

Artigo de Opinião

Alguns constrangimentos às lideranças na fisioterapia

Some constraints on leaders in physiotherapy

Isabel de Souza Guerra ^{1*}

¹ Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, 2785-679, São Domingos de Rana, isouzaguerra@gmail.com

A análise histórica da fisioterapia permite-nos verificar que, a subordinação à profissão médica é dominante, mas que ela se vai esbatendo ao longo dos anos, à medida que, a profissão se vai autonomizando.

Apesar dos esforços realizados ao nível das estruturas profissionais, a fisioterapia ainda não adquiriu no nosso País um estatuto de paridade com as profissões de saúde tradicionalmente reconhecidas.

Uma vez que os verdadeiros líderes são raros, pensamos então ser necessário intervir ao nível das estruturas hierárquicas da profissão com formação dirigida e iniciar desde logo na formação básica a preparação de gestores e de uma nova geração de líderes.

The analysis of physical therapy history allows us to verify that the subordination to the medical profession is dominant, but that this subordination has been decreasing over the years.

Despite the efforts at the level of professional structures, physical therapy has not yet acquired in our country a parity status with the health professions traditionally recognized.

True leaders are rare, so we think it will be necessary to intervene in hierarchical structures of the profession, starting in Physical Therapy schools with basic training to prepare managers and a new generation of leaders.

PALAVRAS-CHAVE: fisioterapia; liderança; profissão.

KEY WORDS: physiotherapy; leadership; profession.

Submetido em 07 março 2016; Publicado em 31 março 2016.

* **Correspondência:** Isabel de Sousa Guerra.

Morada: 2785-679, Lisboa, Portugal, Rua João Villaret, 285 A, Urbanização Terplana. **Email:** isouzaguerra@gmail.com

INTRODUÇÃO

Grande parte das profissões de saúde apresentam uma diferença considerável no que respeita a autonomia, responsabilidade, autoridade e prestígio, quando comparadas com a profissão médica.

Aliás, esta situação de dominância em relação a profissões subjacentes é única, mesmo comparando com outras profissões.

As razões desta dominância parecem ter a ver com uma origem mais sociológica do que técnica, uma vez que a divisão do trabalho se organiza não de uma forma técnica, mas em função de uma profissão dominante que toma ela própria o controlo¹.

Nas últimas décadas deu-se no entanto uma enorme evolução dos conceitos e dos modelos de partilha de responsabilidades, nos sistemas prestadores de cuidados de saúde, levando inclusive a alterações na terminologia, em que expressões como “paramédicos” têm vindo a ser substituídas em países como o Reino Unido, os Estados Unidos da América e a Austrália por “Allied Health Professions”.

No caso da fisioterapia, a profissão tem evoluído de um perfil de técnico sob direcção médica, para um estatuto de profissional.

A dominância da profissão médica, através do que Miles-Tapping (1985)² chama o “controlo do conhecimento” assume aspectos determinantes, mesmo quando, em vários países e no caso actual de Portugal, os fisioterapeutas adquiriram um estatuto de autonomia e de responsabilidade pelo seu exercício em que não estão obrigados a depender de uma prescrição médica para prestar cuidados a doentes.

A análise histórica da fisioterapia permite-nos verificar que, num primeiro estadio, a subordinação à profissão médica é dominante, mas que ela se vai esbatendo ao longo dos anos, à medida que, do ponto de vista estrutural e funcional, a profissão se vai autonomizando. Segundo Cross³, no Reino Unido, o desenvolvimento da prática clínica dos fisioterapeutas tem evoluído numa sequência de patamares, entre o perfil de técnico sob direcção médica, até aos anos

sessenta do século XX, de profissão paramédica com poderes limitados, nos anos setenta, para profissionais autónomos com responsabilidades na gestão, nos anos oitenta e nos anos posteriores, até à situação actual, para prestadores de um serviço profissional com capacidade de auto-regulação, através de negociação e contratualização.

Poder-se-ia dizer que no nosso país a situação tem vindo a passar-se de forma semelhante, embora com cerca de 15 anos de atraso, através da evolução do conhecimento científico, do progressivo reconhecimento legal da profissão, da protecção do seu título e domínio de intervenção e na valorização da própria formação hoje consagrada ao nível de licenciatura, com mestrados e doutoramentos na área científica da fisioterapia bem como pelo crescente reconhecimento pelo público em geral, do valor social e do estatuto da profissão.

Apesar dos esforços realizados ao nível das estruturas profissionais, para uma cada vez maior visibilidade da profissão e para uma cada vez maior autonomização dos seus profissionais, a fisioterapia ainda não adquiriu no nosso país um estatuto de paridade com as profissões de saúde tradicionalmente reconhecidas.

Apesar da evolução no plano da formação básica e pós-básica e dos ganhos importantes a nível da autonomia profissional, reveladas inclusivamente ao nível da função pública (integração numa carreira considerada corpo especial, paralela às demais carreiras na área da saúde, consagração de níveis de hierarquia própria, actuando na prestação de cuidados e na gestão, com total autonomia e responsabilidade) e no privado pela Entidade Reguladora da saúde; da paridade reconhecida nacional e, em especial, internacionalmente com as outras profissões de saúde (como médicos, enfermeiros, farmacêuticos, médicos dentistas), por que motivo, ao nível dos serviços, não conseguiram ainda os fisioterapeutas libertar-se da tutela médica, hoje em dia considerada inadmissível?

Uma das hipóteses, entre outras, e possivelmente subjectiva, que colocamos à luz do conhecimento real da profissão e do seu desenvolvimento ao longo dos últimos trinta anos, é a de que a ausência de reais lideranças ao nível dos serviços onde se prestam cuidados, tem impedido os fisioterapeutas de tomarem o lugar a que têm direito enquanto profissão indispensável no contexto dos cuidados de saúde. O papel a desempenhar tanto na área clínica como de gestão, a par com a capacidade de influenciar os colaboradores para a mudança, motivá-los e capacitá-los para se sentirem como um contributo efectivo para o sucesso da organização, é um enorme desafio.

A essência do processo de liderança, no quadro conceptual, com origem em Weber consiste no grau de carisma associado ao valor acrescentado da autoridade. A ideia de que os líderes já nascem como tal, associada à noção de carisma, tem sido contrariada pelos americanos e também pelos russos. Ambos valorizam a mobilidade social defendendo que os líderes se fazem através da educação e de treino bem conduzido.

A liderança é sobretudo importante em períodos de rápidas e profundas alterações nas organizações. Os fisioterapeutas estão a passar neste momento um período de grandes mudanças estratégicas e são necessários, mais que chefias acomodadas, líderes de mudança, com a possibilidade de promover o desenvolvimento dos colaboradores. Poderíamos mencionar algumas dificuldades que se apresentam a uma liderança eficaz: ausência de visão e de partilha de objectivos, pouco envolvimento e proximidade com os colaboradores na busca de soluções, bem como no investimento no seu desenvolvimento profissional, dificuldades em colocar a pessoa certa no lugar certo, enfoque nas tarefas e menos nos resultados; e um aspecto não menos importante, a incapacidade de delegar, tendo ainda que ter em conta as pesadas estruturas hierárquicas, onde muitos estão incluídos.

Não nos parece haver uma única solução e de algumas teorias existentes e também pela nossa experiência, partilhamos a opinião de que, para o

reconhecimento pelos seus pares, a competência profissional é fundamental sendo certamente razão de falta de confiança a existência de níveis de formação diferente, em especial se as menos evoluídas se encontram nas chefias.

Parece provado que os grandes gestores têm a capacidade de criar altas expectativas de performance nos seus colaboradores, sendo que eles próprios apresentam de uma maneira geral confiança nas suas próprias capacidades de desenvolver e motivar os seus subordinados. A teoria de contingência, conhecida por teoria de influência múltipla introduz um outro factor não descurável no caso vertente, da liderança discricionária em que o líder tem que usar mais poder do que aquele que a organização está disposta a dar-lhe. Esta teoria estabelece também micro e macro variáveis contingenciais, considerando que estas últimas, tem desempenhado um efeito importante no caso da fisioterapia, e que têm a ver com valores da cultura instalada, do poder médico, da tradição, que têm funcionado como desculpa para um não desempenho das funções.

Manifestamente para afrontar o status quo, e num momento de afirmação profissional face a outros grupos dominadores e com poder concedido administrativamente, a coragem é fundamental. Embora criticado pelos positivistas, a verdade é que algumas explicações apontam para as qualidades morais ou de carácter no domínio psicológico. A afectividade e factores emocionais, bem como as considerações éticas, voltaram a ter peso em tudo o que se relaciona com as relações humanas.

Não menos importante é também o facto de dada a alta taxa de população feminina nesta profissão, tendendo as líderes femininas a apresentar um estilo mais democrático e, em especial, quando se encontram num ambiente ainda dominado pelos homens.

Não deveremos também esquecer que o líder é só uma parte da relação, e os colaboradores têm também um importante papel no desenvolvimento de uma relação de trabalho efectiva, em que conheçam também as suas próprias necessidades, expectativas, forças, fraquezas e estilos pessoais.

Não são também de descurar as questões relacionadas com o stress em todas as pequenas e, em especial, nas grandes organizações, dadas as grandes tensões existentes nos relacionamentos entre as várias estruturas que lutam pelo poder, umas para não o perderem, outras para o conquistarem. Estes jogos de poder têm consequências mais nefastas para os grupos minoritários.

Uma vez que os verdadeiros líderes são raros, que não podemos introduzir “carisma “ nas pessoas; uma vez que, embora algumas teorias nos digam “ leaders are born, not made”, outras sugerem-nos que é possível melhorar a capacidade de acção se submetidos a treino adequado; pensamos então ser necessário intervir ao nível das estruturas hierárquicas da profissão, com formação dirigida e iniciar desde logo na formação básica a preparação de gestores e de uma nova geração de líderes.

Na aprendizagem da liderança, entre outras, deveria ser dada ênfase a qualidades como a coragem, a assertividade, a frontalidade, a verdade, a solidariedade, bem como à capacidade de comunicação, melhoria da interacção com os membros da equipa, através de construção de laços fortes, identificando e promovendo o desenvolvimento do seu potencial, gestão de conflitos, compreensão das culturas organizacionais e, na fisioterapia, consideramos fundamental a criatividade e o desenvolvimento de resiliência face às adversidades.

Uma sugestão seria que os fisioterapeutas gestores comesçassem por se avaliar a si próprios, as suas reais capacidades para conduzir e motivar os seus colaboradores, na direcção dos objectivos definidos e em que medida têm capacidade de assumir uma real liderança da profissão a nível dos seus locais de trabalho.

Outra também incidiria na criação de mecanismos para o cumprimento e respeito pelas regras existentes pelos actuais detentores do poder, que passaria naturalmente pelos mecanismos de auto-regulação da profissão, que se vêm a defender há muitos anos.

REFERÊNCIAS

1. Freidson. The changing nature of professional control. *Annual Review of Sociology*. 1984; 10: 1-20.
2. Miles-Tapping. *Physiotherapy and Medicine: Dominance and control?* *Physiotherapy Canada*. 1985; 37: 289-93.
3. Cross. Perceptions of the ideal clinical educator in physiotherapy education. *Physiotherapy*. 1995; 81: 506-513.