escola superior de enfermagem de coimbra

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS

A relevância do papel do enfermeiro com competências de gestão nas USF

Alexandra Raquel Dias Borges

Coimbra, dezembro de 2021

escola superior de enfermagem de coimbra

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS

A relevância do papel do enfermeiro com competências de gestão nas USF

Alexandra Raquel Dias Borges

Orientador: Professor Doutor Paulo Joaquim Pina Queirós

Coorientadora: Professora Doutora Marília Maria Andrade Marques da Conceição e Neves.

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem: Área de Especialização em Gestão de Unidades de Cuidados

Coimbra, dezembro de 2021

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Professor Doutor Paulo Joaquim Pina Queirós pelo encorajamento, pela orientação científica e esclarecimento de dúvidas que foram determinantes no desenvolvimento do estudo.

À Professora Doutora Marília Maria Andrade Marques da Conceição e Neves, minha co-orientadora, pela preciosa orientação no sentido de esclarecer as minhas dúvidas, pela sua competência científica bem como pelo apoio demonstrado, tornou exequível este estudo. O meu sincero obrigado pela motivação e estímulo nos momentos mais difíceis.

À Diretora Executiva do ACES, Enfermeira Chefe Lucinda Santos, pela autorização para desenvolver o estudo e pela amabilidade e compreensão em todos os momentos de diálogo.

A todos os Enfermeiros que participaram neste estudo.

À minha amiga Patrícia, que nos meus momentos de desânimo sempre soube dar-me o alento e incentivo para continuar. O seu apoio foi fundamental para levar por diante este estudo. Estou grata pela nossa amizade.

Ao meu Duarte, pela compreensão em relação a todos os momentos de ausência, pelo encorajamento, motivação e por jamais deixar de acreditar no meu sucesso.

À minha amiga Tânia, pela disponibilidade e paciência com que sempre me presenteou ao longo desta aventura, fazendo-me sempre acreditar.

Às minhas amigas, Joana, Ana, que partilharam comigo as vivências de um mestrado, e o tornaram uma agradável experiência de aprendizagem.

À minha família, em especial à minha mãe Ana e avô José e aos amigos pelo carinho, pelo incentivo, e pelo apoio incondicional, demonstrado ao longo da minha vida e principalmente durante todo o meu percurso académico e profissional e por me fazerem acreditar que tudo é possível.

A Todos, o meu Muito Obrigada!

RESUMO

A reforma dos Cuidados de Saúde Primários compreendeu a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF) que levou a alterações nas funções de gestão dos enfermeiros. Deste modo, surge o interesse em saber qual a relevância que os enfermeiros atribuem ao enfermeiro com competências de gestão nas USF.

Realizou-se um estudo qualitativo e descritivo através de questionários online, a 11 enfermeiros de USF do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) do Baixo Mondego. As participantes são do género feminino, com uma média etária de 50 anos, detendo entre 21 a 37 anos de exercício profissional, sendo quatro enfermeiras especialistas e duas com experiência no Conselho Técnico da USF.

Os resultados evidenciam a relevância dada á existência de enfermeiros com competências de gestão nas equipas das USF atribuindo ao seu papel a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde e do desempenho profissional.

As participantes esperam que o enfermeiro do Conselho Técnico exerça funções de liderança, gestão de recursos, avaliações de desempenho, represente a equipa de enfermagem e modere conflitos proporcionando uma melhoria da organização do trabalho.

A participação de enfermeiros com competências de gestão no Conselho Técnico irá criar oportunidades de dinamização da equipa de enfermagem, melhorar os processos de cuidados de saúde, assim como da carreira de enfermagem. Como principais pontos fortes sobressaem a responsabilização, organização, autonomia; e como pontos fracos destaca-se a não exigência de um enfermeiro com estas competências. Relativamente às ameaças as respostas são pouco claras, salientando-se como ameaça claramente percebida a falta de reconhecimento das competências de gestão dos enfermeiros.

Em suma, o estudo realça o papel fundamental do enfermeiro com competências de gestão na organização das unidades de saúde pelo contributo nos ambientes da prática de enfermagem, motivação e satisfação profissional nos enfermeiros.

Palavras-Chave: Unidade de Saúde Familiar; Enfermeiro Gestor; Gestão em Enfermagem.

ABSTRACT

The Primary Health Care reform included the creation of Family Health Units (USF) and, consequently, it took changes in the management functions of nurses.

Thus, there is an interest in knowing the relevance that nurses attribute to nurses with management skills in the USF.

To answer this issue, a qualitative and descriptive study was carried out through online questionnaires, from 11 USF nurses from the Health Centers Grouping (ACeS) of Baixo Mondego. The participants are female, with an average age of 50 years, between 21 and 37 years of professional practice, being four specialist nurses and two with experience in the Technical Council of the USF.

The collected data prove the relevance given to the existence of nurses with management skills in the USF teams, attributing to their role the continuous improvement of the quality of health care and professional performance.

The participants expect the Technical Council nurse to exercise leadership functions, resource management, performance evaluations, represent the nursing team and moderate conflicts, providing improved work organization.

It is expected that the participation of nurses with management skills in the Technical Council will create opportunities to boost the nursing team, improve care processes, as well as the nursing career; as main strengths stand out accountability, organization, autonomy; as weaknesses, the non-requirement of a nurse with these skills is highlighted; regarding threats, the answers are not clear, with the lack of recognition of nurses' management skills being underlined as a clearly perceived threat.

Overall, this study emphasizes the fundamental role of nurses with management skills in the organization of health units through their contribution to a good environment of nursing practice, motivation, and professional satisfaction in nurses.

Key words: Family Health Unit; Manager Nurse; Nursing Management.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UCC - Unidades de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UICISA:E – Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USC - Unidade de Saúde na Comunidade

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Evolução percentual de utentes com enfermeiro de família atribuído 32

Figura 2 - Evolução da carreira de Enfermagem 42

Figura 3 – Análise Swot 60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Fases do desenvolvimento dos cuidados de saúde em Portugal 24

Tabela 2 - Evolução do número de USF, UCC e UCSP 31

Tabela 3 - Modelos de Unidade de Saúde Familiar 33

Tabela 4 - Competências do Conselho Geral e Competências do Conselho Técnico...44

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 19

1. O CONTEXTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL **23**

1.1. O MODELO DE GESTÃO DAS USF 32

1.2. ACES BAIXO MONDEGO 34

1.2.1. Unidade de saúde familiar condeixa **34**

1.2.2. Unidade de saúde familiar fernando namora **36**

2. A ENFERMAGEM E A GESTÃO **38**

3. METODOLOGIA **46**

3.1. TIPO DE ESTUDO 46

3.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO 47

3.3. OBJETIVOS 47

3.4. POPULAÇÃO E PARTICIPANTES 48

3.5. COLHEITA E PROCESSAMENTO DE INFORMAÇÃO 49

4. A RELEVÂNCIA DO PAPEL DO ENFERMEIRO COM COMPETÊNCIAS DE GESTÃO NAS USF: A PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS **53**

4.1. DA IMPORTÂNCIA ATRIBUIDA À EXISTÊNCIA DE ENFERMEIROS COM COMPETÊNCIAS DE GESTÃO NAS USF ÁS FUNÇÕES DE GESTÃO ESPERADAS DOS ENFERMEIROS DO CONSELHO TÉCNICO 54

4.2. PONTOS FORTES, FRACOS, OPORTUNIDADES E AMEÇAS IDENTIFICADAS À PARTICIPAÇÃO DE ENFERMEIROS COM COMPETÊNCIAS DE GESTÃO NAS USF 57

CONCLUSÃO **61**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS **65**

APÊNDICES

APENDICE I – Instrumento de colheita de dados

APENDICE I – Exemplo de Matriz de redução dos dados

ANEXOS

ANEXO I - Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ANEXO II - Autorização da Presidente da Direção de Enfermagem do ACeS Baixo Mondego

ANEXO III - Autorização do Conselho Técnico da USF Condeixa

ANEXO IV - Autorização do Conselho Técnico da USF Fernando Namora

INTRODUÇÃO

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (s.d.) afirma no artigo 25º que "Todas as pessoas têm direito a um nível de vida adequado à sua saúde e bem-estar próprios e da sua família, incluindo alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e serviços sociais necessários (...)".

Os Cuidados de Saúde Primários surgem como o primeiro ponto de contacto entre a população e o sistema de saúde, proporcionando acesso livre e ilimitado aos principais serviços de saúde. Estes serviços de cuidados de saúde são oferecidos às pessoas e famílias ao longo da sua vida e não apenas em situações esporádicas (doenças isoladas), independentemente das características individuais da pessoa, aspetos económicos, sociais e políticos (WHO, 2021).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os cuidados de saúde primários referem-se à prestação de cuidados acessíveis, seguros, eficazes e contínuos às pessoas, tão próximos quanto possível do seu ambiente quotidiano. De forma, a promover a saúde, prevenir a doença e providenciar o tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Neste sentido, um sistema de saúde que ostente cuidados de saúde primários robustos contribuirá para melhorar a saúde e o bem-estar da população (WHO, 2019). Estima-se que pelo menos 3,5 mil milhões de pessoas em todo o mundo ainda não beneficiam da cobertura total dos serviços essenciais de saúde. Este facto pode ser explicado pela falta de profissionais, pois estima-se que faltem 18 milhões de profissionais de saúde em todo o mundo (WHO, 2021).

Os profissionais de saúde têm um papel crucial na prestação, expansão e coordenação dos cuidados de saúde primários, sendo o elo de ligação entre a população e o serviço de saúde. Eles constroem relações de continuidade e de confiança com os seus doentes, conhecem a sua história clínica, as suas tradições, culturas e práticas das comunidades em que estão inseridos, o que os torna essenciais aquando de um surto e/ou emergência.

Em Portugal, ao logo das últimas décadas, os cuidados de saúde primários foram alvo de diversas reformas estruturais resultantes de alterações nas práticas de gestão, com o objetivo de responder às necessidades da população. Apostou-se na governação clínica

com o objetivo de obter uma maior satisfação de todos os intervenientes através da melhoria da qualidade, participação e responsabilização de todos. Entre todas as reformas, destaca-se a reforma de 2005 que foi fundamental para permitir a quebra com o modelo hierarquizado tradicional de prestação de cuidados de saúde primários, aliando a tecnologia e o trabalho em rede. Além disto, esta reforma possibilitou a criação das Unidades de Saúde Familiar e a reorganização das restantes dimensões dos antigos Centros de Saúde em Agrupamentos de Centros de Saúde (Fronteira, Henriques & Dussault, 2019). Com a reorganização dos ACeS e com a criação das USF, com autonomia organizativa, funcional e técnica nas quais está preconizado um modelo de gestão participativo entre toda a estrutura orgânica, potenciou-se a desregulação do papel de gestão assumido pelos enfermeiros nos centros de saúde da geração anterior (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Deste modo, esta reforma alterou as funções de gestão dos enfermeiros o que trouxe várias repercussões práticas para estes profissionais.

De acordo com o modelo organizativo destas unidades, atualmente, existe a figura de coordenador específica para a área de formação em medicina, a quem compete coordenar as atividades da equipa multiprofissional; gerir os processos necessários; presidir ao conselho geral; representar externamente a USF; assegurar a realização de reuniões com a população abrangida pela USF ou seus representantes; autorizar comissões gratuitas de serviço no país; confirmar e validar documentos; exercer as competências legalmente atribuídas aos titulares do cargo de direção intermédia de primeiro grau e outras que lhe forem delegadas, com faculdade de subdelegação noutro(s) elementos da equipa. O coordenador apenas não pode delegar a coordenação ou presidência do conselho geral (Decreto-Lei nº298/2007, de 22 de agosto). Tendo em conta o referido anteriormente, torna-se evidente que o papel do enfermeiro com competências de gestão foi negligenciado com a reforma de 2005, uma vez que apenas são delegadas algumas competências específicas nos elementos da equipa de enfermagem. No entanto, diversos estudos têm reportado que nos contextos de atuação é aos enfermeiros que aí exercem as suas funções que compete a gestão de diversos aspetos das unidades de saúde. Ao nível prático, este grupo profissional é detentor de um poder maior do que aquele que lhe é conferido formalmente (Carapinheiro, 1998, Mintzberg, 1994 como referido por Ferreira, 2012).

A mudança de paradigma na gestão das organizações de saúde é ainda hoje um enorme desafio, sendo condicionado por pressões sociais, políticas e económicas. Considerando

o estudo de Wigens (1997) como referido por Ferreira (2012), tem-se vindo a verificar uma perda de poder por parte dos enfermeiros, sendo este transferido para outros grupos profissionais. Consequentemente, verifica-se a forte deterioração das condições de trabalho dos enfermeiros e uma redução da sua participação na tomada de decisão nos diferentes níveis da organização (Ferreira, 2012).

Esta questão tem sido geradora de algumas inquietações, as quais estiveram na base da motivação para a realização deste estudo intitulado: *"A relevância do papel do enfermeiro com competências de gestão nas USF"*. Deste modo, o presente estudo tem como principais objetivos:

- Analisar a importância dada à existência de enfermeiros com competências de gestão nas USF;
- Identificar as funções de gestão esperadas dos enfermeiros no conselho técnico das USF
- Analisar os pontos fortes e fracos, oportunidades e ameaças da participação dos enfermeiros com competências de gestão nas USF.

Pretende-se com este estudo responder à seguinte questão de investigação "Qual a relevância que os enfermeiros atribuem ao enfermeiro com competências de gestão nas Unidades de Saúde Familiar?". O estudo tem uma base metodológica qualitativa de natureza descritiva. Os dados foram recolhidos através de inquérito online, utilizando uma ferramenta Google *forms* com um questionário elaborado para o efeito. Os participantes são enfermeiros das Unidades de Saúde Familiar do Centro de Saúde de Condeixa-a-Nova, sendo asseguradas as questões éticas relacionadas com a recolha de dados.

Em termos estruturais, o presente estudo encontra-se dividido em cinco capítulos:

- O primeiro capítulo compreende as principais orientações teóricas relativas às preocupações e interrogações sobre a relevância do papel do enfermeiro com competências de gestão nas USF. Por sua vez, o capítulo 1 encontra-se subdividido em dois subcapítulos que contextualizam os cuidados de saúde primários em Portugal, o modelo de gestão das USF, as USF do estudo.
- O segundo capítulo é dedicado à exploração das conceituações subjacentes à prática de enfermagem e á gestão, uma abordagem ao enquadramento

profissional de enfermagem que serviram de fio condutor para a compreensão da temática e de referência na sua análise.

- O terceiro capítulo descreve a opção metodológica, nomeadamente o tipo de estudo, a questão de investigação, os objetivos, população e participantes, as estratégias de recolha e processo de análise da informação.
- O quarto capítulo engloba os capítulos onde se apresentam os resultados explanando-se e discutindo a informação obtida.
- O quinto capítulo compreende as principais conclusões e futuras implicações do estudo.

Importa ainda referir que a formatação desta dissertação teve como base orientadora o Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos emanado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra em 2016 e que as traduções são da autoria da redatora da dissertação.

Na citação das fontes na componente textual e na estruturação das referências bibliográficas optou-se pelos critérios de referenciação bibliográfica da *American Psychological Association* (APA, 2012).

1. O CONTEXTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL

Em 1978, a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) realizaram a I Conferência Internacional sobre cuidados de saúde primários, tendo como principal objetivo alertar para a sua importância nos sistemas de saúde. Segundo a conferência os Cuidados de Saúde Primários são por definição:

> Cuidados essenciais de saúde, baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase do seu desenvolvimento, num espírito de auto-confiança e auto-determinação. Fazem parte integrante, quer do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quer do desenvolvimento social e económico da sociedade. Representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais próximo possível dos locais onde as pessoas habitam e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (Pisco & Pinto, 2020, p. 1199).

Adicionalmente, a OMS propôs aos diversos Países participantes a meta de alcançar "saúde para todos no ano 2000" O desafio foi aceite e a Declaração de Alma-ata foi assinada por 134 dos países membros da OMS que se propuseram a instituir serviços locais de saúde centrados nas necessidades da população e com uma base interdisciplinar, compreendendo o envolvimento de médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, bem como com a participação social na gestão e controlo das suas atividades (Pisco & Pinto, 2020)

A Declaração de Alma-ata foi crucial para considerar a saúde como um direito humano, no entanto, sabe-se hoje que algumas das metas estabelecidas nesta Declaração não foram completamente alcançadas. Ainda assim, as ideias debatidas e estabelecidas nesta conferência foram uma referência fundamental para as reformas que dali advieram nos

sistemas de saúde dos Países participantes, como é o caso de Portugal (Pisco & Pinto, 2020).

Em Portugal, a Reforma do Sistema de Saúde e da Assistência (Decreto-Lei nº 413/71) iniciou-se em 1971 com a reorganização dos serviços do Ministério da Saúde (criado em 1958), contemplando os cuidados de saúde primários com a criação dos "centros de saúde de primeira geração" (Pisco e Pinto, 2020). A Tabela 1 resume a evolução do sistema de saúde português, abordando todas as suas fases de desenvolvimento do mesmo.

Tabela 1 – Fases do desenvolvimento dos cuidados de saúde em Portugal

Data	**Desenvolvimento**
1945 a 1967	Serviços médicos – Sociais da Previdência
1968 a 1973	Constituição dos centros de saúde de 1.ª geração
1974 a 1982	Institucionalização do serviço médico à periferia Serviço Nacional de Saúde e carreira de medicina geral e familiar
1983 a 1994	Constituição dos centros de saúde de 2.ª geração Aprovação dos Estatutos do Serviço Nacional de Saúde
1995 a 2005	Constituição dos centros de saúde de 3.ª geração
2005 até à atualidade	Criação das USF e dos AcEs Dinamização das unidades funcionais

(adaptado de Branco e Ramos, 2001 e Biscaia et al., 2008)

Os "centros de saúde de primeira geração" passaram a ser a principal porta de entrada no sistema de saúde. Estavam organizados de forma a funcionar ao nível do concelho o que possibilitava uma maior cobertura populacional. Apresentavam um perfil de atuação na qual a prioridade era a prevenção da doença, promoção da saúde, o acompanhamento de determinados grupos de risco, com uma prática de saúde comunitária planeada por valências ou programas normalizados, que incluíam: cuidados em ambulatório e atividades direcionadas à vigilância em saúde materno-infantil e planeamento familiar, à vacinação e à saúde escolar e ambiental. Coexistiam com os postos clínicos dos Serviços Médico-Sociais das caixas de previdência onde eram

assegurados os cuidados curativos passiveis de serem realizados fora das instituições hospitalares, tais como: elevado número de consultas, visitas ao domicílio e tratamentos de enfermagem, sem existir um planeamento por objetivos de saúde. Atuavam em resposta à procura por parte dos doentes (Branco e Ramos, 2001; Teixeira, 2012 como referido por Neves, 2017).

A criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) aconteceu apenas alguns anos depois, em 1979, e está associada à democratização do País. O Decreto de Lei nº 56/79 de 15 de setembro, promulgou que o Estado Português tem de garantir a proteção à saúde, através da promoção da saúde, prevenção da doença, bem como cuidados curativos. Reiterando ainda que o acesso ao SNS é gratuito para todos os cidadãos (Tavares, 2019).

Em 1983 são criados os "centros de saúde de segunda geração" que surgem da integração dos centros de saúde de primeira geração já existentes com os serviços médico-sociais da caixa de providência criados pelo Estado Novo com o objetivo de racionalizar a prestação dos cuidados de saúde bem como a otimização de recursos (Pisco e Pinto, 2020). No entanto, segundo alguns autores como Branco e Ramos (2001) esta junção não resultou numa melhoria dos aspetos essenciais, tais como a acessibilidade a consultas e a visitas domiciliárias, nem a programação em saúde e os procedimentos preventivos e de vigilância de saúde. Assim sendo, ao manterem-se as estruturas físicas, patrimoniais e humanas das estruturas anteriores, o novo modelo não conseguiu refletir a diversidade das duas culturas organizacionais, nem a lógica de segmentação profissional, o que acentuou a tendência da centralização do poder por parte dos centros de saúde levando a um desajuste relativamente às necessidade e expectativas dos utentes, famílias e comunidades (Biscaia et al., 2008 como referido por Neves, 2017). Assim sendo, a gestão do SNS e a emergente necessidade de conter os custos crescentes com os cuidados de saúde tornou-se uma prioridade governamental. Consequentemente, em 1989, a Constituição foi revista e o acesso aos cuidados de saúde passou a ser tendencialmente gratuito (Pisco & Pinto, 2020).

No ano seguinte, foi formulada a Lei de Bases da Saúde (1971) que aprovou o estatuto do SNS e a criação das Administrações Regionais de Saúde. Apesar das inúmeras mais valias que evidenciou, a longo prazo, este modelo organizativo levou a uma responsabilização excessiva das Sub-Regiões de Saúde e das Administrações Regionais de Saúde, que apresentavam desigualdades em relação aos recursos humanos alocados

aos cuidados de saúde primários comparativamente aos cuidados secundários, além do diminuto incentivo remuneratório. Como consequência foi-se fortalecendo uma insatisfação por parte dos profissionais de saúde e um decréscimo da qualidade dos serviços prestados, que se foi prolongando no tempo (Tavares, 2019)

Entre 1996 e o ano 2000, por iniciativa dos próprios profissionais de saúde foram desenvolvidos projetos de caráter experimental que visavam melhorar a prestação dos cuidados de saúde primários e estimular novas soluções organizativas. O Projeto Alfa de 1996, o Regime Remuneratório Experimental de 1998 e o Projeto Tubo de Ensaio de 1999 são exemplos dessas iniciativas. Estes projetos tinham como objetivo comum melhorar a acessibilidade e qualidade dos cuidados de saúde, bem como aumentar a satisfação dos utentes e dos profissionais de saúde (Tavares, 2019). Destas iniciativas resultaram melhoramentos significativos nos cuidados de saúde primários nomeadamente: o aumento da listagem de utentes, o alargamento do horário de atendimento, a possibilidade de atendimento pós-laboral, e a marcação de consultas com caracter de urgência no próprio dia (OPSS, 2008, Teixeira, 2012 como referido por Neves, 2017).

Com a crescente evolução do SNS, em 1999, surgiram na legislação os "centros de saúde de terceira geração" com personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira. Consequentemente, verificou-se uma descentralização do poder, uma maior autonomia funcional, possibilitando uma maior adaptação às diferentes especificidades locais e das populações da sua área de abrangência. A partir desse momento, foi definida uma estrutura organizacional em unidades operativas com missões complementares: a USF, a Unidade de Saúde na Comunidade (USC) e a Unidade de Saúde Pública (USP).

A constituição das USF surgiu através do envolvimento dos profissionais de saúde que elaboram processos de candidaturas voluntárias para a constituição de equipas auto-organizadas na prestação de cuidados de saúde, com autonomia de gestão técnico-assistencial e funcional. Essas equipas multidisciplinares compreendiam essencialmente três grupos de profissionais nomeadamente médicos, enfermeiros e secretários clínicos (Biscaia e Heleno, 2016). A USF tinha por objetivo a modernização organizativa e a prestação de cuidados de saúde num contexto de grupo e equipa, com a substituição da prática profissional individual por uma cultura de grupo e análise interpares de práticas e procedimentos. Por sua vez, as USC, de estrutura idêntica às USF, mas organizadas

por pequenas áreas geográficas permitiram inovar ao nível estrutural de forma a modificar a imagem e o papel dos centros de saúde junto das populações. Finalmente, as USP foram idealizadas para cumprir com a vocação populacional e de preocupação com a saúde da comunidade no seu conjunto, permitindo a ligação e o entrosamento dos centros de saúde com o resto da rede infraestrutural da saúde pública que se encontrava estruturada por círculos ao nível local, regional, nacional e internacional.

Tendo em conta o exposto, os "centros de saúde de terceira geração" destacavam-se das outras gerações devido à proximidade estabelecida entre o SNS e o doente. Eram caracterizados pela sua orientação para os utentes e comunidades, dando privilégio à liberdade de escolha do médico, proporcionando no terreno uma maior proximidade e intervenção, contribuindo para a redução de desigualdades e procurando o encontro com os mais vulneráveis (Branco & Ramos, 2001, OPSS, 2008 como referido por Neves, 2017).

Na segunda metade dos anos 2000, o XVII Governo Constitucional atribuiu especial atenção aos cuidados de saúde primários reconhecendo a sua importância na interação com os utentes, dado ser o primeiro nível de contacto entre utentes e o serviço de saúde. Dessa altura destaca-se a criação da Rede de cuidados de saúde primários (Decreto-Lei n.º 60/2003 de 1 de abril) e a publicação do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010, que vieram recentrar as preocupações para a adequação dos cuidados às necessidades dos cidadãos, orientados para a família ao longo do seu ciclo de vida, num processo participativo que permita a inclusão. A autora Biscaia (2006) destacou no seu trabalho como principais estratégias orientadoras do PNS, a mudança centrada no cidadão, a gestão integrada da doença, a abordagem com base em "*settings"* (escolas, locais de trabalho, entre outros) e o empoderamento do sistema de saúde para a inovação, por terem implicações diretas nos cuidados de saúde primários e enquadrarem a sua reforma (Neves, 2017). Em 2005, iniciou-se a Reforma dos cuidados de saúde primários que conduziu à reorganização dos Centros de Saúde e à necessidade de reestruturações no seu funcionamento, nomeadamente:

- Constituição de USF;
- Criação de ACeS;
- Criação de outras unidades funcionais nos ACeS;
- Introdução de um novo modelo de gestão;

- Instituição de governação clínica;
- Reorganização dos serviços de suporte;
- Informatização completa dos serviços;
- Desmaterialização completa da maior parte dos suportes para a prática (Biscaia & Heleno, 2017).

Deu-se início a um processo de crescimento, que culminou na maturação e inovação do funcionamento dos centros de saúde com o objetivo de melhorar a justiça distributiva, a eficiência, a efetividade e a capacidade de resolver os problemas dos cidadãos, através do aumento das condições de acessibilidade, da multidisciplinaridade de serviços, da integralidade e da continuidade dos cuidados de saúde. Ao mesmo tempo pretendia-se aumentar a qualidade dos serviços, através de respostas mais adequadas às necessidades dos cidadãos e dos profissionais, e à contenção de custos. A filosofia de "oferta de recursos" idealizada até então foi alterada para a filosofia "da procura de resultados" traduzindo-se num valor superior para o cidadão (Neves, 2017).

Resumidamente, as diversas reformas implementadas aos longos dos anos no serviço de saúde português permitiram uma reorganização da intervenção ao nível comunitário, uma melhoria dos cuidados de saúde prestados no domicílio e dos cuidados paliativos, a implementação de redes de apoio às famílias, tendo como objetivo um maior investimento na promoção e gestão do tratamento de doenças crónicas que estão associadas com a privação da qualidade de vida, gastos elevados em saúde, bem como um maior esfoço na literacia em saúde da População Portuguesa (OPSS, 2007 como referido por Neves, 2017).

Contudo, outras questões permaneciam por resolver. Assim sendo, com o intuito de permitir a flexibilização organizativa e de gestão, a desburocratização, o trabalho em equipa, a autonomia, a responsabilização, a melhoria contínua da qualidade e da sustentabilidade, a reorganização dos centros de saúde teve por base um princípio geral de organização que assentou na criação de pequenas unidades funcionais, os Aces, promovendo a agregação de recursos e estruturas de gestão (Pisco, 2011 como referido por Neves, 2017).

A criação de ACeS aconteceu em dois momentos, inicialmente constituíram-se 74 e após uma reestruturação foram reduzidos para 55 distribuídos por todo o território. Legalmente, os ACeS são definidos como serviços públicos de saúde com autonomia

administrativa, descentralizados das respetivas administrações regionais de saúde, mas sob o seu poder de direção, sendo constituídos por diferentes unidades funcionais. Têm como finalidade garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população da área geográfica da sua abrangência (Biscaia e Heleno, 2016). Posto isto, os Centros de saúde são rebatizados de UCSP. Novas unidades de prestação de cuidados e serviços são criadas: as unidades de cuidados na comunidade (UCC), a unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e mantém-se a Unidade de Saúde Pública (USP). Deste modo, os ACeS englobam cinco tipos de unidades funcionais, com equipas multidisciplinares, com missões específicas, intercoperantes e complementares, organizadas em rede, autónomas ao nível da administração o que permite a decisão e implementação de soluções adaptadas às especificidades da população/localidade onde estão inseridas (Neves, 2017).

As UCC (unidades de cuidados na comunidade) referidas acima prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social em âmbito domiciliário e comunitário, em especial às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional, que necessitem de um acompanhamento mais próximo. Têm ainda atuação na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (Freitas, 2018). Embora sejam compostas por uma equipa multidisciplinar, é a única unidade funcional coordenada por um enfermeiro dotada de autonomia organizativa e técnica, integrada numa lógica de rede com as outras unidades funcionais (Neves, 2017).

Por sua vez, as URAP são unidades que prestam serviços de consultoria e assistência às restantes unidades funcionais, organizando ligações funcionais aos serviços hospitalares (Freitas, 2018). A sua equipa é constituída por assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de saúde oral e outros profissionais não afetos em exclusividade a outras unidades funcionais, podendo ainda fazer parte destas unidades enfermeiros e médicos de várias especialidades que não a de medicina geral e familiar e de saúde pública. A coordenação é da responsabilidade de um dos seus técnicos e também têm autonomia organizativa e técnica, sempre integrada numa lógica de rede com as outras unidades funcionais (Neves, 2017).

Por conseguinte, as USP constituem-se como um observatório local de saúde na área geodemográfica dos seus centros de saúde, tendo como compromisso, gerar e elaborar programas no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde. É igualmente

constituída por uma equipa multiprofissional, mas neste caso são coordenadas por um médico de saúde pública e também têm autonomia organizativa e técnica encontrando-se integrada numa lógica de rede com as outras unidades funcionais (Neves, 2017).

A UCSP enquanto unidade de prestação de cuidados de saúde de proximidade tal como a USF partilham a responsabilidade de prestarem cuidados de saúde aos utentes e famílias inscritas em cada unidade de saúde. Os cuidados de saúde são assegurados por equipas multiprofissionais constituídas na sua base por médicos, enfermeiros e administrativos, podendo existir outras valências mediante contratualização de uma carteira adicional de serviços, para as necessidades populacionais da área de abrangência. Ambas as unidades funcionais têm um colaborador médico de medicina geral e familiar na sua coordenação e garantem a mesma carteira básica de serviços.

A distinção entre as duas unidades deve-se em primeiro lugar a questões organizacionais, segundo Neves (2017), as USF apresentam uma constituição voluntária, o mesmo não acontece nas UCSP. Distinguem-se ainda pelos graus de autonomia, funcionalidade técnica e organizativa, bem como pelos processos de contratualização na qual a USF pratica a intersubstituição de forma a garantir sempre o atendimento aos utentes, e a corresponsabilização de toda a sua equipa na definição de objetivos e de um plano de ação. Por último, diferenciam-se ainda ao nível do desenvolvimento da equipa, pelos distintos compromissos de cooperação interprofissional no âmbito da autonomia organizativa de cada uma destas unidades.

No âmbito das USF e UCSP salienta-se a criação da figura do enfermeiro de família, considerando o enquadramento internacional e concetual nas políticas de saúde da OMS – Região Europeia, a consciencialização da importância da inclusão da família como alvo dos cuidados de enfermagem nos cuidados de saúde primários em Portugal, ao possibilitar que as famílias tenham acesso à prestação de cuidados de enfermagem globais, em todas as fase do ciclo vital e em todos os contextos da comunidade (Decreto-Lei nº 118/2014).

Em suma, estas unidades têm como função observar a saúde da população da área de abrangência através da realização de diversas atividades como: a elaboração de informação de planos em domínios da saúde pública; vigiar epidemiologicamente a população abrangida; gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção,

promoção e proteção da saúde da população (Monteiro, Pisco, Candoso, Bastos & Reis, 2017).

No ano 2020, o combate à Pandemia de SARS-CoV-2 foi um exemplo de sucesso da ação destas unidades de saúde, demonstrando que as mesmas são fundamentais, especialmente pela necessidade de haver uma diminuição na circulação e concentração de pessoas nos mesmos espaços físicos Neste contexto de cuidados de saúde primários, ocorreram alterações consideráveis no modo de atuação dos profissionais, bem como na necessidade de adotar novas formas de interagir e prestar cuidados de saúde aos utentes, com recurso por exemplo às tecnologias de informação e comunicação. Ultrapassaram-se os constrangimentos das medidas de distanciamento social e circulação de pessoas, com impacto sobre a atividade das equipas, uma vez que grande parte da atividade programada foi realizada com recurso a consultas não presenciais. Ainda assim, no ano de 2020, apesar de toda a conjuntura vivenciada, continuou a registar-se um aumento do número de USF e UCC conforme descrito na tabela 2 (Ministério da Saúde, 2019).

Tabela 2 – Evolução do número de USF, UCC e UCSP

Tipo de unidades de Saúde												Var. 2020/2019	
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Valor	%
USF	277	320	357	394	418	449	479	495	532	564	581	**17**	**3,0**
UCSP	518	503	470	464	442	419	397	393	376	345	335	-10	-2,9
UCC	66	162	209	218	237	243	249	255	263	264	266	**2**	**0,8**

(Adaptado do Ministério da Saúde, 2019)

No mesmo ano, foi possível ainda observar que mais de 86% dos utentes inscritos nos cuidados de saúde primários tinham um enfermeiro de família atribuído, o que representa um aumento de 0.7 pontos percentuais face ao ano de 2019 como é possível observar no gráfico 1 (Ministério da Saúde, 2019).

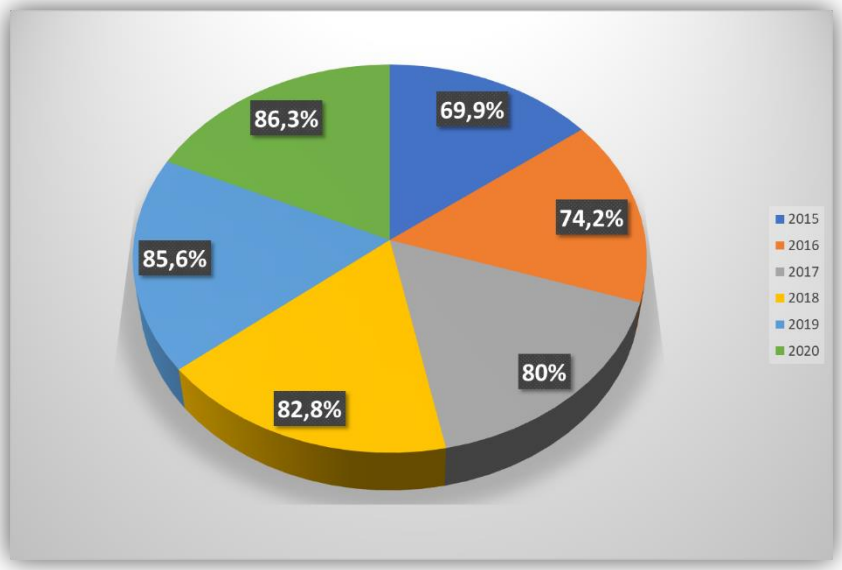

Figura 1 – Evolução percentual de utentes com enfermeiro de família atribuído (adaptado do Ministério da Saúde, 2019).

Este aumento pode ser explanado pelo investimento na capacitação do SNS determinado pelo XXII Governo Constitucional para dar uma resposta efetiva e eficaz perante a calamidade pública sem precedentes vivenciada, como foi a pandemia por SARS-CoV-2. No entanto, foram evidentes as dificuldades suscitadas neste processo, pela necessidade de reorganização dos serviços, pela exaustão dos seus profissionais e pela ausência de recursos adequados em muitos locais. Pode-se assim reiterar que é necessário e urgente haver um investimento inequívoco nos centros de saúde.

1.1. O MODELO DE GESTÃO DAS USF

Como referido anteriormente, uma das principais medidas da reforma dos cuidados de saúde primários compreendeu a criação das USF, unidades de particular interesse para o presente estudo. Segundo o seu regime jurídico, Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de agosto, as USF caracterizam-se no Artigo 3º como "unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, por enfermeiros e por pessoal administrativo e que podem ser organizadas em três modelos de desenvolvimento: *A, B e C"*. Os modelos diferem de acordo com o nível de autonomia, sistema de retribuições e incentivos aos profissionais de saúde, forma de financiamento e estatuto jurídico.

Tabela 3 – Modelos de Unidade de Saúde Familiar

Modelo A
-Fase de aprendizagem e aperfeiçoamento do trabalho em equipa; -Primeiro contributo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna (possibilidade de contratualizar uma ou mais carteiras adicionais); -Remunerações aplicáveis às respetivas carreiras profissionais do sector público; -Contratualizar o cumprimento de metas, que se traduz em incentivos institucionais a reverter para a USF.
Modelo B
-Dirigido a equipas com maior amadurecimento organizacional; -Nível de contratualização de desempenho mais exigente; -Participação no processo de acreditação das USF, num período máximo de 3 anos; -Regime retributivo especial, misto ao desempenho para todos os profissionais.
Modelo C
-Modelo experimental, com carácter complementar relativamente às eventuais insuficiências demonstradas pelo SNS, sendo as USF a constituir definidas em função de quotas estabelecidas por administração regional de saúde (ARS) e face à existência de cidadãos sem médico de família atribuído; -Abrange as USF do sector social, cooperativo e privado, articuladas com o centro de saúde, mas sem qualquer dependência hierárquica, assentando a sua atividade num contrato-programa estabelecido com a ARS respetiva, com obrigatoriedade de obter a acreditação num horizonte máximo de 3 anos.

(Adaptado de Santos,2020).

A atividade destas unidades desenvolve-se com autonomia organizativa, funcional e técnica, integrada numa lógica de rede com as outras unidades funcionais do centro de saúde ou da unidade local de saúde. O mesmo Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de agosto, no artigo 5º salienta ainda os princípios de orientação da atividade destas unidades, entre os quais salientamos: "Gestão participativa a adotar por todos os profissionais da equipa como forma de melhorar o seu desempenho e aumentar a sua satisfação profissional, com salvaguarda dos conteúdos funcionais de cada grupo profissional e das competências específicas atribuídas ao conselho técnico.".

Por sua vez, o artigo 10º menciona a organização estrutural e funcionamento da USF, constituída pelo coordenador da equipa, o conselho técnico e o conselho geral (Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de agosto, artigo 11º). No caso da USF, o conselho técnico é constituído por um médico e por um enfermeiro, preferencialmente detentores de qualificação profissional mais elevada e de maior experiência profissional nos cuidados de saúde primários, selecionados pelos elementos de cada grupo profissional ao qual pertencem. É da sua competência "(…) a orientação necessária à observância das normas técnicas emitidas pelas entidades competentes e a promoção de procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, tendo por referência a carta da qualidade." (Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de agosto, artigo 14º). O funcionamento do conselho técnico consta também do regulamento interno da USF.

1.2. ACES BAIXO MONDEGO

O ACES Baixo Mondego foi criado pela Portaria nº394-A/2012, de 29 de novembro, e encontra-se sob o poder da Administração de Saúde do Centro. A sua área geográfica abrange os concelhos de Cantanhede, Coimbra, Condeixa-a-Nova, Figueira da Foz, Mealhada, Mira, Montemor-o-Velho, Mortágua, Penacova e Soure (Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, 2018). O ACES é composto nos seus órgãos, por um diretor executivo, um conselho clínico e um conselho na comunidade e a sua estrutura compreende diversas unidades funcionais, que exercem funções nos Centros de Saúde dos quais são parte integrante. Cada unidade funcional tem a sua missão, localização e denominação. As diferentes unidades funcionais referidas anteriormente são as USF; as UCSP; as USP; as UCC e as URAP. Nesta dissertação irão ser abordadas as unidades de saúde familiar de Condeixa e Fernando Namora por fazerem parte do presente estudo.

1.2.1 Unidade de Saúde Familiar Condeixa

A USF Condeixa iniciou a sua atividade a quatro de setembro de dois mil e seis, como modelo A, tendo evoluído para modelo B a dois de julho de dois mil e oito. Obteve a Acreditação pelo Comité de Certificação do Departamento de Qualidade na Direção Geral de Saúde a trinta de novembro de dois mil e quinze. A equipa da USF de Condeixa é formada por quinze profissionais de saúde dos quais cinco são médicos, seis

enfermeiros e quatro assistentes técnicos (Administração Regional de Saúde do Centro, 2020).

A sua missão compreende a prestação de cuidados de saúde globais e personalizados à população inscrita, com responsabilidade e competência, e contribuindo para a vigilância e promoção da sua saúde através de ações de prevenção, diagnóstico e continuidade de cuidados. E, por outro lado, proporcionar aos profissionais de saúde um elevado índice de satisfação.

A equipa multidisciplinar procura ser uma referência em cuidados de saúde primários através de um desempenho modelar em várias vertentes, garantindo a acessibilidade, a globalidade e a continuidade dos cuidados de saúde aos seus utentes, contribuindo para a satisfação dos mesmos assim como dos profissionais que a integram.

Os profissionais regem-se por quatro grandes valores: qualidade, satisfação, responsabilidade e eficiência.

Estruturalmente a USF Condeixa é organiza-se de acordo com o legislado apresentando:

- Conselho Geral composto pelos quinze elementos que integram a unidade de modo participativo com vista ao bom funcionamento da USF.
- Coordenador médico eleito entre os médicos da USF, por um período de três anos, em conselho geral.
- Conselho Técnico constituído por um médico e um enfermeiro e um assistente técnico, escolhidos também pelos elementos de cada grupo profissional a que pertencem em Conselho Geral, por um período de três anos.

O Conselho Técnico exerce as seguintes funções:

- Orientação necessária para o cumprimento das normas técnicas expedidas pelas entidades competentes;
- Promoção de procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, tendo por referência a carta da qualidade;
- Avaliação do grau de satisfação dos utentes da USF e dos profissionais da equipa;
- Elaboração do manual de boas práticas;

- Organização e supervisão das atividades de formação contínua e de investigação;
- Avaliação do desempenho dos profissionais de enfermagem.

1.2.2 Unidade de Saúde Familiar Fernando Namora

A USF Fernando Namora iniciou a sua atividade a doze de novembro de dois mil e doze, como modelo A, tendo evoluído para modelo B a dezasseis de dezembro de dois mil e dezasseis. Atualmente, encontra-se a preparar o processo de Acreditação. A equipa da USF é constituída por catorze profissionais de saúde, nomeadamente cinco médicos, cinco enfermeiros e quatro assistentes técnicos. A sua missão é prestar cuidados de saúde personalizados à população inscrita, garantindo a acessibilidade, continuidade e globalidade dos mesmos (Administração Regional de Saúde do Centro, 2019).

A equipa multiprofissional tem como visão potenciar as aptidões e competências de cada indivíduo/família/comunidade e contribuir para o estabelecimento de uma relação interpessoal e profissional estável, no decurso da sua atividade de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares, transmitindo segurança e transparência aos seus utentes.

A equipa rege-se pelos valores da transparência, competência, dinamismo, rigor e inovação, procurando espelhar a sua dedicação e afeto, na qualidade dos serviços prestados à comunidade.

Relativamente à estrutura interna, a USF Fernando Namora organiza-se de acordo com o seguinte legislado:

- Conselho Geral composto por todos os elementos dos três estratos profissionais que integram a USF.
- Coordenador médico eleito por votação de todos os elementos da equipa. A eleição é realizada em reunião do Conselho Geral.
- Conselho Técnico constituído por um médico e um enfermeiro, eleitos pelos seus pares.

O Conselho Técnico exerce as seguintes funções:

- Orientação necessária para o cumprimento das normas técnicas expedidas pelas entidades competentes;
- Promoção de procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, tendo por referência a carta da qualidade;
- Avaliação do grau de satisfação dos utentes da USF e dos profissionais da equipa;
- Elaboração do manual de boas práticas;
- Organização e supervisão das atividades de formação contínua e de investigação;
- Avaliação do desempenho dos profissionais de enfermagem.

2. A ENFERMAGEM E A GESTÃO

A origem da gestão reporta-se a alguns séculos atrás, no entanto, é com o capitalismo industrial que se torna num instrumento imprescindível numa sociedade onde impera o interesse próprio e prevalece o contrato de trabalho entre a entidade empregadora e o funcionário (Ferreira, 2012). No início do século XX, os Engenheiros Frederick Taylor e Henri Fayol desenvolveram os primeiros trabalhos na área da gestão, que culminaram com a criação da Abordagem Clássica da Administração e dos princípios científicos para a gestão. Os pressupostos inerentes a esta abordagem compreendem a necessidade de instruir os trabalhadores relativamente à melhor maneira de executar uma tarefa e de supervisionar e fiscalizar de forma até penalizadora o seu trabalho.

No contexto da Enfermagem, foi Florence Nightingale, após a Guerra da Crimeia (1853-1856), a responsável pela reforma da enfermagem ao nível da gestão. O modelo apresentado para a organização dos cuidados de enfermagem previa para as *"ladies"*, categoria distinta da enfermagem que derivava das classes sociais mais elevadas, o exercício da liderança e supervisão do trabalho realizado pelas enfermeiras (Trevizan, 1993 como referido por Ferreira, 2012). Este modelo assentava na importância do conhecimento das técnicas e instrumentos administrativos, atendendo a divisão do trabalho desenvolvido pelas enfermeiras e "*ladies*" e a sistematização das técnicas e dos procedimentos dos cuidados de enfermagem (Santos, Pestana, Guerrero, Meirelles, & Erdmann, 2013, como referido por Ferreira, 2012). Assim, considerando o acima descrito pode contextualizar-se historicamente nesta época o desenvolvimento da gestão em enfermagem. Florance conseguiu ao longo do tempo demonstrar a importância da aplicação da gestão na administração nos hospitais, com a enfermagem a absorver funções de administração, ao nível organizacional da unidade de saúde e equipa (Ferreira, 2012). No entanto, para que seja alcançada uma gestão de qualidade é imprescindível reconhecer as transformações económicas, políticas e tecnológicas atuais, o que nem sempre é fácil Ferreira, 2012). Mais recentemente, Yoder-Wise, 2019 como referido por Anunciada, 2020, definiu a gestão em enfermagem como a capacidade que os enfermeiros gestores têm para gerir os cuidados aos utentes e restante equipa de enfermagem pela qual são responsáveis. Contratar as pessoas adequadas, criar e apoiar líderes, proteger e gerir todo o tipo de recursos de suporte para que os sus enfermeiros prestem cuidados de saúde de qualidade aos seus utentes, apoiar os

profissionais tendo em consideração as suas qualificações e talento, gerir e compartilhar dados para avaliar a produtividade e qualidade, possibilitar a criação de relacionamentos com a restante equipa multidisciplinar e responsabilizar as pessoas (Anunciada, 2020).

A valorização das competências de gestão destaca-se, assim, um pouco por todo o mundo. As habilitações académicas já não são suficientes para garantir empregabilidade, e os contextos de trabalho devem ser encarados como oportunidades para o desenvolvimento profissional.

Decorrente de todas estas transformações elencadas também as organizações no sector de saúde, ao longo do tempo, têm sofrido diversas restruturações, na tentativa de ser adaptarem às exigências de um mundo globalizado e competitivo. Hoje em ainda, existe a necessidade de se fazerem investimentos nas pessoas, para que se transformem os sistemas de valores e se modifiquem os modelos de liderança predominantes nas organizações públicas (Carapeto & Fonseca, 2006 como referido por Augusto, 2013). Os profissionais de saúde como membros integrantes do sistema de saúde português, sentiram também essa necessidade de ser adaptarem a esta nova realidade e enfrentar as constantes mutações tecnológicas, organizacionais e humanas (Ruthes & Cunha, 2009 como referido por Augusto, 2013). Os enfermeiros com funções de gestão procuraram potenciar essa adaptação através do desenvolvimento das competências necessárias para o melhoramento do desempenho da sua função.

Segundo Ceitil (2007), como referido por Augusto, 2013 as competências podem ser analisadas sob quatro perspetivas nomeadamente como atribuições, como qualificações, como traços ou características pessoais e como comportamentos ou ações.

As competências como atribuições constituem-se como um elemento externo à pessoa, pois são intrínsecas ao exercício de determinados cargos, funções ou responsabilidades, existindo como um elemento formal, quer sejam usadas ou não por um indivíduo.

A perspetiva de competências como qualificações, baseia-se na noção de competências como um conjunto formal de saberes e de técnicas que podem ser adquiridas por via de um sistema formal de ensino.

As competências como traços ou características pessoais, compreende as competências como características intrapessoais e define-as como capacidades que as pessoas podem ter.

Por fim, competência como comportamentos ou ações está associada a fenómenos intrapessoais, podendo as competências ser definidas como resultados de desempenho ou modalidades de ação (Ceitil, 2007, como referido por Augusto, 2013).

O estudo das competências aplicadas à disciplina de enfermagem não é um assunto novo. Segundo uma publicação do *International Council of Nurses* (2003), a definição de um quadro de competências em enfermagem, proporciona uma demonstração clara dos papéis e responsabilidades destes profissionais, quer individual, quer coletivamente.

Sutto, Knoell, Zucker, Finstuen e Mangelsdorff (2008) defendem que identificar competências é útil em diversos domínios como sendo a auto-avaliação dos profissionais, a promoção do seu desenvolvimento profissional e a identificação das necessidades de formação contínua. Possibilita ainda o fornecimento de meios para dar resposta às exigências próprias da função, bem como a definição critérios de performance para a carreira.

Também recentemente, Huston defendeu que em pleno século XXI, o sistema de saúde está um caos, assim como grande parte do mundo dos negócios. É então essencial que a enfermagem e os cuidados de saúde contemporâneos identifiquem um conjunto de competências que serão essenciais aos líderes de enfermagem a partir de 2020. Torna-se essencial criar modelos educacionais e programas de desenvolvimento de gestão para estes profissionais (Huston, 2020).

Tendo em conta tudo o que foi mencionado anteriormente pode-se referir que o processo de trabalho de Enfermagem requer o exercício da competência de liderança desde a gestão da equipa de enfermagem até a outros níveis organizacionais, como a gestão dos serviços de saúde. Por conseguinte, considerando as teorias de liderança, ao longo do tempo, define-se liderança como uma competência necessária ao exercício da profissão de Enfermagem, o que torna os enfermeiros capazes de influenciar a sua equipa a fim de assegurar a prestação de cuidados focados nas reais necessidades de saúde dos seus utentes e familiares (Silva et al., 2021).

Segundo Silva e colegas (2021), o processo de trabalho destes profissionais difere de País para País, mas, pode observa-se de uma forma geral uma ocultação da dimensão de gestão por razões ideológicas em que as funções dos enfermeiros estão circunscritas a atividades assistenciais e pela divisão técnica do trabalho na enfermagem. No entanto, segundo os mesmos autores, em sistemas sociais complexos, como aqueles que se

observam na Europa, a liderança apresenta-se vinculada às atividades de gestão e é considerada como potencializadora dos resultados dos cuidados de Enfermagem (Silva et al., 2021).

O modelo de gestão de cuidados adotado pela Enfermagem deve orientar a organização dos serviços e das práticas profissionais tendo como finalidade alcançar os objetivos institucionais e o cuidado. Estes objetivos devem ser expressos a toda a equipa para que incidam sobre o processo de trabalho e auxiliem a (re)produzir práticas de gestão e de cuidado coerentes com a missão, visão e valores da organização onde prestam serviços. (Silva et al., 2020)

Em Portugal, as mudanças que se tem verificado em termos de Políticas de Saúde realçam a importância da Gestão enquanto foco de atenção e de atuação por parte dos enfermeiros. Segundo o REPE (2015), artigo 9.º, "Os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem".

A carreira destes profissionais de saúde tem vindo a sofrer alterações ao longo do tempo que se têm repercutido na prática. Em 1991, a carreira de enfermeiro compreendia os seguintes cargos: enfermeiro, enfermeiro graduado, enfermeiro especialista, enfermeiro chefe, enfermeiro-supervisor, assessor técnico regional de Enfermagem e assessor técnico de Enfermagem. Em 1998 foram introduzidas algumas alterações pontuais reveladas pela experiência da aplicação do anterior diploma legal tendo passado a vigorar as seguintes categorias: enfermeiro, enfermeiro graduado, enfermeiro especialista, enfermeiro chefe, enfermeiro-supervisor. A partir de 2009, a carreira foi novamente revista e foram elencadas novas categorias a de enfermeiro e de enfermeiro Principal. Por último, em 2019, a carreira destes profissionais foi novamente atualizada e incorpora agora as categorias de enfermeiro, enfermeiro especialista e enfermeiro Gestor. Também em 2019, a Presidência do Conselho de Ministros reconheceu a importância da coordenação operacional das equipas de enfermagem, relativamente à gestão dos cuidados de saúde e gestão das competências dos enfermeiros, definindo que elas são centrais na organização da atividade de enfermagem, além de permitirem o bom funcionamento dos serviços de saúde, inserindo a categoria de enfermeiro gestor na nova Carreira (Decreto-Lei nº71/2019).

Figura 2 – Evolução da Carreira de Enfermagem (Adaptado de Augusto, 2013).

O enfermeiro é "o profissional a quem foi reconhecido um conjunto de competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, com título atribuído pela Ordem dos enfermeiros."

Por sua vez, o enfermeiro especialista é

> O profissional a quem foi reconhecido um conjunto de competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados de enfermagem especializados num campo de intervenção próprio, tendo por base um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, com título atribuído pela Ordem dos Enfermeiros. (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 2).

Por definição, o enfermeiro gestor é

> O profissional com Competência acrescida avançada em gestão, atribuída pela Ordem dos Enfermeiros, a quem foi reconhecido um conjunto de competências diferenciadoras no domínio específico da gestão do Serviço de Enfermagem, desenvolvidas, na generalidade, através das atividades de planeamento, organização, direção e controlo, sendo o responsável, em primeira linha pela

> defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem e o promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros. (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 2).

Atualmente, o enfermeiro gestor define-se como um elemento que detém um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e no domínio específico da gestão, com competência efetiva e demonstrada a nível profissional nesta área. Além disso, tem a visão da organização como um todo, reconhecendo a sua estrutura formal e informal e o seu ambiente organizacional, identificando e analisando os fatores contingenciais, que de forma direta ou indireta, interferem nas atividades de planeamento, execução, controlo e avaliação das unidades. O enfermeiro gestor agrega ainda valor económico à organização e valor social aos enfermeiros sendo responsável, em primeira linha, pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem e o promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros, estando envolvido no processo de tomada de decisão com competência relacional, de forma efetiva e transparente e assume uma atitude ética e de responsabilidade social, centrada no cidadão e na obtenção de resultados em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

No entanto, em Portugal com a reestruturação do SNS ao nível dos cuidados de saúde primários e aquando da criação das USF, não foi contemplada a figura de enfermeiro Chefe, que existia até então e que tinha como função a liderança da equipa de enfermagem, a gestão dos recursos humanos e materiais, gestão dos cuidados de enfermagem; e gestão de atividades de formação. A liderança, no novo modelo de gestão centraliza-se no médico coordenador da USF que, como referido no ponto 1, pode delegar algumas funções a outros elementos da equipa multiprofissional. Esta situação gerou alguns constrangimentos nomeadamente na classe de Enfermagem, dado que, em caso de necessidade os enfermeiros só podem solicitar pareceres a um nível hierárquico superior sobre os cuidados de enfermagem, neste caso ao enfermeiro vogal do Conselho Clínico do ACES. No entanto, o mesmo não tem autonomia para delegar alterações numa USF, pois vigora a decisão do coordenador dessas mesmas unidades.

Anteriormente era à figura de enfermeiro chefe que competia, integrar órgão de gestão das unidades de cuidados, determinar as necessidades dos enfermeiros, tendo em conta o nível de cuidados de enfermagem a prestar, planear e concretizar, com a equipa de

enfermagem, ações que visassem a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem entre outras funções. Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de novembro.

Com as alterações na carreira, tudo mudou e as pessoas foram se ajustando dentro das possibilidades do sistema e das novas denominações para a carreira de Enfermagem e tendo em consideração a estrutura organizacional das próprias USF como se pode concluir pela leitura da dissertação de mestrado elaborada por Bastos, 2014.

Nas USF, o enfermeiro exerce funções de gestão quando pertence ao Conselho Geral ou Conselho Técnico de acordo com o estipulado no Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de Agosto. Apesar do decreto dar preferência a que o enfermeiro que ocupe um lugar no Conselho técnico seja detentor de qualificação profissional mais elevada e de maior experiência profissional nos cuidados de saúde primários, não obriga que este detenha a competência acrescida em gestão, ser enfermeiro gestor, nem a ser enfermeiro especialista pelo menos numa primeira fase de transição, dado que o acesso a este cargo é realizado por eleição dentro do seio da equipa.

Tabela 4– Competências do Conselho Geral e Competências do Conselho Técnico

Conselho Geral (artigo 13º)
• Aprovar o regulamento interno, a carta da qualidade, o plano de ação, o relatório de atividades e o regulamento de distribuição dos incentivos institucionais; • Aprovar a proposta da carta de compromisso; • Zelar pelo cumprimento do regulamento interno, da carta de qualidade e do plano de ação; • Propor a nomeação do novo coordenador; • Aprovar a substituição de qualquer elemento da equipa multiprofissional; • Pronunciar-se sobre os instrumentos de articulação, gestão e controlo dos recursos afetos e disponibilizados à USF.
Conselho Técnico (artigo 14º)
• Realizar a orientação necessária à observância das normas técnicas emitidas pelas entidades competentes e a promoção de procedimentos que garantam a melhoria continua da qualidade dos cuidados de saúde, tendo por referência a carta da qualidade; • Avaliar o grau de satisfação dos utentes da USF e dos profissionais da equipa; • Elaborar e manter atualizado o manual de boas práticas;

- Organizar e supervisionar as atividades de formação continua e de investigação.

(Decreto-Lei nº 298/2007).

Perante o exposto, algumas das funções que anteriormente estavam agregadas ao enfermeiro chefe não se mantiveram aquando desta transição, evidenciando uma necessidade de clarificar as funções atribuídas e a importância que os enfermeiros atribuem ao par com competências de gestão.

Deste modo, considerando as alterações na carreira de Enfermagem é pertinente estudar a relevância que os enfermeiros atribuem ao enfermeiro com competências de gestão nas USF.

3. METODOLOGIA

No presente capítulo será descrito o plano metodológico definido para o desenvolvimento e concretização deste estudo. Segundo os autores Cunha, 2009 e Fortin, 1999, a fase metodológica consiste em definir as técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica e os métodos de análise que irão ser empregues de forma a atingir os objetivos definidos. Assim sendo, é no decurso desta fase que o investigador descrever o tipo de estudo (qual a melhor maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação), o meio onde se desenrola o estudo e a respetiva população e amostra envolvida. Por fim, será feita referência ao instrumento de recolha de dados desenvolvido para o presente estudo (Questionário), a sua aplicação e análise dos dados colhidos.

3.1. TIPO DE ESTUDO

O desenvolvimento de uma investigação pressupõe, como ponto de partida, a existência de uma curiosidade por parte do investigador. Tendo em consideração o estado da arte na área de gestão de Enfermagem, a presente dissertação de mestrado tem como objetivo analisar *"A relevância que os Enfermeiros atribuem ao Enfermeiro com competências de gestão no seio das equipas da USF a que pertencem."*

De acordo com Fortin (1999), o tipo de estudo *"descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação vise descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre os mesmos"*. Assim, para atingir o objetivo proposto optou-se pelo desenvolvimento de uma abordagem qualitativa, por considerarmos que seria o tipo de estudo mais adequado tendo em conta a natureza da investigação.

A pesquisa qualitativa tem como finalidade o estudo de aspetos específicos, particulares, subjetivos, quer no âmbito do sujeito, quer no grupo em que se enquadra, procurando avaliar as representações, emoções e atitudes das pessoas quando confrontadas com diversas realidades ou problemas (Strubert e Carpenter, 2013). Afigurou-se como pertinente para estudar as competências e práticas de gestão dos enfermeiros nas USF, compreender os seus significados, a intencionalidade com que são

realizadas e formar explicações sobre as suas influências. No fundo, é possível com esta abordagem obter diferentes perspetivas, com foco nos processos e significados em que não é possível serem medidos quantitativamente, logo, é dado ênfase à forma como adquire significado (Streubert & Carpenter, 2013).

Além disso, um estudo descritivo tem como objetivo realizar a descrição e identificação detalhada das características de um determinado fenómeno, de forma a destacar as características da população (Polit & Beck, 2011).

3.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Com a finalidade de implementar um estudo qualitativo de qualidade, um investigador tem o dever de assegurar que a questão de investigação proposta é apropriada e que as pessoas e as fontes de dados necessárias se encontram disponíveis (Strubert & Carpenter, 2013).

As atividades de gestão são consideradas como potencializadoras dos resultados dos cuidados de Enfermagem, apresentando-se vinculadas às competências necessárias para influenciar a equipa na prestação de cuidados focados nas reais necessidades de saúde dos seus utentes e familiares (Silva et al., 2021).

Assim, de forma a operacionalizar o desenvolvimento do presente plano de trabalhos, no contexto da problemática de investigação descrita, formulou-se a seguinte questão de investigação: *"Qual a relevância que os enfermeiros atribuem ao enfermeiro com competências gestão nas USF's".*

3.3. OBJETIVOS

O objetivo de um estudo consiste num enunciado declarativo de forma a orientar a investigação, evidenciando as variáveis-chave do estudo (Polit & Beck, 2011).

Desta forma, foi definido, como objetivo geral deste estudo:

- Analisar a importância dada à existência de enfermeiros com competências de gestão nas Unidade de Saúde Familiar;

Consequentemente, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as funções de gestão esperadas dos enfermeiros no conselho técnico das Unidade de Saúde Familiar;
- Analisar os pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças da participação de enfermeiros com competências de gestão nas Unidade de Saúde Familiar.

3.4. POPULAÇÃO E PARTICIPANTES

A população consiste num conjunto de indivíduos (participantes) ou de objetos que possuem características semelhantes, as quais foram definidas por critérios de inclusão, tendo em vista um determinado estudo (Polit & Beck, 2011).

Para que seja alcançado um trabalho de investigação com sucesso é fundamental uma escolha adequada do contexto e dos participantes, uma vez que têm na investigação qualitativa um papel ativo em vez de passivo. Só ao desenvolver eficazmente uma relação de confiança com as pessoas é possível alcançar os objetivos do estudo (Strubert & Carpenter, 2013).

Assim a amostra de participantes (população em estudo) foi não probabilística e de conveniência, sendo constituída pelo grupo profissional de enfermeiros do ACES Baixo Mondego, nomeadamente os enfermeiros que exercem funções nas USF Condeixa e USF Fernando Namora, do Centro de Saúde de Condeixa-a-Nova, tendo como critérios de inclusão a aceitação e disponibilidade para participar no estudo.

A seleção dos participantes de ambas as USF's ocorreu após uma pesquisa inicial, tendo por base o número efetivo. Deste modo, uma amostragem de onze enfermeiros, foi considerada suficiente e acessível tendo por base o horizonte temporal do estudo, constituindo-se a amostra por exaustão (Denzin & Lincoln, 2006).

Para a realização deste estudo acautelaram-se previamente procedimentos éticos de modo a obter as devidas autorizações e respeitar os direitos dos participantes. Assim, foi solicitado o parecer ético submetendo-se o projeto de investigação à apreciação pela Comissão de Ética da UICISA:E, tendo sido autorizado a sua realização (Anexo I). O parecer obtido foi favorável. Paralelamente foi também solicitada a autorização à Presidente da Direção de Enfermagem do ACES Baixo Mondego e aos Conselhos Técnicos das duas USF, do qual se obteve uma resposta positiva (Anexo II, III e IV). O acesso aos participantes ocorreu depois de um contacto personalizado com os

enfermeiros dos respetivos Conselhos Técnicos. Posteriormente todos os enfermeiros foram contatados pela investigadora para os convidar a participar no estudo, de forma livre e voluntária, tendo depois enviado o link do inquérito para preenchimento do questionário. Prévio ao questionário foi elaborado um cabeçalho do estudo para o consentimento informado dos participantes, onde constavam todas as informações relevantes, desde o nome e o contacto da investigadora, o objetivo geral do estudo, a não obrigatoriedade e a confidencialidade na participação (Fortin, 1999).

Assim sendo, este estudo assegurara o anonimato e confidencialidade dos participantes, dado que os questionários não foram identificados.

3.5. COLHEITA E PROCESSAMENTO DE INFORMAÇÃO

Os dados e a informação foram recolhidos através de um inquérito online, utilizando a ferramenta *Google forms* com um questionário elaborado para o efeito, que englobou informação sociodemográfica e questões de resposta aberta relacionadas com os pontos fracos, fortes, oportunidades e ameaças da participação de gestão nas USF (Apêndice I).

Este formulário baseia-se numa técnica que possibilita colocar e desenvolver questões básicas e com sequência. Além disso, esta técnica permite obter respostas dos participantes em que eles utilizam as suas próprias palavras, expressando as suas perspetivas pessoais (Bardin, 2013).

A primeira parte do nosso questionário pretende identificar as características sociodemográficas da população em estudo como a idade, o género, as habilitações académicas, e alguns dados profissionais (como o tempo de exercício profissional como enfermeira, a categoria profissional, o tempo de experiência no local onde exerce funções, a experiência profissional em funções de gestão). Na segunda parte formulamos questões abertas no sentido de encaminhar os participantes a partilhar as experiências vividas pelas próprias pessoas, a explorar a sua visão da mudança, o conhecimento que possuíam dos objetivos da reforma, das mudanças nas suas práticas e nos seus papéis e da sua participação e/ou implicação na gestão da mudança.

Primeiramente, o inquérito online apresenta vantagens na sua distribuição e recolha, permitindo aos participantes responderem no momento em que acharam mais oportuno e reduzindo o risco de haver exposição a influência de opiniões (Gil, 1999). Adicionalmente, tendo em conta o contexto atual marcado por uma pandemia mundial

(a Infeção por Covid-19), houve a necessidade de se optar pela realização do inquérito online que facilitou a adesão dos participantes ao estudo, evitando a todo o custo a circulação de pessoas externas aos serviços de prestação de cuidados nas USF em questão.

A voluntariedade e autonomia dos participantes no estudo foi respeitada e o seu consentimento informado foi assegurado. O inquérito online começou com uma página de apresentação do estudo e os participantes só tiveram permissão para aceder ao questionário após preencherem um campo obrigatório onde declararam ter compreendido a informação sobre o estudo e respetivos objetivos dando o seu consentimento informado.

Foi garantida a confidencialidade e proteção dos dados de acordo com o atual Regulamento Geral de Proteção de Dados da UE. Só a investigadora conhece a fonte dos dados e compromete-se a que fiquem apenas na sua posse, protegidos da leitura por outros através de código de acesso. Apenas foram partilhados com os orientadores e utilizados e tratados para fins científicos garantindo-se a sua destruição após o fim deste estudo.

Após a fase de recolha de dados, numerámos e transcrevemos as respostas cumprindo o princípio ético da confidencialidade (o anonimato foi salvaguardado). Não foi recolhido o e-mail de resposta ao questionário e este não apresenta conteúdo que possa identificar nem o participante nem a USF em questão. Todos os dados foram trabalhados em conjunto e a informação foi analisada de forma anónima, através de codificação, atribuindo um código a cada questionário com uma letra e um número. Assim, a enfermeira E1 (Questionário nº1) a E8 (Questionário nº8). Não foi excluído nenhum dos questionários.

Como sugerido pelos autores Marshall e Rossman (1999) como referidos por Saldanha, J. Huberman, M. e Miles, M. (2019), os dados recolhidos dos questionários foram objeto de uma análise, que prevê a organização dos dados, a produção de categorias, a codificação dos dados, testagem das interpretações, busca de explicações alternativas e produção do texto final. Também Streubert e Carpenter (2013) descrevem que é exigido aos investigadores um comprometimento profundo com um processo analítico estruturado para conseguir compreender o que os dados revelam.

As respostas da primeira parte do questionário referentes às características sociodemográficas dos participantes foram convertidas em tabelas no Microsoft Excel, a fim de permitir uma rápida observação dos resultados (Fortin, 1999). Deste modo, nos dados relativos às questões fechadas recorreu-se à estatística descritiva.

Em relação aos dados obtidos decorrentes das questões abertas, foi então usada a análise de conteúdo, na modalidade de análise temática de acordo com as seguintes etapas: pré-análise e leitura detalhada das respostas, exploração do material e construção das categorias, tratamento dos resultados e interpretação (Bardin, 2013). Esta análise envolve etapas de descrição, segmentação e sistematização do conteúdo de mensagens, com o objetivo de conferir significação, por meio de deduções justificadas.

Na fase de pré-análise, depois de uma leitura flutuante das respostas de todos os questionários, considerou-se pertinente utilizar as respostas das enfermeiras como material de tratamento de dados, uma vez que a estrutura de resposta do questionário permitiu que os mesmos produzissem respostas objetivas e oportunas. Obedeceu-se às regras da exaustividade (teve-se em conta todas as respostas obtidas), pertinência e homogeneidade (todas as respostas vão ao encontro do tema e dos objetivos do estudo) (Bardin, 2013).

Na segunda fase, a exploração do material, procedeu-se à codificação das respostas e à categorização. A codificação é o processo pelo qual os dados em bruto são transformados sistematicamente e agregados em unidades que permitem uma descrição exata das características do conteúdo (Bardin, 2013).

Classificámos as respostas que foram objeto de análise, atribuindo-lhes o respetivo número de ordem, conforme o instrumento de pesquisa. Nesta fase, cada frase relativa a uma competência foi usada como unidade de contexto. Por sua vez, cada unidade de contexto serviu como ponto de partida para a categorização para a análise e codificação para o registo de dados (Bardin 2013). Na análise em questão, cada ação descrita pelo enfermeiro constitui uma unidade de registo. A categorização resultou da classificação analógica e progressiva dos elementos (denominadas “rubricas significativas”) permitindo a classificação dos elementos de significação que constituem a mensagem (Bardin, 2013).

Assim, o *corpus* de informação foi analisado com base nas categorias pré-definidas, relativas à importância atribuída às competências de gestão do enfermeiro, seus pontos

fortes e fracos e oportunidades e ameaças da sua participação nas USF, sem prejuízo de exploração/identificação de outras categorias que fossem emergindo dos significados implícitos nos discursos dos participantes.

Durante o processo de análise foi desenvolvida uma matriz com a redução de dados cujo excerto pode ser consultado no Apêndice II.

A análise SWOT foi também aplicada devido a natureza descritiva das respostas. Esta análise consiste num meio de diagnóstico estratégico, que ao ser incluído no processo de melhoria continua que permite a avaliação de uma determinada temática. SWOT é um acrónimo de *"Strengths, Weakness, Opportunities, Threats"*. Em português significa Pontos Fortes, Oportunidade, Pontos Fracos. Assim sendo, no presente plano de trabalhos utilizou-se a análise SWOT para identificar os pontos fortes, fracos, oportunidades e ameaças que favorecem ou esmorecem a importância de o enfermeiro possuir competências de gestão nas USF's (Sotomayor, Rodrigues e Duarte, 2013). A análise SWOT é assim uma ferramenta que permite o planeamento estratégico, que procura compreender todo o sistema, incluindo as vozes das partes interessadas refletindo uma perspetiva global da situação na qual se encontra a organização em estudo.

4. A RELEVÂNCIA DO PAPEL DO ENFERMEIRO COM COMPETÊNCIAS DE GESTÃO NAS USF: A PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS

Neste capítulo pretende-se desenvolver a análise e discussão dos resultados recolhidos. Para a sua posterior interpretação, importa caraterizar sumariamente os participantes, nomeadamente no que se refere á sua formação e experiência na área de gestão, consideradas como essenciais para a posterior compreensão da relevância atribuída ao papel do enfermeiro com competências de gestão nas USF.

A população deste estudo é constituída por onze enfermeiros a exercer funções nas duas USF. No entanto, apenas aceitaram participar no estudo oito enfermeiras. É importante salientar que a fraca adesão à participação no estudo pode ser interpretada pela baixa vontade de expressar uma opinião acerca de um tema que pode ser causador de alguma polémica. Por outro lado, o contacto indireto com os enfermeiros na distribuição e recolha dos questionários pode ter sido determinante para a referida adesão.

A amostragem é constituída na sua totalidade por participantes do género feminino. A predominância do género feminino não constitui uma surpresa, pois é do nosso conhecimento que a maioria dos enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros, tendo por setor de atividade o centro de saúde, são do sexo feminino. Além disso, esta predominância também se verifica em termos globais e a nível nacional no conjunto de todos os setores de atividades de enfermagem 82.3% dos enfermeiros são mulheres (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

No que diz respeito à idade das enfermeiras em estudo, os dados sociodemográficos apresentados indicam que a idade mínima é de 45 anos e a máxima de 61 anos, com uma média de 50 anos de idade e um desvio padrão de ±4,94.

Quanto à distribuição da população-alvo no que se refere ao tempo de serviço na profissão, podemos constatar pela análise das respostas que a população em estudo trabalha em enfermagem entre 21 anos a 37 anos, sendo a moda 26 anos (25%) e 28 anos (25%).

Relativamente ao tempo de exercício profissional na Instituição atual (Centro de Saúde e recentemente USF), registou-se uma média de aproximadamente 19 anos e um desvio padrão de ±10,4. Embora as USF em estudo, só tenham iniciado atividade em 2006 e 2012 estas enfermeiras já trabalhavam no centro de saúde de Condeixa há vários anos.

No que se refere às habilitações académicas, a população em estudo é na sua totalidade licenciada em Enfermagem e quatro enfermeiras são detentoras do título de enfermeira especialista, duas em Saúde Comunitária, uma em Saúde Materna e Obstetrícia e uma em Saúde Infantil e Pediatria. Uma enfermeira possui formação em Administração em Serviços de Enfermagem. Além disso, duas enfermeiras mencionaram que já integraram ou integram o conselho técnico das USF.

A população em estudo também foi questionada acerca da sua experiência na área da gestão. Em relação a este indicador, uma enfermeira respondeu ter experiência na gestão da equipa multidisciplinar na área da qualidade, outra refere experiência como membro do conselho técnico, outra menciona ter experiência em funções de chefia, outra indica experiência no conselho técnico e como enfermeira em funções de chefia desde 2019, outra afirma ter experiência apenas aquando da substituição da enfermeira chefe em férias e, por fim, três enfermeiras responderam não ter nenhuma experiência relacionada com a área de gestão.

Apresentam-se nos capítulos seguintes as categorias de análise da relevância atribuída ao papel do enfermeiro com competências de gestão nas USF descrevendo-se as várias dimensões e respetivas unidades de significado, recorrendo a expressões das participantes que aparecem codificadas e numeradas pela ordem de tratamento dos inquéritos. Simultaneamente, realiza-se discussão dos dados obtidos.

4.1. DA IMPORTÂNCIA ATRIBUIDA À EXISTÊNCIA DE ENFERMEIROS COM COMPETÊNCIAS DE GESTÃO NAS USF ÀS FUNÇÕES DE GESTÃO ESPERADAS DOS ENFERMEIROS DO CONSELHO TÉCNICO

Como mencionado no capítulo 3, cada participante foi identificado na base de dados com um código com a letra E e com um número (p.e. E_1, E_2, … E_8). A existência/participação de um enfermeiro com competências em gestão na equipa multidisciplinar poderia trazer benefícios às USF. Desta forma, as participantes expressaram as suas opiniões relativamente a esta hipótese.

Das respostas obtidas às questões “Vê benefícios na participação de um enfermeiro com competências de gestão na equipa multidisciplinar? Quais?” e, “Quais as consequências da inexistência de um enfermeiro com competências de gestão na equipa

multidisciplinar?" ressalta a importância atribuída pelas participantes à existência de enfermeiros com competências de gestão nos Conselhos Técnicos das USF.

Enquanto uma participante considerou não haver benefícios no facto de o enfermeiro que integra este órgão deter competências de gestão, as restantes sete participantes enumeraram um conjunto de benefícios associados à '*participação ativa na tomada de decisão'* E_2, E_3, à '*organização e funcionamento da USF*' E_3, E_4, E_5, e ao "*planeamento estratégico do plano de ação e na contratualização*" E_6.

Como é explícito nas opiniões das participantes, um enfermeiro com competências de gestão no conselho técnico das USF traz benefícios à equipa multidisciplinar na medida em que define estratégias de trabalho, é o intermediário entre a direção e os enfermeiros, é responsável pela representação do enfermeiro e dos seus direitos e deveres (impõe o respeito pela profissão), tem poder na tomada de decisões, organiza os planos de trabalho e os planos de cuidados, e maior responsabilização.

Assim sendo, é evidenciada a importância da existência de um enfermeiro com competências de gestão nas USF na representatividade da equipa de enfermagem, negociação, coordenação, liderança, moderação de conflitos, impondo respeito entre os pares, traz coesão à equipa de enfermagem e melhoria da organização do trabalho pela seguinte afirmação: *''ter conhecimentos específicos na área de administração/gestão para atuar e conduzir a equipa, minimizando conflitos, resolvendo problemas (brainstorming), além de ter conhecimento socio-antropológico''* E_8.

Num estudo de 2020, os mesmos benefícios foram reportados para a figura do enfermeiro gestor, nomeadamente: contratação de pessoas adequadas; proteção e gestão de todo o tipo de recursos de suporte para que os enfermeiros prestem cuidados de saúde de qualidade aos seus utentes; apoio aos profissionais tendo em consideração as suas qualificações e talento; gestão e compartilha de dados para avaliar a produtividade e qualidade; e, por fim, a possibilidade de criar relacionamentos com a restante equipa multidisciplinar (Anunciada, 2020).

Adicionalmente, as respostas dadas pelas participantes vão de encontro aos estudos realizados pelos autores Resende (2004) e Cunha e Neto (2006), onde concluem que as competências de gestão são imprescindíveis para alcançar melhores resultados nos serviços de enfermagem, podendo influenciar a performance da própria organização.

Das consequências da inexistência de um enfermeiro com competências de gestão na equipa multidisciplinar sobressaem de forma implícita a perda do "*Elo de ligação com Direção de Enfermagem, conhecimento e envolvimento no funcionamento e organização da Instituição*" E_3, a "*Gestão pode não ser tão eficaz*" E_5, pode ocorrer a "*Desorganização do serviço*" E_4 ou a "*Autogestão*" E_7, o que pode "*colocar em causa processos de qualidade e melhoria e até a avaliação de desempenho dos enfermeiros*" E_6.

As respostas obtidas vão de encontro ao que foi reportado por Hinno, Partanen, & Vehviläinen-Julkunen (2012), num estudo na Finlândia e na Holanda, em que os enfermeiros referem a adequação dos recursos e o suporte da gestão, como preditores para a qualidade dos cuidados e para a satisfação dos profissionais.

Além disso, as perspetivas das participantes parecem estar subjacentes aos princípios de orientação da atividade das USF referidas no artigo 5º do Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de agosto, concretamente a gestão participativa a adotar por todos os profissionais da equipa, com salvaguarda dos conteúdos funcionais de cada grupo profissional e das competências específicas atribuídas ao conselho técnico.

De igual modo, parece existir também o reconhecimento da importância de um enfermeiro com competências de gestão no conselho técnico, não só porque tal está implícito no artigo 11º do mesmo Decreto-Lei, ao aludir á preferência por detentores de qualificação profissional mais elevada e de maior experiência profissional nos cuidados de saúde primários para a sua constituição, mas também pela pertinência que parecem atribuir ao seu papel na melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde e do desempenho do próprio grupo profissional.

Quanto às funções de gestão esperadas dos enfermeiros do conselho técnico, as participantes mencionaram como as principais a ser assumidas: a '*gestão dos recursos materiais e humanos*' E_1, nomeadamente a '*gestão da assiduidade*' E_2, do '*tipo de trabalho*' E_7 e de '*resultados da equipa de enfermagem*' E_2, a '*avaliação SIADAP*' E_3 e realização de '*auditorias*' E_1. É também esperado que exerça as funções de '*liderança, proatividade e comunicação*' E_8 enquanto '*elo de ligação com a coordenação e ACES*' E_2, E_3. Registou-se ainda a perspetiva de uma participante que não identificou qualquer função considerando que "*Nas USF a gestão é partilhada, não devendo haver uma figura central de gestão*" E_6.

Do enfermeiro do Conselho Técnico, os participantes esperam que o mesmo exerça funções de liderança e de representante da equipa de enfermagem, faça gestão de recursos, avaliações, auditorias, e que consiga moderar conflitos proporcionando uma melhoria da organização do trabalho. No entanto, as funções regulamentadas para este elemento compreendem a orientação necessária à observância das normas técnicas expedidas pelas entidades competente; promoção de procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, tendo por referência a carta da qualidade; avaliação do grau de satisfação dos utentes da USF e dos profissionais da equipa; elaboração do Manual de boas práticas; organização e supervisão das atividades de formação contínua e de investigação; realização da avaliação do desempenho dos profissionais de enfermagem. Posto isto, observa-se que algumas das funções esperadas dos elementos do conselho técnico podem ser enquadradas dentro do legalmente estipulado. No entanto, a gestão de recursos das USF, faz parte do estabelecido na carta de compromisso entre o coordenador das USF (médico) e a instituição (Bastos, 2014).

4.2. PONTOS FORTES, FRACOS, OPORTUNIDADES E AMEÇAS IDENTIFICADAS À PARTICIPAÇÃO DE ENFERMEIROS COM COMPETÊNCIAS DE GESTÃO NAS USF

Quando questionadas sobre a participação de enfermeiros com competências de gestão nas USF, as enfermeiras identificaram aspetos positivos e negativos para os profissionais de enfermagem surgindo daí os pontos fortes e fracos.

Como principais pontos positivos/vantagens, as participantes identificaram a responsabilização, a organização, a autonomia, e a melhoria dos serviços de enfermagem: *"autonomia organizativa e funcional da equipa de enfermagem"* E_2, E_3, *"melhor organização do serviço"* E_4, E_5, *"autonomia responsável e gestão partilhada"* E_6. Uma enfermeira mencionou ainda que uma *"gestão em hierarquia horizontal, é mais baseada nas necessidades reais da equipa"* E_1, tendo como consequência uma *"melhoria do trabalho de Enfermagem"* E_7.

Hesbeen (2001) considerou que para além de outras missões acessórias com interesse indiscutível, o gestor de enfermagem assume o papel principal em dar atenção ao pessoal do seu serviço, a fim de lhe oferecer as melhores condições possíveis para exercer a profissão, desenvolvê-la e nela encontrar satisfação.

Os pontos positivos sinalizados pelas participantes no nosso estudo parecem estar subjacentes aos princípios referidas no Decreto-Lei nº71/2019, relativamente à importância da coordenação operacional das equipas de enfermagem no sector da gestão dos cuidados de saúde e gestão das competências dos enfermeiros, definindo que estes elementos são cruciais na organização da atividade de enfermagem, além de permitirem o bom funcionamento dos serviços de saúde.

Deste modo, pode-se afirmar que a contemplação da figura de um enfermeiro com competências de gestão na atividade das USF, iria permitir mudanças relativamente:

- Visão da Organização como um todo, identificando e analisando os fatores contingenciais que interferem nas atividades de planeamento, execução, controlo e avaliação das USF;
- Aumento da autonomia, tanto funcional como financeira das USF;
- Defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem, promovendo o desenvolvimento profissional dos enfermeiros;
- Promoção de procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde tendo por referência a carta da qualidade.

A população em estudo também foi questionada sobre os pontos negativos em relação à implementação do modelo de gestão das USF para a Enfermagem, surgindo destas respostas os pontos fracos.

Das oito enfermeiras em estudo, três não reportaram nenhuma desvantagem. Por outro lado, a "*Falta de tempo"* E_1, E_2, a *"Burocracia"* E_5, bem como a *"Falta de formação em gestão do Enfermeiro do conselho técnico"* E_8 são fatores evidenciados pelas citações das enfermeiras que demonstram algum descontentamento com o modelo aplicado às USF para enfermagem que não exige um enfermeiro com competências de gestão no Conselho Técnico da USF.

Analisando as respostas das participantes à questão "A participação do enfermeiro com competências de gestão cria oportunidades para a equipa multidisciplinar", sete enfermeiras indicaram que esta figura iria criar oportunidades para os enfermeiros, demonstrando novamente a importância de competências de gestão dos enfermeiros que integram o conselho técnico das USF. Assim, as enfermeiras em estudo reconhecem que a participação do enfermeiro com competências de gestão cria oportunidades (E_2, E_3, E_4, E_5, E_7, E_8) para a equipa multidisciplinar das USF, uma enfermeira até referiu que a

competência em gestão poderá *"dinamizar os enfermeiros, por exemplo nos processos de melhoria continua"* E_6. Apenas uma enfermeira indicou que a competência de gestão *"talvez"* (E_1) crie oportunidades na carreira de enfermagem.

As respostas dadas pelas participantes vão de encontro ao estudo de Ferreira (2012), onde é verificado uma perda de poder por parte dos enfermeiros na organização das USF, sendo este transferido para outros grupos profissionais. Consequentemente, verificou-se uma forte deterioração das condições de trabalho dos enfermeiros e uma redução da sua participação na tomada de decisão nos diferentes níveis da organização (Ferreira, 2012).

Achou-se pertinente averiguar a opinião dos participantes relativamente às desvantagens da existência/participação de um enfermeiro com competências de gestão na equipa multidisciplinar das USF para encontrar as ameaças percebidas. Três enfermeiras mencionam que "não há desvantagens" E_3, E_7 ou "não encontra desvantagens" E_6; Uma enfermeira não tem opinião formada acerca deste assunto E_1. Quatro participantes referem como ameaças á figura de um enfermeiro com competências de gestão na equipa multidisciplinar do Conselho Técnico das USF: a falta de reconhecimento E_2, "não dar oportunidade às colegas e igual forma" E_4, a limitação do o seu papel a "gerir os recursos humanos e materiais E_5, e a "desmotivação da equipa, falta de liderança" E_8.

Estas respostas são indicativas da necessidade de clarificar as funções atribuídas e a importância que os enfermeiros atribuem ao par com competências de gestão. Tendo em conta que as ameaças mencionadas pelas enfermeiras E_4, E_5 e E_8, são pouco claras. A única ameaça claramente mencionada é a falta de reconhecimento das competências de gestão dos enfermeiros.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018), o enfermeiro Gestor é responsável pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem e o promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros, estando envolvido no processo de tomada de decisão com competência relacional, de forma efetiva e transparente e assume uma atitude ética e de responsabilidade social, centrada no cidadão e na obtenção de resultados em saúde.

A discussão sobre os resultados do estudo realizado pode ser organizada de forma mais percetível através de uma análise SWOT:

Figura 3 – Análise Swot

5. CONCLUSÃO

No final, torna-se pertinente fazer uma retrospetiva sobre a forma como este estudo decorreu e apresentar as principais conclusões do mesmo, assim como algumas limitações e constrangimentos que, sendo condicionantes, podem constituir em si oportunidades de reflexão, perspetivando estudos futuros. À semelhança da interpretação de resultados, para uma melhor organização das principais conclusões deste estudo, estas estão ordenadas conforme os objetivos definidos.

O interesse pelo tema surge na sequência da reforma dos cuidados de saúde em Portugal, que teve impacto nos trabalhadores que foram submetidos a uma revolução conceptual na maneira como se podiam organizar as equipas de profissionais de saúde, principalmente com a criação do modelo de gestão das USF.

As USF revelaram-se, assim, o centro desta reforma, dado que apresentam características muito particulares em termos organizativos. São o resultado do novo modelo de gestão, com o qual assistimos ao desaparecimento da figura de enfermeiro chefe. Na literatura conseguimos alcançar um leque alargado de informação relativa à liderança com competência de gestão nos vários contextos de trabalho, em particular na área da saúde, no entanto existe pouca evidência científica/académica sobre a ausência de liderança e quais os seus efeitos ao nível das equipas de enfermagem.

Assim, sentiu-se a necessidade de estudar a relevância que os enfermeiros atribuem ao enfermeiro com competências de gestão nas Unidades de Saúde Familiar da região centro. Delinearam-se os seguintes objetivos específicos: analisar a importância dada à existência de enfermeiros com competências de gestão nas USF; identificar as funções de gestão esperadas dos enfermeiros no conselho técnico das USF e, por fim; analisar os pontos fortes e fracos, oportunidades e ameaças da participação dos enfermeiros com competências de gestão nas USF.

Pela análise e interpretação dos dados recolhidos, os resultados respondem à questão de investigação, evidenciando a relevância da existência de enfermeiros com competências

de gestão nas equipas das USF, atribuindo ao seu papel a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde e do desempenho profissional. Da análise das respostas ao questionário foi ainda possível responder aos objetivos:

-Analisar a importância dada à existência de enfermeiros com competências de gestão nas USF

Os dados recolhidos através das enfermeiras das USF de Condeixa realçam o sentido de gestão, nomeadamente o de gestão em enfermagem, e o papel fundamental do enfermeiro com competências de gestão nas organizações de saúde, e a forma como este pode incutir nos ambientes da prática de enfermagem, fatores influenciadores de motivação e satisfação profissional nos enfermeiros.

As dificuldades apontadas passaram pela carência de recursos humanos e materiais, falta de apoios, e dificuldades ao nível das relações interpessoais. No que se refere às competências, a maioria das participantes considera importante mobilizar competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) que permitam desenvolver as suas funções de gestão e liderança com eficácia e eficiência em benefício da equipa de enfermagem e comunidade, promovendo acima de tudo a qualidade dos cuidados e o bem-estar na equipa. Identificou-se ainda que as participantes dão grande importância às habilidades para negociação, gestão de conflitos e às atitudes que promovam o bom relacionamento interpessoal.

Pode-se concluir que a perspetiva da população em estudo está em conformidade com a literatura, sendo que um enfermeiro com competências na área da gestão deve possuir:

-Assertividade/capacidade de persuasão (criar uma dinâmica de envolvimento da equipa nas tomadas de decisão, fazendo com que elas sintam que fazem parte integrante daquela organização e assumam os objetivos e metas desta organização como seus, sempre com o objetivo de prestar/assegurar cuidados de enfermagem de qualidade num ambiente de segurança);

-Ética no agir;

-Habilidades em matéria de relações humanas (capacidade de comunicação, cooperação, negociação, gestão de conflitos, partilha de informação eficazes entre a equipa de enfermagem e a conselho de administração);

-Práticas de gestão (identificação, avaliação e implementação das estratégias e dos processos);

-Capacidade de colaboração e formação de alianças (mobilização das equipas, desenvolver e transmitir uma visão comum, liderança);

-aprendizagem e melhoria do desempenho pela avaliação contínua e o profissionalismo;
-planeamento;

-Imparcialidade;

-Pensamento sistemático e crítico (espírito de análise e capacidade para ver as situações no seu todo);

-Capacidade de organização do plano de trabalhos;

-Gestão dos recursos humanos e materiais clínicos. Estas competências podem ser consideradas o maior contributo para fazer a diferença entre eficácia ou não eficácia da função do enfermeiro com competências de gestão.

-Identificar as funções de gestão esperadas dos enfermeiros no conselho técnico das USF

Relativamente às funções de gestão esperadas dos enfermeiros no conselho técnico das USF, as participantes salientaram a espectativa que o mesmo exerça funções de liderança, gestão de recursos, avaliações, auditorias, represente a equipa de enfermagem e consiga moderar conflitos proporcionando uma melhoria da organização do trabalho.

A participação do enfermeiro com competências de gestão possibilitará a criação de oportunidades para dinamizar a equipa de enfermagem e melhorar os processos de cuidados, assim como a carreira de enfermagem.

-Analisar os pontos fortes e fracos, oportunidades e ameaças da participação dos enfermeiros com competências de gestão nas USF

Como principais pontos positivos/vantagens, do enfermeiro com competências de gestão na USF, as participantes identificaram a responsabilização, a organização, a autonomia, e a melhoria dos serviços de enfermagem. Nos pontos negativos foram elencados a não exigência da existência de um enfermeiro com competências de gestão no Conselho Técnico da USF.

Relativamente às ameaças as respostas apontam a necessidade de clarificar as funções atribuídas e a importância que os enfermeiros atribuem ao par com competências de gestão. Tendo em consideração que as ameaças mencionadas por alguns elementos da amostra foram pouco esclarecedoras. Efectivamente a única ameaça percetível é a falta de reconhecimento das competências de gestão dos enfermeiros.

Como limitações do presente estudo, ressalva-se a limitação temporal para a realização da dissertação, a dificuldade de acesso às equipas devido aos constrangimentos provocados pela pandemia de infeção por Covid-19, o que determinou a dimensão da amostra do estudo. Também a insuficiência de estudos relativos à presença de enfermeiros com competências de gestão em Cuidados de Saúde Primários constituiu uma limitação. Por fim, pode-se ainda indicar uma limitação ao nível pessoal relacionada com a falta de experiência na área de investigação, que gerou dificuldades ao longo do estudo, essencialmente relacionadas com a discussão de resultados.

No entanto, este estudo contribuiu para ter uma perceção sobre a relevância que os enfermeiros participantes atribuem à figura doo enfermeiro com competências de gestão nas USF, neste sentido, iremos facultar e divulgar os resultados. Estas informações podem ser relevantes para repensar a restruturação dos modelos de gestão no contexto dos cuidados de saúde primários, em particular na enfermagem e, por isso, poderá ser interessante alargar o estudo a outras USF.

Considera-se que seria também relevante observar a perspetiva dos outros profissionais da equipa face existência de enfermeiros com competências de gestão na equipa. Por último, poderá ainda ser aliciante compreender se as características pessoais e profissionais destes enfermeiros podem interagir e influenciar o comportamento da equipa e os resultados da unidade de saúde em questão inseridos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Regional de Saúde do Centro. (2019). ACES Baixo Mondego: *Regulamento Interno - Unidade de Saúde Familiar Fernando Namora*. Versão 2.3. Recuperado de https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20020/2061292/QUEM%20SOMOS/Regulamento%20Interno%20-%20USFFN%20-%20Dezembro%202019.pdf

Administração Regional de Saúde do Centro. (2020). ACES Baixo Mondego: *Regulamento Interno - Unidade de Saúde Familiar Condeixa*. Versão 06. Recuperado de https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20020/2061291/QUEM%20SOMOS/RI%202020-2022.pdf

American Psychological Association. (2012). *Manual de publicação da APA* (6ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Penso.

Anunciada, D. (2020). *Análise psicométrica da versão portuguesa da escala Nursing Work Index-Revised* (Doctoral dissertation).

Anunciada, S. (2020). *Análise psicométrica da versão portuguesa da escala Nursing Work Index-Revised.* (Tese de Mestrado). Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal. Recuperado de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/37362/1/Sara%20Henriques%20de%20Anunciada%20-%2028.01.2021.pdf

Augusto, M. (2013). *Modelo de competências dos enfermeiros com funções de gestão em portugal: estudo exploratório*. (Tese de Mestrado). Instituto Politécnico do Porto, Escola Superior de Estudos Industriais e de Gestão, Portugal.

Bardin, L. (2013). *Análide de Conteúdo* (4ª ed). Lisboa: Ediçoes 70.

Bastos, A. (2014). *Novo modelo de gestão nas unidades de saúde familiar: a perceção dos enfermeiros*. (Tese de mestrado). Universidade do Porto, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.

Biscaia, A. & Heleno, L. (2017). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciências & Saúde Coletiva*, 22(3), 701-711. doi: 10.1590/1413-81232017223.33152016

Biscaia, A., Martins, J. N., Ferrinho, P., Gonçalves, I., Antunes, A.R. & Carreira, M. (2008). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal - Reformar para novos sucessos*. (2ª ed.). Lisboa, Portugal: Padrões Culturais.

Branco, A. G & Ramos, V. (2001). Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2(1), 5-12.

Branco, A. G. & Ramos, V. (2001). Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2 (1), 5-12.

Coelho, C. (2017). *Mudança organizacional e "esvaziamento" da liderança? Perceção dos enfermeiros nos cuidados de saúde primários* (Tese Mestrado). Universidade do Minho, Escola de Economia e Gestão, Portugal.

Cunha, I. & Neto, F. (2006). Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio? *Texto & Contexto-Enfermagem, 15*, 479-482.

Cunha, M. & Rego, A. (2009). *Manual de Gestão Transcultural de Recursos Humanos.* Editora RH. Portugal.

Declaração de Alma-Ata. (1978). *Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde: Declaração de Alma-Ata*. recuperado de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf.

Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto. *Diário da República n.º 149/2014, Série I*. Ministério da Saúde, Portugal. Recuperado de https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561

Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de setembro. *Diário da República nº 205/1996 - Série I*. Ministério da Saúde, Portugal. Recuperado de https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640

Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de agosto. *Diário da República nº 161 - Série I.* Ministério da Saúde, Portugal. Recuperado de https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/2007-107546128

Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de agosto. *Diário da República nº 161 - Série I.* Ministério da Saúde, Portugal. Recuperado de https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/2007-107546128

Decreto-Lei nº 413/71 de 27 de setembro. *Diário do Governo n.º 228/1971, Série I.* Ministério da Saúde e Assistência. Recuperado de https://dre.tretas.org/dre/13758/decreto-lei-413-71-de-27-de-setembro

Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de novembro. *Diário da República nº 257/1991, Série I-A.* Ministério da Saúde, Portugal. Recuperado de https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/437-1991-331852

Decreto-Lei nº 56/79 de 15 de setembro. *Diário da República n.º 214/1979, Série I.* Assembleia da República. Recuperado de https://dre.pt/dre/detalhe/lei/56-1979-369864

Decreto-Lei nº 71/2019 de 27 de maio. *Diário da República nº 101 – Série I.* Ministério da Saúde, Portugal. Recuperado de https://files.dre.pt/1s/2019/05/10100/0262602642.pdf

Decreto-Lei nº71/2019 de 27 de maio. *Diário da República n.º 101/2019, Série I.* Presidência do Conselho de Ministros, Portugal. Recuperado de https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/71-2019-122403266

Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2006). *O planejamento da pesquisa qualitativa: Teorias e abordagens* (2ª ed.). (S.R. Netz, Trad.). São Paulo, Brasil: Artmed.

Diário da República (s.d.). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Recuperado de https://dre.pt/dre/geral/legislacao-relevante/declaracao-universal-direitos-humanos

Ferreira, M. (2012). Enfermagem: de Nightingale aos dias de hoje 100 anos. Serie monográfica Educação e Investigação em Saúde. *Gestão em enfermagem de Florence Nightingale aos nossos dias*, 1(1), 57-73. Recuperado de

https://rr.esenfc.pt/site/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2328&id_revista=19&id_edicao=48

Ferreira, M. (2012). Gestão em enfermagem de Florence Nightingale aos nossos dias. Enfermagem: de Nightingale aos dias de hoje 100 anos. *Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde*, 57-73.

Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização.* Loures, Portugal: Lusociências.

Fronteira, I., Henriques, É. & Dussault, J. (2020). A enfermagem em Portugal aos 40 anos do Serviço Nacional de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1). Recuperado de https://www.scielo.br/j/csc/a/f8GCMBRFPtzypz5htNnSgvH/?lang=pt

GIL, A. (1999). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social* 5. ed., São Paulo, Brasil: Atlas.

Hesbeen, W. (2001*). Qualidade em Enfermagem–Pensamento e Acção na Prestação do Cuidar*. Lisboa, Portugal*: Editora Lusociência.* Recuperado de http://scielo. isciii. es/pdf/eg, (18)

Hinno, S., Partanen, P., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2012). Nursing activities, nurse staffing and adverse patient outcomes as perceived by hospital nurses. *Journal of clinical nursing*, *21*(11-12), 1584-1593.

Huston, C. (2008). *Preparing Nurse Leaders for 2020.* Doi: 10.1111 / j.1365-2834.2008.00942.x

Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil. (2018). *Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde 2018*. Recuperado de https://www.ipolisboa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/08/IPOLFG_RELAT%C3%93RIO-ANUAL-ACESSO-CUIDADOS-SA%C3%9ADE-2018.pdf

Marshall, C. & Rossman, G. (1999). GB Designing qualitative research.

Ministério da saúde. (2019). *Relatório Anual - acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do sns e entidades convencionadas em 2019*. Recuperado de

https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio_Anual_Acesso_2019.pdf

Monteiro, B., Pisco, A., Candoso, F., Bastos, S. & Reis, M. (2017). Cuidados primários em saúde em Portugal: 10 anos de contratualização com os serviços de saúde na Região de Lisboa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3). Recuperado de https://www.scielo.br/j/csc/a/94Q9MzYZFwp7mRhMC4pnVBc/?lang=pt

Neves, M. (2017). *Perspetivas e expectativas sobre a enfermagem nas equipas de saúde num centro de saúde*. (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal. Recuperado de https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/30389/1/ulsd731263_td_Marilia_Neves.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015). *A gestão dos cuidados de enfermagem no seio da reforma dos cuidados de saúde primários.* Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_GestaoCuidadosEnfermagem.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Anuário Estatístico 2019*. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/estatistica/2019_AnuarioEstatisticos.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015). *REPE*. Recuperado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Pronuncia: Normas com incidência nos trabalhadores enfermeiros abrangidos pelo âmbito de aplicação subjetivo definido nos DL nº 247/2009 e 248/2009, ambos de 22 de setembro*. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11343/pronuncia-normas-trabalhadores-enfermeiros__vf.pdf

Pisco, L. & Pinto, L. (2020). De Alma-Ata a Astana: o percurso dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, 1978-2018 e a génese da Medicina Familiar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4), 1197-1204. Recuperado de https://www.scielo.br/j/csc/a/j3Vpw5WtDmqyLHrYPBwHgTx/?lang=pt

Polit, D. & Beck, C. T. (2011). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – Avaliação de evidências para a prática da enfermagem* (7ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.

Regulamento nº 76/2018 de 30 de janeiro. *Diário da República nº 21/2018 – II Série*. Ordem dos Enfermeiros, Portugal. Recuperado de https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/76-2018-114599547

Regulamento nº 76/2018 de 30 de janeiro. *Diário da República nº 21/2018 – II Série*. Ordem dos Enfermeiros, Portugal.

Resende, E. (2004). *A força e o poder das competências: conecta e integra: competências essenciais, competências das pessoas, competências de gestão, competências organizacionais*. Qualitymark Editora Ltda.

Saldana, J., Huberman, M. & Miles, M. (2019). Qualitative data analysis: *A methods sourcebook.* (4ª ed).

Santos, C. (2020). *LER PARA CRER - O impacto das USFs na saúde dos cidadãos*. Recuperado de https://www.aefml.pt/ressonancia/2020/6/1/ler-para-crer-o-impacto-das-usfs-na-sade-dos-cidados

Silva, G., Varanda, P., Santos, N., Salles, R. Amestoy, S,, Teixeira, G. Queirós, P., (2021). Gestão e liderança na percepção dos enfermeiros: um caminhar à luz da burocracia profissional. *Escola Anna Nery*, 22. Recuperado de https://www.scielo.br/j/ean/a/vWSnBFg6kNhy3Dyr4hDWrYL/?lang=pt

Silva, G., Varanda, P., Santos, N., Silva, N., Salles, R., Amestoy, S., … Queirós, P. (2021). Gestão e liderança na perceção de enfermeiros: um caminhar à luz da burocracia profissional. *Escola Anna Nery*, 26. Recuperado de https://www.scielo.br/j/ean/a/vWSnBFg6kNhy3Dyr4hDWrYL/?lang=pt

Sotomayor, A. M., Rodrigues, J., & Duarte, M. (2013). *Princípios de Gestão nas Organizações*. Oeiras, Portugal: Letras e Conceitos.

Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2013) *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista*. (5ª ed). Loures, Portugal: Lusodidacta.

Tavares, S. (2019). *Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal - Impacto da implementação das Unidades de Saúde Familiar – USF* (Tese de mestrado). Universidade da Beira Interior, Ciências da saúde, Portugal.

WHO (2021). *Cobertura Universal de Saúde.* Recuperado de: https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage-(uhc)

APÊNDICES

APÊNDICE I

Instrumento de colheita de dados

A Relevância do Papel do Enfermeiro com Competências de Gestão nas USF

Agradeço a sua disponibilidade para participar no estudo intitulado "A Relevância do Papel do Enfermeiro com Competências de Gestão nas USF" que está a ser conduzido por mim, Alexandra Raquel Dias Borges no âmbito do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Gestão de Unidades de Cuidados da ESEnfC, sob a orientação do Sr. Professor Doutor Paulo Joaquim Pina Queirós e Co-orientação da Sra. Professora Doutora Marília Maria Andrade Marques da Conceição e Neves.

O objetivo principal do estudo é analisar a importância dada à existência de enfermeiros com competências de gestão nas Unidade de Saúde Familiar

A participação neste estudo é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento, sem necessidade de justificação.

O questionário terá uma duração aproximada de 10 minutos. Os seus dados serão analisados de forma anónima e utilizados apenas para fins científicos, sendo destruídos no final do estudo. Garantimos a confidencialidade e o anonimato, de acordo com o atual Regulamento Geral de Proteção de Dados da UE (RGPD).
Caso tenha alguma questão, envie um e-mail para alexandradborges@gmail.com.

*Obrigatório

1. Por favor preencha os campos abaixo, consoante a sua concordância: *

Marcar tudo o que for aplicável.

- [ ] Declaro que: li e compreendi as informações sobre este estudo e que estou devidamente esclarecido/a e informado/a quanto aos objetivos e condições de participação. Percebo que a minha participação é voluntaria e que tenho o direito de deixar o estudo se quiser ou de solicitar esclarecimentos através de contato por email com a investigadora.
- [ ] Aceito participar neste estudo e consinto a utilização dos dados/informações pelos investigadores para fins científicos.
- [ ] Não participarei neste estudo.

Avançar para a pergunta 2

2. Género *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Feminino
- ◯ Masculino
- ◯ Outra: _____

3. Idade *

_____

4. Anos de exercício profissional? *

_____

5. Anos de exercício no atual local de trabalho *

_____

Habilitações Literárias

6. Licenciatura (s)

_____

7. Mestrado

_____

8. Doutoramento

_____

9. Pós - Doutoramento

10. Pós - Licenciatura (Especialidade)

11. Pós - Graduação

12. Já integrou ou integra o conselho técnico de uma USF? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

13. Qual a sua experiência na área da gestão? *

14. Enumere pontos positivos e negativos do modelo de gestão das USF para a Enfermagem *

15. Vê benefícios na participação de um enfermeiro com competências de gestão na equipa multidisciplinar? Quais? *

16. A participação do enfermeiro com competências de gestão cria oportunidades para a equipa multidisciplinar? *

17. Identifique desvantagens da existência de um enfermeiro com competências de gestão na equipa multidisciplinar? *

18. Quais as consequências da inexistência de um enfermeiro com competências de gestão na equipa multidisciplinar? *

19. Que funções considera que deveriam ser assumidas pelo enfermeiro com competências de gestão (caso esta figura existisse) nas USF? *

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

APÊNDICE II

Exemplo de Matriz de redução dos dados

IMPORTÂNCIA ATRIBUIDA À EXISTÊNCIA DE ENFERMEIROS COM COMPETÊNCIAS DE GESTÃO NAS USF	
Dimensão	**Indicadores de significado**
Benefícios na participação de um enfermeiro com competências de gestão na equipa multidisciplinar	Não E_1 Sim. Participação ativa, tomada de decisão E2 Sim, na participação de tomadas de decisões na organização e funcionamento da USF E3 Sim. melhor organização do serviço E4 Sim, organização do serviço E5 Sim. No planeamento estratégico do plano de ação e na contratualização E6 Sim E7 tem conhecimentos específicos na área de administração/Gestão para atuar e conduzir equipa minimizando conflitos. Resolução de problemas (…) E8
Consequências da inexistência de um enfermeiro com competências de gestão na equipa multidisciplinar	Não tenho opinião formada E1 Participação não ativa nas tomadas de decisão E2 Elo de ligação com Direção de Enfermagem, Conhecimento e envolvimento no funcionamento e organização da Instituição. E3 Desorganização do serviço E4 Gestão pode não ser tão eficaz E5 Não havendo profissionais com estas competências poderíamos colocar em causa processos de qualidade e melhoria e até a avaliação de desempenho dos enfermeiros E6 Auto gestão E7 comunicação não assertiva ´a mudança saber qual tipo de liderança que deve utilizar de acordo com a situação presente, em caso de conflitos e resolver E8

ANEXOS

ANEXO I

Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)

da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

Parecer Nº P772/04-2021

Título do Projecto: A relevância do papel do Enfermeiro com competências de gestão nas USF.

Identificação das Proponentes
Nome(s): Alexandra Raquel Dias Borges
Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Investigador Responsável: Alexandra Raquel Dias Borges
Orientador(es): Paulo Joaquim Pina Queirós; Marília Andrade Marques da Conceição e Neves

Relator: Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Parecer

A proponente apresenta estudo com o objetivo de *"Analisar a importância dada à existência de enfermeiros com competências de gestão nas unidades de Saúde Familiar; Identificar as funções de gestão exercidas pelos enfermeiros no conselho técnico das Unidades de Saúde Familiar; Analisar os pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças da participação de Enfermeiros com competências de gestão nas Unidades de Saúde Familiar."*

O estudo é justificado pelo facto de a reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) ter introduzido alterações às funções de gestão dos enfermeiros e coincidido com alterações à carreira de enfermagem.

O estudo é definido como "... *qualitativo, de natureza descritiva*", com amostra "... *não probabilística e de conveniência... constituída pelos Enfermeiros da USF Condeixa e USF Fernando Namora do Centro de Saúde de Condeixa*".

São apresentados os pedidos de autorização ao Diretor Executivo do ACES Baixo Mondego e aos coordenadores das USF's mencionadas.

Os participantes potenciais serão os onze enfermeiros das USF Condeixa e USF Fernando Namora do Centro de Saúde de Condeixa. Serão contactados após autorização dos coordenadores das USF e, se acederem em participar, ser-lhes-á enviado link (via correio eletrónico) para o endereço que indicarem.

O formulário para recolha de informação (Google forms) é apresentado, no formato *print sreen*, tal como será visível aos participantes.

Com base nos documentos submetidos:

- É justificada a pertinência e utilidade do estudo;
- Estão definidos os critérios de inclusão e exclusão;
- São apresentados os instrumentos de recolha de dados;
- É garantida a participação livre, voluntária e informada dos participantes;
- Os dados obtidos serão tratados pela proponente;
- São garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos não existindo recolha de qualquer dado que permita identificar os participantes na apresentação dos resultados;
- Não são identificados danos para os participantes.

Pelo exposto o parecer da Comissão de Ética da UICISA-E é favorável ao estudo tal como apresentado, salientado que este parecer não dispensa a autorização formal das instituições onde serão recrutados os participantes.

O relator: Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Data: 12/05/2021 O Presidente da Comissão de Ética: Maria Filomena Botelho

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

FCT

ANEXO II

Autorização da Presidente da Direção de Enfermagem do ACeS Baixo Mondego

Gmail

Alexandra Borges <alexandradborges@gmail.com>

Ao cuidado da Exma. Senhora Presidente da Direção de Enfermagem do ACeS Baixo Mondego, Enfermeira Chefe Lucinda Simões Santos - Dissertação de Mestrado de Gestão de Unidades de Saúde

Lucinda Simoes Santos <LSSantos@arscentro.min-saude.pt> 27 de dezembro de 2021 às 10:28
Para: "alexandradborges@gmail.com" <alexandradborges@gmail.com>

Ex.ma Senhora Enfermeira Alexandra Borges

Em resposta ao solicitado e tendo em consideração a anuência das unidades em causa para o referido estudo, nada tenho a obstar.
Votos de bom trabalho!

Com os melhores cumprimentos,
Lucinda Santos
Presidente da Direção de Enfermagem | Vogal do Conselho Clínico e de Saúde
Equipa Regional Apoio - ERA Centro

ACeS Baixo Mondego
Av. Bissaya Barreto, 52
3000-75 Coimbra
Tel. 239 793 360

ANEXO III– Autorização do Conselho Técnico da USF Condeixa

Gmail

Alexandra Borges <alexandradborges@gmail.com>

Trabalho de investigação
1 mensagem

Paula Alexandra Verissimo Amaro <PAAmaro@arscentro.min-saude.pt> 23 de dezembro de 2021 às 15:18
Para: Alexandra Borges <alexandradborges@gmail.com>

Boa tarde

A equipe de enfermagem da USF Condeixa aceitou participar no trabalho de investigação intitulado de "A Relevância do Papel do Enfermeiro com Competências de Gestão nas USF" realizado pela Sr. Enfª Alexandra Borges.

Cumprimentos

Paula Veríssimo
Enfermeira
Conselho Técnico da USF Condeixa

USF Condeixa
Rua D. Ana Laboreiro D'Eça, 3150-195 Condeixa-a-Nova, PORTUGAL
Tel. – 239940170 / 915188270
usf.condeixa@arscentro.min-saude.pt

ANEXO IV – Autorização do Conselho Técnico da USF Fernando Namora

Gmail Alexandra Borges <alexandradborges@gmail.com>

Responder: FW: A Relevância do Papel do Enfermeiro com Competências de Gestão nas USF

1 mensagem

Ana Paula Branquinho Oliveira Ferreira <APFerreira@arscentro.min-saude.pt> 23 de dezembro de 2021 às 21:06
Para: Alexandra Borges <alexandradborges@gmail.com>

Exma Sra enfermeira Alexandra

Vimos por este meio confirmar a disponibilidade das enfermeiras da USF Fernando Namora em colaborar no estudo "A Relevância do Papel do Enfermeiro com Competências de Gestão nas USF".
Atenciosamente

Ana Paula Ferreira
Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Enfermeira do Conselho Técnico da USF Fernando Namora

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

DISTÂNCIA MÁSCARA MÃOS
CUIDAR DE SI É CUIDAR DE TODOS.

USF Fernando Namora
Rua D. Ana Laboreiro D'Eça, 3150-195 Condeixa-a-Nova, PORTUGAL
Telf. - 239940171 **Fax** - 239940199
usf.fernandonamora@arscentro.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR

SNS Já conhece o Portal SNS? www.sns.gov.pt