grau com que a tarefa contribui para a consecussão de um trabalho", e respeita ao facto de ter "um definido começo e alguns resultados identificáveis" (Joiner et al., *ibid.*, p. 30).

Finalmente, a natureza do clima organizacional também aparece como uma variável relevante. As unidades de cuidados intensivos são mais susceptíveis de provocar depressão, hostilidade e ansiedade do que as restantes (Cassein e Hackett 1975).

Price (1979), por sua vez, encontrou elevados níveis de "exaustão" nas unidades de cuidados intensivos neonatais.

É um facto que a eficiência dos serviços de saúde depende largamente da qualidade da sua estrutura organizativa. Porém esta está à mercê dos seus agentes. São estes que a potenciam, desenvolvem, redefinem, reajustam às necessidades internas e externas. Os recursos humanos de saúde são porventura o capital cuja boa gestão mais benefícios trará às organizações e ao sistema de saúde e daí a premência em definir explicitamente políticas de recursos humanos e políticas de organização com impacto ao nível dos recursos humanos. A qualidade e a estabilidade dos recursos humanos da saúde exigem uma análise e uma definição de estratégias que intervenham junto dos factores que têm estado associados nomeadamente à insatisfação, à não-satisfação e à exaustão profissional.

A análise das políticas das organizações e das políticas globais de recursos humanos tem de se debruçar sobre os problemas da autonomia profissional, da delegação de competência e poderes, das relações de trabalho, do estatuto profissional, das formas de remuneração, do "stress" e da "exaustão" profissional.

Novas gerações de enfermeiros esperarão da sua profissão bem mais que as gerações presentes e passadas (Donovan 1980). As suas expectativas serão acrescidas e as suas frustrações tenderão a ser maiores que as das actuais gerações.

A escassez de enfermeiros é a face descoberta do iceberg da disfuncionalidade do sistema de saúde no que respeita à organização do trabalho em saúde e à gestão de recursos humanos.

A resposta a um tal problema não pode ser o de uma resposta pontual, o de um somatório de respostas desarticuladas, à mercê de pressões de grupos de interesses.

Dos grupos profissionais se espera sempre a defesa dos seus interesses que ora se apresentam com um sentido prospectivo de crescimento profissional e científico ora de mero aproveitamento conjuntural de situações de escassez (e logo de maior poder negocial) sem claro sentido de aperfeiçoamento ou de exigência profissional, ou de aumento de requisitos profissionais e de formação.

Por outro lado, nos sistemas de saúde predominantemente públicos é ao Estado e às organizações de saúde que cabe definir políticas que, tendo em consideração os interesses dos grupos profissionais, venham a promover uma maior eficácia e funcionalidade do sistema.

Há porém que considerar que o gradualismo e incrementalismo da intervenção só surtirão efeito, por sua vez, caso assentem numa cabal compreensão dos fenómenos em presença, e levem ao desenho de políticas cuja implementação faseada não ponha em risco os benefícios anteriormente alcançados.

3. Políticas e estratégias

A definição de políticas obriga à explicitação de objectivos específicos. Dizer que o que se pretende aqui é a manutenção e desenvolvimento da *satisfação* dos profissionais de enfermagem é apenas enunciar o objectivo mais imediato. Com efeito pretendem-se estabelecer condições de *estabilidade* nos recursos de enfermagem e deste modo proporcionar condições de *aperfeiçoamento e qualificação*. Aumentar o *empenhamento* destes profissionais será outro objectivo a procurar. Obtendo estes objectivos se esperará alcançar maior *eficiência e eficácia* dos serviços e com elas a melhoria da *saúde da população*.

Diversas são as estratégias com impacto positivo ao nível da satisfação dos profissionais de enfermagem. As mesmas estratégias serão porém desigualmente eficazes em modelos de saúde diferentes.

A literatura sobre satisfação profissional indica entretanto que a eficácia depende da consistência e globalidade da intervenção. Melhores resultados se obterão quando a intervenção se exerce a diferentes níveis do sistema de saúde, nomeadamente ao nível da direcção e supervisão de unidades ou de serviços, ao nível da gestão de recursos hospitalar e,

bem assim, ao nível da administração de recursos do sistema de saúde. Acrescentam-se em seguida um conjunto de políticas, a cada um destes níveis enunciando-se algumas das suas consequências e resultados.

3.1. Direcção e supervisão

A função de supervisão existe em todos os níveis da organização. O supervisor é um líder, um mediador entre os mais elevados níveis de direcção e o profissional executante, um planeador de trabalho, na parte de conhecimento técnico. Aquilo que se lhe pede é que lidere, motive, seja elo de comunicação e facilite os profissionais a fazerem o que devem fazer.

Para se alcançar a satisfação dos(as) enfermeiros(as) sob a sua direcção deverá promover-se uma *política de integração na unidade e de orientação* no posto de trabalho. O profissional ficará a conhecer as normas do grupo e as expectativas em relação à forma de desempenhar o seu trabalho. Trata-se de uma prevenção à frustração. Mas esta pressupõe a existência de "descrição do posto de trabalho". Sem ela o processo ficar-se-á mais por uma integração social no "meio" de trabalho que no "posto" de trabalho e será ineficaz.

A segunda política ao nível da supervisão respeita a uma *política de enriquecimento do trabalho*. Implica uma libertação de controlos a par da atribuição de novas e mais difíceis tarefas. Constitui um desafio ao profissional, à sua capacidade de empenhamento, de crescimento e maturação, de aprendizagem.

Compreende uma delegação de competência e deve ser acompanhada de uma atribuição adicional de autoridade, sem que contudo o supervisor aliene a responsabilidade do que delega. Torna-se mais eficaz quando em vez de corresponder a tarefas, a proposta é feita em termos de uma unidade significativa de trabalho a realizar. No entanto não deve desfocar-se do que é prioritário, do que é de facto importante fazer de uma forma cada vez melhor, do que é realista executar dentro do tempo disponível. Uma boa *gestão do tempo* é essencial à satisfação profissional. O supervisor não pode também descansar sobre decisões passadas em matéria de enriquecimento de trabalho. Ser líder implica ao mesmo tempo ser criativo e atento. É que o processo pessoal de enriquecimento não pode ser encarado senão como um *processo permanente*. Tal facto contém um problema: nem sempre a realidade, a

prática profissional, se apresenta ilimitada em matéria de inovação.

A terceira política de supervisão para promoção da satisfação profissional respeita à *política de avaliação contínua*. Os seus objectivos são primordialmente o reconhecer o sucesso alcançado (recompensa) e o favorecer a modificação de hábitos de trabalho pobres. Constitui-se numa acção de retroinformação que o profissional integra no seu processo de carreira profissional e pessoal. É o seu processo de aperfeiçoamento pessoal e profissional que se encontram em causa. É o reconhecimento do seu avanço pelos outros e por si próprio. São as suas metas que se encontram em jogo. O planeamento deixou de ser uma matéria exclusiva de interesse organizacional para fazer parte do processo pessoal de desenvolvimento humano. A avaliação é um elemento fundamental deste processo pessoal.

A quarta política respeita às *relações interindividuais*. O supervisor é um líder não apenas voltado para a consecussão de tarefas mas também para a manutenção do seu "grupo" de trabalho. Supervisão de suporte emocional dos subordinados constitui factor fundamental na manutenção da satisfação profissional.

Finalmente uma *política de envolvimento nas decisões* da unidade, o facultar de uma participação no poder afigura-se como mais uma forma de reconhecimento das capacidades do profissional.

3.2. Políticas ao nível da gestão de recursos humanos

Também a este nível se coloca o problema da integração. O hospital favorece o grau de satisfação dos seus novos profissionais quando os sabe integrar na sua organização, nas suas normas, no fluxo da sua comunicação, na teia dos seus centros de decisão. Uma *política de integração organizacional* actua como uma estratégia preventiva à insatisfação.

Porém o fundamental decorre largamente das oportunidades de avanço e progresso pessoal. Uma *política de rotação de postos de trabalho*, ainda que não implicando promoção, resulta em necessidade de nova aprendizagem, de enfrentar novos problemas, flexibilizar a capacidade de resposta, mobilizar energias mentais, físicas e sociais, constitui um desafio ao profissional. Proporciona ao mesmo tempo uma renovação da vida emocional da organização, do moral da organização.

Uma terceira política afigura-se claramente determinante do grau de satis-

fação. Trata-se da *política de promoção* ao nível da organização. Ela permite ao profissional perspectivar-se no tempo e na organização, construir a sua carreira pessoal, fazer as suas escolhas, definir as suas áreas de investimento em formação e deste modo mobilizar e desenvolver as suas próprias energias. Pressupõe que a organização se empenhe numa ampla *política de desenvolvimento dos seus recursos humanos* em geral e, especificamente, dos de enfermagem. Uma e outra criam ao nível da organização as condições para o "plano de desenvolvimento de carreira" pessoal, também definido como "um método através do qual indivíduos interessados podem ser encorajados e guiados para planear e medir o progresso alcançado em relação a objectivos de carreira de curto e longo prazo" (Knecht e Hefferin 1982).

Quer a política de promoção quer a de rotação implicam uma concomitante atenção à *política de formação em serviço* ao nível do hospital e exigem ainda um claro suporte dos profissionais à sua formação em outras instituições.

3.3. Políticas ao nível da administração de recursos humanos da saúde

O enunciado das anteriores políticas poderia ter feito crer que o problema fulcral no domínio da enfermagem fora esquecido. O problema é sobretudo uma questão de território, de controle sobre esse território e de reconhecimento externo de fronteiras, reconhecimento com efeito ao nível do próprio estatuto e prestígio profissional.

As propostas de "expansão do papel de enfermagem" apontam para a existência de estratégias negociadas e progressivas de ampliação das áreas de intervenção até agora controladas pelo trabalho médico. Mas o que está em causa é afinal a redivisão do trabalho de saúde na organização hospitalar. Não se trata de introduzir pequenos arranjos mas de alterar explicitamente a organização ou estruturação do trabalho de saúde.

O trabalho de saúde tem evoluído no sentido da fragmentização: incremento da especialização médica a montante do processo terapêutico e, ao mesmo tempo, proliferação de novas profissões paramédicas a jusante.

Em 1940, existiam nos EUA apenas 40 profissões de saúde ao passo que em 1975 ascendiam a 665 categorias profissionais. É não só a transformação da nação no império mas ao mesmo tempo a subdivisão no seu interior. As fronteiras profissionais têm sofrido permanentes reajustamentos, a par fundamental-

mente do desenvolvimento científico e da tecnologia médica.

A profissão de enfermagem tem evoluído timidamente no desenvolvimento da sua especialização, cientificidade e tecnicização, embora numa forma bem desigual entre países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento.

Profissão cuja força de trabalho é preponderantemente feminina (e por conseguinte reflecte o desigual estatuto de facto da mulher na sociedade) carece do poder social que lhe permita quer negociar novas áreas de decisão quer cativar novos recursos orçamentais e novos recursos de formação.

Dois factores porém se afiguram como propiciadores duma alteração do "statu quo" do trabalho de saúde. O primeiro respeita à acelerada progressão de conhecimentos científicos e de produção tecnológica médica que arrasta uma imparável especialização médica. O grupo profissional médico estará mais disponível a abdicar de territórios de fraca especialização em troca de condições de hiperespecialização e os/as enfermeiros/as poderão finalmente expandir os seus papéis.

O segundo factor liga-se à expansão dos custos do sistema de saúde e mais especificamente do subsistema hospitalar, que tem proporcionado a intervenção dos racionalizadores do sistema e do controle político do mesmo.

Razões económicas justificam a substituição dos recursos médicos, de elevado poder negocial salarial ou remuneratório, por recursos de enfermagem, bem mais económicos e, em geral, de mais reduzido poder reivindicativo.

A conjuntura oferece pois condições favorecedoras dum reajustamento da divisão do trabalho e duma adaptação aos interesses investidos pelos grupos profissionais nomeadamente médicos e de enfermagem. No conflito da divisão de trabalho e estratégia vencedor-vencedor ("win-win"), isto é, aquela em que ambos os contendores alcançam os seus objectivos, tem agora condições positivas. Garvey e Rottet (1982) descrevem um programa de expansão do papel de enfermagem em cuidados ortopédicos cujos resultados se saldaram por uma melhoria do espírito de equipa, da comunicação médico-enfermeiro, e da diminuição da demora média.

Médicos pediatras tomaram aliás a dianteira na *delegação* de tarefas médicas, nomeadamente no que respeita a cuidados à criança ou ao recém-nascido saudável, sendo a enfermeira pediátrica (PNP — Pediatric Nurse Practitioner) quem procede ao registo da história clínica, executa alguns exames físicos, faz

alguns diagnósticos e trata algumas condições da doença que se afigurem simples. Nestas e outras operações o médico poupa tempo. É a sua economia de tempo e os seus interesses financeiros que estão em causa. Reinhardt e Smith (1974) referem que "o tempo médico pode ser reduzido em 50% pelo uso de 1.5 enfermeira pediátrica (PNP)".

Diversos estudos dão conta desde há longo tempo duma razoável aceitação médica desta delegação de poderes (Coyne e Hansen 1969; e Yankaer et al. 1970).

Aumento de produtividade médica e crescente aceitação são fenómenos que se têm desenvolvido nos EUA a propósito dos assistentes médicos (Physician Assistants), corpo criado com os membros das forças armadas americanas que na guerra do Vietnam desempenharam funções de saúde (Golladay et al. 1973).

Este aumento de produtividade pode potencialmente alcançar os 70% no caso deste assistente coadjuvar um médico com prática de clínica isolada. Na prática e por falta de eficiência na utilização do assistente médico este incremento não vai além dos 10 a 40%. De acordo com uma avaliação da Kaiser-Portland HMO (Organização de Manutenção da Saúde dedicada a cuidados primários de saúde) cada assistente médico a trabalhar em cuidados ambulatoriais pouparia anualmente ao sistema 15 000 dólares (Record e O'Bannon 1976).

A utilização dos hospitais teria sofrido uma diminuição (número de admissões e duração da estadia) decorrente do mesmo tipo de actividades exercido pelas enfermeiras clínicas e assistentes médicas (Anderson et al. 1977).

Outros benefícios poderão surgir desta prática devido à possibilidade de alargar o tempo de atendimento, de melhorar a educação do utente, bem como de aumentar a capacidade deste para controlar a sua própria saúde com cuidados preventivos (self care).

Ao nível do trabalho terapêutico o desenvolvimento desta redivisão do trabalho em saúde está francamente ligada à possibilidade de identificar as tarefas que podem ser delegadas em cada condição médica e também ao nível de decisão que é passível de delegação. Alguns esforços têm sido feitos no sentido de elaborar algoritmos relativos a condições médicas. A explicitação de tais cadeias lógicas facilita a sua transmissão, o seu ensino. No entanto o facto de se não tratarem de tarefas isoladas mas de tarefas combinadas respondendo às necessidades terapêuticas dos doentes,

dificulta que um desempenho se realize em plena autonomia mas sob a forma de delegação.

A necessidade de uma *política* explícita de redivisão do trabalho, de qualificação científica e técnica da enfermagem, de *criação de novas categorias profissionais de enfermagem*, como é o caso do "enfermeiro clínico" (Nurse Practitioner) surge como óbvia. Trata-se de uma prática em alguns países com mais de uma década. Três especialidades são já hoje correntes nos EUA — enfermeiras clínicas pediátricas, enfermeiras clínicas familiares e enfermeiras clínicas geriátricas. Estando embora ligadas a cuidados primários ou de reabilitação elas contêm em si o móbil da transformação do sistema de trabalho de saúde.

Uma *política de promoção da investigação dos cuidados de enfermagem* surge como indispensável para ancorar uma nova redistribuição dos territórios, das zonas de trabalho médico e de enfermagem. Consequentemente é a própria formação da enfermagem que carece de ser confrontada com estas mesmas necessidades.

O sistema de formação de enfermagem tem que produzir os seus próprios teóricos e definidores das suas políticas profissionais, o que implica elevadas exigências na formação científica. Tais razões implicam por si só uma *política de formação superior de enfermagem* (que atribua os graus de bacharelato, o mestrado e o doutoramento) e esta uma *política de formação de formadores* que possam cabalmente assegurar a qualidade científica da formação de uma elite da profissão de enfermagem, capaz de liderar a mudança do campo de trabalho da enfermagem.

Registe-se que 19,6% das enfermeiras registadas (registered nurses) nos EUA tinha em 1980 o bacharelato, 3,3% o mestrado e 0,2% o doutoramento em enfermagem (U.S. Bureau & Health Professions 1980: 16)

■ Bibliografia

ANDERSON, C.E. et al.: *A site specific of physician extender staffed care centers* (McLean: Virginia, The MITRE Corporation), February, 1977.

CASSEIN, N.H. e HACKET, T.P.: "Stress on the nurse and therapist in the intensive care unit and the coronary care visit", *Heart Lung*, 4, 252-259, 1975.

COSER, R.L.:

"Authority and decision making in a hospital: a comparative analysis", *American Sociological Review*, 23, Feb., 56-63, 1958.

COYNE, R.D. e HANSEN, M.F.:

"The doctor's assistant — a survey of physician expectations", *Journal of the American Medical Association*, 209: 529-533, 1969.

ALFRED YANKAVER, JOHN CONNELLY, PRICILLA ANDREWS, JACOB FELDMAN, "The practice of nurses in pediatric offices — Challenge and opportunity", *New England Journal of Medicine*, 282: 843, 1970.

DIAMOND, L.K. e FOX, D.J.:

"Turnover among hospital staff nurses", *Nurse Outlook*, 6, July 1958, 388-391.

DONOVAN, L.:

"What nurses want (and what they're getting)", *Research Nursing*, 43, April, p. 27, 1980.

EDWARDS, A.:

Techniques of attitude scale construction, Appleton-Century-Crofts, New York, 1957.

EVERLY, S. e FALCIONE, R.L.:

"Perceived dimension of job satisfaction for staff registered nurses", *Nursing Research*, 25, (5), 346-48, 1976.

GARVEY, J.L. e ROTTET, S.:

"Expanding the hospital nursing role: an administrative account", *The Journal of Nursing Administration*, December, 1982.

GOLLADAY, F., MILLER, M. e SMITH, K.:

"Allied Health Manpower Strategies", *Medical Care*, 11, (6), 1973.

HACKMAN, J.R. e OLDHAM, G.R.:

Work redesign, Reading, Massachusetts: Addison Wesley, 1980.

HALLAS, G.G.:

"Why nurses are giving it up", *Nursing Research*, July, 1980.

HOFMAN, Paul B.:

"Accurate measurement of nursing turnover. The first step in its reduction", *The Journal of Nursing Administration*, vol. XI, (11-12), (Nov-Dec 1981), 37.

JOINER, C., JOHNSON, V., CHAPMAN, J.B. e CORKREAN, M.:

"The motivating potential in Nursing specialties", *The Journal of Nursing Administration*, 29, Feb., 1982.

KNECHT, M.K.K. e HEFFERIN, E.A.:

"Assisting nurses toward professional growth: a career development model", *The Journal of Nursing Administration*, July-August, 1982.

MARQUES, A.R.:

O Absentismo no Hospital Distrital de Setúbal, ENSP-A.H., policopiado, Lisboa, 1978.

MARTINS, F.S.:

O Absentismo no Hospital Distrital de Beja, Relatório, ed. a., policopiado, p. 21, Lisboa, 1975.

MORAIS, T. et al.:

"Condições do exercício da enfermagem e satisfação profissional — estudo exploratório", Lisboa. Grupo de investigação em enfermagem, programa de investigação em curso.

NABAIS, D.:

Administrador da Maternidade Alfredo da Costa. desenvolve neste momento um conjunto de estudos, alguns dos quais envolvendo a problemática da satisfação dos profissionais de saúde.

PRICE, M.E.:

"Why NICU Nurses burn out and how to prevent it", *Contemp. Ob-Gyn*, 13, pp. 37-46, 1979.

RECORD, J. e O'BANNON, J.E.:

Cost effectiveness of Physician Assistants, DHEW, Bureau of Health Manpower, Portland, Oregon, Kaiser Foundation Health Services Research Center, 1976.

REINHARDT, U.E. e SMITH, K.R.:

"Manpower substitution in ambulatory care", in: John Refferty (ed.), **Health Manpower and Productivity**, Lexington Books, London, 1974.

ROOS, P.D.:

"Nurse practitioner employment, unemployment", *Nursing Research*, 28 (6), Nov.-Dec., 1979.

SALEH et al.:

"Why nurses leave their jobs — an analysis of female turnover", *Personnel Administration*, 27, 25-28, 1965.

SANTOS LUCAS, J.:

"Satisfação profissional dos profissionais de saúde: Teorias e conceitos", *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2 (1), 1984.

SANTOS, M.A.T.:

Profissionais de saúde, Vol. II, Lisboa Gab. Planeamento da Saúde, 1982.

SLAVITT, D. et al.:

"Measuring Nurses Job Satisfaction", *Hospital and Human Services Administration*, pp. 68-69, Summer 1979.

SLOCUM, J.W.Jr. et al.:

"Analysis of need satisfaction and job performance among professional personnel", *Nursing Research*, 21, 338-342, 1972.

SRIVASTVA, S. et al.:

Job satisfaction and productivity, Kent State University Comparative Administration Research Institute, p. 25, 1975.

TSUI, A.:

"Diagnosis of Turnover can convert causes to affets", *Hospitals* 51 (14), 1977.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES, BUREAU OF HEALTH PROFESSIONS.

The Registered Nurse Population, an overview from National Sample of Registered Nurses, Nov 1980, p. 16.

WANDELT, M.A.:

Conditions associated with registered employment in Texas. Austin, Center for Research, School of Nursing, Univ. of Texas at Austin, 1980.

WILSON, R.:

"Teamwork in the operating room" in W. R. Scott e E. H. Volkart (eds.), **Medical Care Readings in the Sociology of the Medical Institutions**, John Wiley & Sons, Inc., New York, 1966.

□ Résumé

SATISFACTION PROFESSIONNELLE: UN PROBLÈME DE GESTION OU D'ADMINISTRATION DE RESSOURCES HUMAINES — LE CAS DES INFIRMIERS

Cet article décrit plusieurs effets négatifs aux différents niveaux de la santé, qui découlent du manque de satisfaction professionnelle des infirmiers/ères. Il analyse la littérature qui se rapporte à la satisfaction des infirmiers/ères.

En conclusion, quelques stratégies et politiques concernant ces problèmes sont identifiées.

□ Summary

JOB SATISFACTION: A HUMAN RESOURCES ADMINISTRATION OR MANAGEMENT ISSUE — THE NURSING CASE

This article describes some negative effects, at different levels of the health field, that come from the lack of professional satisfaction among nurses and reviews the literature on nursing job satisfaction. It concludes identifying some strategies and policies coping with such problems.