



Instituto Politécnico de Tomar

Escola Superior de Gestão

Andreia Filipa Duarte Sampaio

**Perfil de um gestor de uma unidade de saúde:
Estudo de caso em Agrupamentos de Centros de
Saúde**

Dissertação de Mestrado

Orientado por:

Doutor Jorge Manuel Marques Simões
Instituto Politécnico de Tomar

Mestre Maria João da Costa Antunes Inácio
Instituto Politécnico de Tomar

Dissertação
apresentada ao Instituto Politécnico de Tomar
para cumprimento dos requisitos necessários
à obtenção do grau de Mestre
em Gestão de Recursos de Saúde

DECLARAÇÃO

Nome: Andreia Filipa Duarte Sampaio

Endereço Eletrónico: andreiafds@gmail.com

Título da Dissertação de Mestrado:

O perfil de um gestor de uma unidade de saúde:

Estudo de caso em Agrupamentos de Centros de Saúde

Orientadores:

Doutor Jorge Simões

Mestre Maria João Inácio

Ano de Conclusão: 2014

Designação do Mestrado:

Gestão de Recursos em Saúde

DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, NÃO É PERMITIDA A REPRODUÇÃO DE QUALQUER PARTE DESTA DISSERTAÇÃO.

Instituto Politécnico de Tomar, 2014/11/28

Assinatura: _____

RESUMO

Tal como em muitos outros países, Portugal, em 2005, iniciou uma reforma dos serviços de saúde no sentido de reforçar a assistência às famílias. Com esta reforma, são criadas 400 novas posições de liderança. Para Lapão e Dussault (2012) a maioria destes profissionais tinham pouca ou nenhuma experiência em gestão. Esta situação veio suscitar a questão sobre o fortalecimento e enriquecimento destas infra-estruturas, assim como sobre a capacidade de gestão para liderar e apoiar este tipo de estruturas.

Diante deste contexto urge identificar o perfil de um gestor em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Foram escolhidos o ACES de Almada Seixal e o ACES de Sintra, pertencentes à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS LVT).

Para a recolha de dados foi elaborado um questionário, respondido por gestores e médicos das unidades acima mencionadas. Foram compiladas 65 respostas, nas quais podemos identificar na sua maioria, que foram indivíduos do género feminino, com formação em Ciências da Saúde e sem experiência em gestão. A maioria dos inquiridos é da opinião de que para se fazer a gestão deste tipo de organização é importante ter licenciatura em Ciências da Saúde, uma formação na área e tem de ser colaborador numa das unidades de saúde, em média, no mínimo há 3,7 anos.

Ao estudar separadamente, as opiniões de médicos e gestores, verificou-se que não diferem muito entre si. Quando foram questionados sobre qual a formação base que um gestor de uma unidade de saúde deve ter, a maioria dos médicos optou pela formação em Ciências da Saúde e os gestores em Ciências Económicas.

Quanto à personalidade, as características integridade, autoconfiança, abertura, socialização e realização influenciam positivamente a personalidade do gestor e a característica neuroticismo influencia negativamente.

Analisando a experiência e formação, conclui-se que estes estão interligados, ou seja, os resultados mostraram que a formação e experiência ligada à Gestão são um fator importante no perfil do gestor estudado, tal como, a formação e experiência ligada à Saúde.

Palavras-chave: Gestor; Médico; Saúde; Personalidade; Experiência; Formação.

ABSTRACT

As in many other countries, Portugal began to reform its healthcare services in 2005 in order to improve the assistance to families, creating 400 new leadership positions. To Lapão & Dussault (2012) the majority of these professionals had little or no experience in management, which raised the issue about the skills required to lead teams and manage healthcare units, as well as the need to enrich and fortify these infrastructures.

In this context, it is extremely important to identify the profile of managers from Healthcare Centres Clusters (Agrupamento de Centros de Saúde – ACES) under the responsibility of the Regional Healthcare Administration of Lisbon and the Tagus Valley (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo Vale do Tejo – ARS LVT), in particular the ACES of Almada Seixal and Sintra.

A questionnaire was developed to collect data and it was sent to managers and doctors who worked at the ACES as mentioned above. We obtained 65 responses, mostly from women with an academic background in Health Sciences and no management experience. The majority of the respondents think that it is important for Healthcare Centres to have managers with a degree and professional training in Health Sciences, and that they must have professional experience on healthcare units for at least 3.7 years (on average).

The answers given by doctors and managers were very similar. When asked about which background a Healthcare Unit Manager must have, most doctors mentioned Health Sciences and the managers mentioned Economic Sciences.

As for personality traits, characteristics such as integrity, self-confidence, openness, socialization and achievement are seen as good leadership traits, while neuroticism is seen as a negative leadership trait.

Our results also show that professional training and experience in management and in healthcare are seen as an important factor in a manager's profile.

Keywords: Manager; Physician; Healthcare; Personality; Experience; Training.

AGRADECIMENTOS

Este projeto marca assim o fim de uma e o início de outra etapa na minha vida. É proveniente de um esforço que não foi só meu, e muito agradeço a todos que me acompanharam ao longo desta viagem.

Aos meus Orientadores, Doutor Jorge Simões e Mestre Maria João Inácio, por me terem acreditado e me estimulado neste projeto. A sua paciência, prontidão, disponibilidade, apoio e dedicação, foram primordiais para mim. Por todo o conhecimento transmitido e ajuda durante toda esta caminhada, de forma incansável na realização deste trabalho, os meus mais puros e sinceros reconhecimentos.

A toda a minha família e amigos, a minha gratidão pelo apoio, amor e carinho que recebi. Por nunca deixarem de acreditar em mim e nas minhas capacidades durante estes dois anos de realização do mestrado. Por tudo o que fizeram para que eu nunca desistisse nos momentos mais difíceis. Sem dúvida que sem o amor deles nada disto teria sido possível.

Aos meus queridos colegas e amigos de mestrado que sempre me acompanharam, em todos os momentos, pela amizade, dedicação e motivação transmitida.

A todos os professores e funcionários do IPT que tive o prazer de conhecer durante esta caminhada.

Por último, mas não menos importante, aos meus colegas de trabalho pela ajuda, apoio e amizade demonstrada durante este último ano.

A todos um sincero obrigada...

Andreia Filipa Duarte Sampaio

Instituto Politécnico de Tomar, Tomar, Novembro de 2014

Índice

RESUMO.....	VII
ABSTRACT	IX
AGRADECIMENTOS	XI
ÍNDICE.....	XIII
ÍNDICE DE FIGURAS	XVII
ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES	XVII
ÍNDICE DE TABELAS	XVII
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	XXI
1. INTRODUÇÃO	1
1.1 IMPORTÂNCIA E JUSTIFICAÇÃO DO TEMA.....	1
1.2 OBJETIVO DA INVESTIGAÇÃO	1
1.3 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO.....	2
2. GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	3
2.1 INTRODUÇÃO	3
2.2 ORIGENS DA GESTÃO	3
2.2.1 ESCOLA CLÁSSICA	4
2.2.1.1 GESTÃO CIENTÍFICA DO TRABALHO – TAYLOR.....	4
2.2.1.2 TEORIA GERAL DA ADMINISTRAÇÃO – FAYOL.....	5
2.2.1.3 TEORIA BUROCRÁTICA DAS ORGANIZAÇÕES - WEBER.....	6
2.2.2 ESCOLA COMPORTAMENTAL.....	6
2.2.2.1 MOVIMENTO DAS RELAÇÕES HUMANAS	7
2.2.2.2 Os ESTUDOS DE HAWTHORNE E ELTON MAYO	8
2.2.2.3 PRIMEIRAS TEORIAS DE MOTIVAÇÃO E LIDERANÇA	8
2.2.3 ESCOLA QUANTITATIVA.....	9
2.2.3.1 TEORIAS PRAGMÁTICAS	10

2.2.3.2 ABORDAGEM SISTÉMICA	10
2.2.3.3 ABORDAGEM CONTINGENCIAL	11
2.2.3.4 GESTÃO DA QUALIDADE TOTAL	11
2.2.3.5 PERSPETIVAS CONTEMPORÂNEAS	11
2.3 Gestão em Saúde	12
2.4 Funções do gestor em serviços de saúde	13
2.4.1 FORÇAS QUE AFETAM O SISTEMA DE SAÚDE	14
2.5 Fatores potenciadores para o gestor em instituições de saúde	18
2.5.1 PERSONALIDADE	18
2.5.2 EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL	19
2.5.3 FORMAÇÃO ADQUIRIDA	21
2.6 Síntese	21
3. ESTUDO DO SETOR DA SAÚDE	23
3.1 INTRODUÇÃO	23
3.2 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE EM PORTUGAL	23
3.3 CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	25
3.4 ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE	26
3.4.1 ARS Lisboa e Vale do Tejo	28
3.4.2 ACES Almada Seixal	31
3.4.3 ACES Sintra	34
3.5 SÍNTESE	36
4. QUESTÕES E MODELO DE ANÁLISE	37
4.1 INTRODUÇÃO	37
4.2 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	37
4.3 MODELO DE ANÁLISE	37
4.3.1 Esquematização do Modelo	38
4.3.2 Dimensões e variáveis do modelo	38
4.4 SÍNTESE	39
5. METODOLOGIA	41
5.1 INTRODUÇÃO	41
5.2 METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	41

5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	42
5.4 QUESTIONÁRIOS	43
5.5 TESTE DE INDEPENDÊNCIA DO QUI-QUADRADO	45
5.6 OBJETIVOS E CONCEITOS DA ANÁLISE FATORIAL	46
5.7 SÍNTESE.....	48
6. ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS	49
6.1 INTRODUÇÃO	49
6.2 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA.....	49
6.3 SÍNTESE.....	62
7. ANÁLISE FATORIAL DOS DADOS	63
7.1 INTRODUÇÃO	63
7.2 ANÁLISE FATORIAL DO PERFIL DE UM GESTOR DE UMA UNIDADE DE SAÚDE.....	63
7.3 SÍNTESE.....	68
8. CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA FUTURAS INVESTIGAÇÕES	71
8.1 PRINCIPAIS CONCLUSÕES	71
8.2 LIMITAÇÕES DA INVESTIGAÇÃO	73
8.3 SUGESTÕES PARA FUTURAS INVESTIGAÇÕES	73
REFERÊNCIAS	75
ANEXOS	83
QUESTIONÁRIO	85

Índice de Figuras

Figura 1 - Esquema Cronológico das Teorias das Organizações	4
Figura 2 - Pirâmide de necessidades de Maslow	9
Figura 3 - Forças que influenciam o sistema de saúde	15
Figura 4 - Componentes essenciais das Organizações de Saúde	17
Figura 5 – Modelo dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade	18
Figura 6 - Fatores que influenciam o perfil de um gestor de uma unidade de saúde	38
Figura 7 – Modelo Conceptual	39

Índice de Ilustrações

Ilustração 1 - Área geográfica da ARS LVT	30
Ilustração 2 - ACES Almada Seixal	31
Ilustração 3 - ACES Sintra	34

Índice de Tabelas

Tabela 1- Contributos e Limitações da Abordagem Quantitativa	9
Tabela 2 - Número de Utentes Inscritos no ACES de Almada Seixal	32
Tabela 3 - Número de colaboradores do ACES de Almada Seixal – 2013	33
Tabela 4 - Número de Utentes Inscritos no ACES de Sintra.....	35
Tabela 5 - Número de colaboradores do ACES de Sintra – 2013	35

Tabela 6 – Vantagens, limites e problemas da aplicação de um questionário	43
Tabela 7 - Procedimentos de uma análise fatorial.....	46
Tabela 8 – Idades – Estatísticas.....	51
Tabela 9 - Categoria Profissional	51
Tabela 10 - Formação Base	51
Tabela 11 - Experiência como gestor	52
Tabela 12 - Grau de formação base que um gestor deve ter	52
Tabela 13 - Formação base que um gestor deve ter	53
Tabela 14 - Formação em gestão na área da saúde	54
Tabela 15 - Experiência em gestão na área da saúde	55
Tabela 16 - O gestor já tem ser colaborador de uma unidade de saúde	56
Tabela 17 - Tempo Mínimo - Estatísticas	56
Tabela 18 - Tempo Mínimo	56
Tabela 19 - Características que encontra no gestor da unidade de saúde onde trabalha	57
Tabela 20 - Área de Formação por Categoria Profissional	58
Tabela 21 - Testes - Área de Formação por Categoria Profissional.....	58
Tabela 22 - Gestor com formação específica em gestão por Categoria profissional	58
Tabela 23 - Testes – Gestor com formação específica em gestão por Categoria profissional	59
Tabela 24 - Formação em gestão na área da saúde por Categoria profissional	59
Tabela 25 - Testes - Formação em gestão na área da saúde por Categoria profissional	59
Tabela 26 - Experiência na área de gestão por Categoria profissional	60

Tabela 27 - Testes - Experiência na área de gestão por Categoria profissional	60
Tabela 28 - Experiência em Gestão na área da saúde por Categorias profissionais.....	60
Tabela 29 - Testes - Experiência em Gestão na área da saúde por Categorias profissionais	61
Tabela 30 - Colaborador de uma unidade de saúde por Categoria Profissional.....	61
Tabela 31 - Testes – Colaborador de uma unidade de saúde por Categoria Profissional....	61
Tabela 32 - KMO e Teste de esfericidade de Bartlett	63
Tabela 33 - Comunalidades	64
Tabela 34 - KMO e Teste de esfericidade de Bartlett	64
Tabela 35 - Comunalidades	65
Tabela 36 - Total da Variância Explicada	66
Tabela 37- Matriz Rodada	68

Lista de abreviaturas e siglas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

ARS LVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CGF – Cinco Grandes Fatores

EPE – Entidade Pública Empresarial

SA – Sociedade Anónima

SPA – Setor Público Administrativo

SNS – Serviço Nacional de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

1. Introdução

1.1 Importância e justificação do tema

A Organização Mundial de Saúde refere que a Europa necessita de um maior investimento na atenção primária, de modo a permitir que os sistemas de saúde cumpram todo o seu potencial em benefício dos doentes (Atun, 2004).

Outros autores e organizações (World Health Organization, 2008) partilham o interesse pela Atenção Primária à Saúde (APS) referindo que o investimento tem que ser não só a nível de infraestruturas e recursos humanos, mas também na investigação, educação, formação e na melhoria contínua da qualidade.

Em outubro de 2005, Portugal iniciou uma vasta reforma da APS, com os principais objetivos de melhorar a acessibilidade, qualidade e continuidade dos cuidados, bem como, aumentar a satisfação dos profissionais e cidadãos (Pisco, 2011). Esta reconfiguração dos centros de saúde moveu-se em dois pontos: por um lado, a formação de Unidades de Saúde Familiares (USF), pequenas unidades funcionais autónomas que prestam serviços com proximidade e qualidade; e por outro, os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), que agregam os recursos e estruturas de gestão, visando a eficiência e economia de escala (Pisco, 2011).

O sector da saúde tornou-se cada vez mais complexo, com enormes responsabilidades e desafios para aqueles que assumem funções de gestão. É notório para todos nós que a qualidade da força de trabalho numa instituição de saúde é um fator crítico para o sucesso de qualquer reforma no setor. Deste modo, iremos tentar perceber qual o perfil mais adequado do gestor de uma unidade de saúde, aplicado neste estudo, a dois ACES.

1.2 Objetivo da investigação

O objetivo principal desta investigação visa identificar o perfil de um gestor de uma unidade de saúde, de modo a podermos perceber quais as características de um gestor de uma unidade de saúde na opinião de Médicos e Gestores. Ou seja, vamos:

- i.* Identificar o nível de formação académica dos gestores.
- ii.* Identificar os fatores de personalidade dos gestores.

iii. Verificar se a experiência no setor da saúde é importante para um gestor desta área.

Trata-se de um estudo de opinião fundamentado numa análise de papéis.

1.3 Estrutura da dissertação

Esta dissertação encontra-se dividida em oito capítulos, sendo o capítulo 1 a introdução e os capítulos 2, 3 partes respeitantes à revisão da literatura sobre os temas gestão de serviços de saúde e caracterização do respetivo sector. Os capítulos 4,5, 6 e 7 constituem a aplicação empírica, sendo o capítulo 8 constituído pelas conclusões finais sobre o trabalho desenvolvido.

No capítulo 1 consta o enquadramento do problema, onde nele se descreve o porquê da investigação, os objetivos do estudo e as questões de investigação às quais se pretende dar resposta. No capítulo 2 e 3 procede-se ao enquadramento da gestão dos serviços de saúde, apresentando as suas origens, função evolução e caracterização.

É apresentado no capítulo 4 as questões e o modelo de análise e seguidamente no capítulo 5 foi feita uma apresentação das bases metodológicas do trabalho de campo que foi desenvolvido.

A apresentação e discussão dos resultados obtidos com a aplicação do questionário proceder-se-á nos capítulos 6 e 7. As principais conclusões do estudo, algumas limitações e sugestões para que futuras investigações, são apresentadas no último capítulo.

2. Gestão de Serviços de Saúde

2.1 Introdução

A área da saúde é um sector chave num país, pois a qualidade da prestação de cuidados de saúde teve e tem um impacto fulcral em várias vertentes do ser humano.

Em Portugal, têm-se realizado, nos últimos anos, algumas mudanças nesta área. É necessário que o gestor de uma unidade de saúde esteja preparado para as acompanhar, desenvolvendo mecanismos que se adaptem às mesmas, tendo sempre como principal foco o paciente/utente.

Para percebermos o objeto de estudo, no presente capítulo, irá efetuar-se uma revisão da literatura, iniciando-se com uma breve análise das origens da gestão, no qual são analisadas teorias organizacionais de forma cronológica.

Segue-se pela revisão da literatura relativamente ao papel do gestor em serviços de saúde, as forças que afetam o sistema de saúde, bem como, a análise dos fatores potenciadores para o gestor em instituições de saúde.

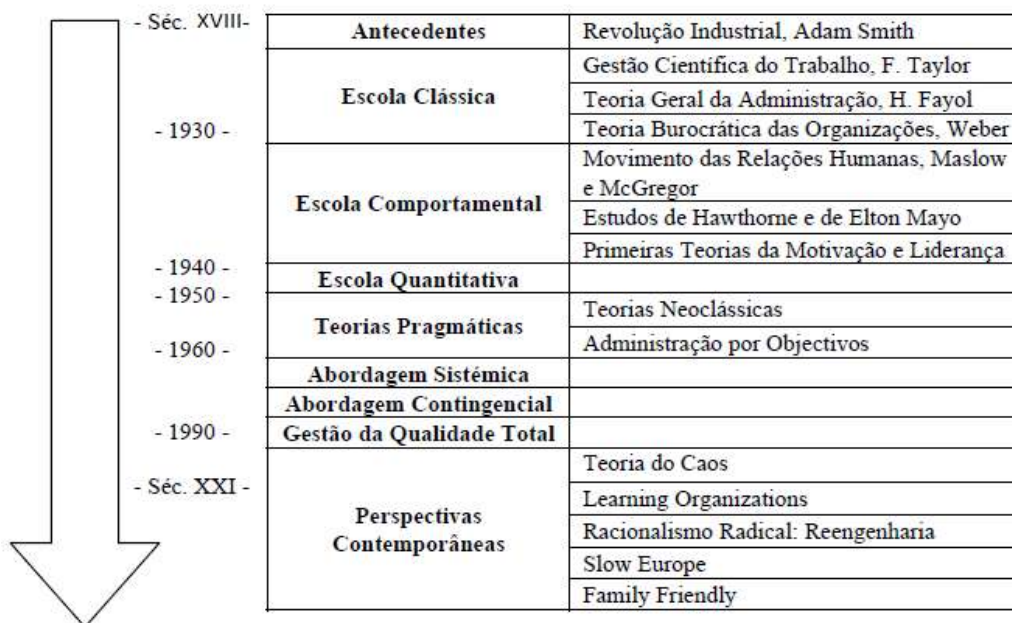
2.2 Origens da Gestão

A gestão é uma atividade que surgiu há milhares de anos atrás e era caracterizada pela mobilização e coordenação de recursos diversos, mas só nas ultimas décadas é que se tornou alvo de estudo como área de investigação (Moura e Sá, 2004).

Após a revolução industrial, o estilo de vida das sociedades industrializadas originou a criação de grandes empresas, profissionalizando-se a gestão e dando origem à sociedade organizacional dos dias de hoje. Para compreender esta realidade cada vez mais complexa, vários autores desenvolveram teorias organizacionais (Pina e Cunha, 2006).

Na Figura 1 é apresentado um esquema cronológico no qual se expõe o início e o final de cada escola de pensamento, bem como as diferentes abordagens das mesmas. O mesmo faz referência a datas que não são precisas mas sim indicativas dos períodos referidos e reflete a coexistência de diferentes abordagens em alguns períodos (Moura e Sá, 2004).

Figura 1 - Esquema Cronológico das Teorias das Organizações



Fonte: Adaptado de Moura e Sá (2004)

2.2.1 Escola Clássica

No início do século XIX, após a Revolução Industrial e perante as condições precárias em que os trabalhadores laboravam, surge a necessidade da existência de mudanças a nível das condições industriais - estéticas e sanitárias das fábricas, construção de bibliotecas, apoios aos trabalhadores doentes, atividades recreativas, entre outros (Batista, 2006).

Foi a Escola Clássica e os seus pensadores, Taylor, Fayol e Weber, que contribuíram para a emergência da gestão como ciência. Esta escola concebe as organizações como instrumentos criados para atingir objetivos, incluindo aumentar a eficiência através de procedimentos e regras universais e científicas.

2.2.1.1 Gestão Científica do Trabalho – Taylor

O engenheiro Frederick Winslow Taylor (1856-1915), iniciou a escola da Administração Científica, a qual tinha o objetivo de aumentar a eficiência da indústria, por meio da racionalização do trabalho do operário (Chiavenato, 2003).

A Gestão Científica permitiu identificar funções básicas e desenvolveu princípios de orientação de projetos, bem como, de criação e gestão de grandes organizações.

Para Taylor a gerência deve seguir os seguintes princípios (Chiavenato, 2003):

- Princípio do planeamento – deixa de existir improvisos e o critério individual do operário, sendo implementado um planeamento do método do trabalho;
- Princípio do preparo – seleção de trabalhadores com determinadas aptidões, prepara-los e treiná-los para executarem determinadas funções, de modo a produzirem mais e melhor;
- Princípio do controlo – controlar todo o trabalho de modo a perceber se o mesmo está a ser executado de acordo com métodos e normas estabelecidas;
- Princípio da execução – distribuir o trabalho e responsabilidades com o objetivo de disciplinar a execução do trabalho.

Na opinião de Paiva et al. (2009) este método influenciou potencialmente a organização dos serviços de saúde. Segundo estes autores, este tipo de gestão procede-se de forma hierarquizada e dá pouco ênfase às relações interpessoais.

2.2.1.2 Teoria Geral da Administração – Fayol

Henry Fayol (1841-1925), engenheiro de minas, foi o fundador desta teoria (Chiavenato, 2003).

Segundo Chiavenato (2003) enquanto a Teoria da Administração Científica do Trabalho se caracterizava pela ênfase na tarefa realizada pelo operário, a Teoria Geral da Administração caracteriza-se pela ênfase na estrutura que a empresa devia possuir para ser eficiente.

Fayol definiu que uma empresa apresenta seis funções básicas: técnica, comercial, financeira, segurança, contabilística e administrativa. Segundo Fayol, tudo na Administração é uma questão de medida, ponderação e bom senso, por isso estabeleceu 14 Princípios Gerais da Administração: divisão do trabalho, autoridade e responsabilidade, disciplina, unidade de comando, unidade de direção, subordinação dos interesses

individuais aos gerais, remuneração do pessoal, centralização, hierarquia, ordem, equidade, estabilidade do pessoal, iniciativa e espírito de equipa (Chiavenato, 2003).

Os princípios da administração científica, segundo Paiva et al. (2009), vieram mudar a saúde num mecanismo que visa cuidar da força de trabalho, separando a conceção da execução, ou seja, o trabalho intelectual é representado pelo médico e o trabalho prático pelo enfermeiro.

2.2.1.3 Teoria Burocrática das Organizações - Weber

Max Weber (1864-1920), sociólogo, filósofo e cientista político, traçou a Teoria Burocrática que se distingue pelo exercício do controlo com base no conhecimento, estabelecendo 3 tipos de autoridade legítima (Baptista, 2006, pp.7):

- “Autoridade racional-legal: legalidade de regras normativas e direitos dos que, elevados a posições de autoridade, assumem o comando de acordo com essas regras.
- Autoridade tradicional: crença na bondade de tradições imemoriais e na legitimidade e estatuto daqueles que exercem a autoridade.
- Autoridade carismática: devoção ao caráter, exceção e ou heroísmo de um indivíduo e aos padrões normativos por ele revelados”.

A Teoria da Organização Burocrática estabelece como princípios a natureza da autoridade, procedimentos e relação de emprego.

Em resumo, esta teoria estabelece uma divisão do trabalho com uma definição nítida da responsabilidade e da autoridade, estabelecendo regras e procedimentos (Baptista, 2006).

2.2.2 Escola Comportamental

Após assistirmos a um século XIX cheio de ideias e teorias, é no início do século XX que os princípios de organização de Taylor começaram a ser questionados (perto dos anos vinte) pois os ganhos obtidos com estes princípios eram inferiores ao esperado. É durante a grande depressão que o Governo Americano inicia a sua intervenção na economia criando mais empregos e instituindo a Segurança Social. Deste modo as condições de trabalho melhoraram e os trabalhadores passaram a ter direitos de associação

e negociação coletiva, aumentando assim o papel dos sindicatos, bem como a pressão nos gestores de modo a darem mais atenção a aspetos humanos e sociais (Batista, 2006).

A ideia da conceção das organizações como máquinas é ultrapassada e eleva-se a importância de considerar os processos sociais e de grupo no estudo das organizações. A ideia era de melhorar as condições de trabalho mas sem o intuito de melhorar o trabalhador (Moura e Sá, 2004; Pina e Cunha, 2006). A Escola Comportamental dá assim origem a várias teorias e modelos, que colocam ênfase no trabalhador.

2.2.2.1 Movimento das Relações Humanas

Elton Mayo, considerado o fundador deste movimento, na medida em que se opunha aos princípios do trabalho de Taylor, lecionava e dirigia o centro de pesquisas da Escola de Administração de Harvard no início do século XX (citado por Bardin, 2014).

Este movimento baseia-se no trabalhador, tendo em conta a satisfação das suas necessidades primárias como meio para o aumento da produtividade. A Teoria das Relações Humanas teve a sua origem nos seguintes factos (Chiavenato, 2003):

- Necessidade de humanizar e democratizar a administração – os conceitos e mecanismos da teoria clássica eram rígidos e não se adequavam aos novos padrões de vida do povo americano;
- Desenvolvimento das ciências humanas – inicialmente a psicologia e posteriormente a crescente influência intelectual, aplicando-as à organização industrial;
- Ideias da filosofia pragmática de Dewey e da psicologia dinâmica de Lewin impulsionaram o humanismo na administração;
- Conclusões da experiência de Hawthorne, realizadas entre 1927 e 1932, com a coordenação de Elton Mayo, que colocaram em xeque os principais pontos da Teoria Clássica da Administração.

Este movimento foi positivo no setor da saúde, com o modelo de trabalho em equipas multiprofissionais, dando assim organização aos serviços de saúde (Paiva et al, 2009).

2.2.2.2 Os Estudos de Hawthorne e Elton Mayo

Elton Mayo (1880-1949), formado em medicina e filosofia, foi o primeiro a aplicar conceitos de psicologia no estudo das organizações, tendo-se feito distinguir pela investigação realizada numa fábrica em Hawthorne, que o conduziu a conclusões fundamentais para escola das relações humanas (Baptista, 2006, pp.10):

“- A integração social do indivíduo é muito importante para o seu nível de produtividade;

- Os trabalhadores estão mais dispostos a colaborar quando sentem que a gestão está preocupada com as suas necessidades;

- O comportamento do indivíduo é determinado pelas regras do grupo, que incluem padrões de produtividade e punição de fugas a essas regras;

- As organizações são compostas por diferentes grupos informais que não coincidem necessariamente com a estrutura formal.”

2.2.2.3 Primeiras Teorias de Motivação e Liderança

É na segunda metade do século XX (1954), que Maslow, expôs pela primeira vez a famosa pirâmide das necessidades, numa obra com o nome de *Motivation and Personality*. A motivação humana é aqui vista como um fenómeno complexo organizado em cinco níveis de necessidades, colocando na base as necessidades primárias e no topo as secundárias. Enquanto as primeiras não estiverem satisfeitas vão influenciar sempre o comportamento do indivíduo nas fases seguintes (Figura 2). As secundárias só terão importância a partir do momento em que o indivíduo tiver satisfeitas as necessidades dos níveis inferiores (Moura e Sá, 2004).

Figura 2 - Pirâmide de necessidades de Maslow



Fonte: InfoQ (2012)

2.2.3 Escola Quantitativa

A partir dos anos 40 do século XX, surge a Escola Quantitativa, caracterizando-se pela tomada de decisões de gestão utilizando técnicas quantitativas e de decisão operacional. Formulavam-se quantitativamente variáveis de modo a desenhar uma gestão operacional em domínios como o planeamento e controlo. O desenvolvimento dos sistemas de informação, nessa época, fez com que esta abordagem tivesse uma enorme aceitação e popularidade entre os gestores (Moura e Sá, 2004). Na Tabela 1 são apresentados alguns contributos e limitações desta abordagem, referidos por Moura e Sá (2004).

Tabela 1- Contributos e Limitações da Abordagem Quantitativa

Contributos	Limitações
<ul style="list-style-type: none">• Possibilidade de tratar grandes volumes de dados/informação;• Técnicas de previsão e análise de cenários.	<ul style="list-style-type: none">• Pouca atenção aos aspectos humanos;• Tendência para considerar apenas os aspectos da organização que possam ser traduzidos em números.

Fonte: Moura e Sá (2004)

2.2.3.1 Teorias Pragmáticas

As Teorias Pragmáticas foram desenvolvidas no período da Escola Quantitativa. Foi no início da década de 50 a Teoria da Administração passou por um período de remodelação dando lugar a uma abordagem neoclássica, que não é mais do que a remodelação da Teoria Clássica devidamente atualizada e redimensionada aos problemas administrativos atuais e ao tamanho das organizações de hoje (Chiavenato, 2003).

Segundo Chiavenato (2003) esta abordagem baseia-se nos seguintes fundamentos:

- A Administração como um processo operacional composto por várias funções: planeamento, organização, direção e controlo;
- A Administração como envolvente de várias situações organizacionais, necessita de fundamentar-se em princípios básicos com valor preditivo;
- A Administração como uma arte, tal como a Medicina e a Engenharia, deve conter princípios universais;
- Estes princípios têm que ser verdadeiros;
- Como ciência ou arte, esta teoria não necessita de conter todo o conhecimento para poder servir de fundamentação científica aos princípios da administração.

2.2.3.2 Abordagem Sistémica

Outra abordagem desenvolvida neste período foi a Abordagem Sistémica, que estuda a convergência entre várias visões associadas a diferentes disciplinas, olhando para a organização como um todo.

A sua vantagem é colocar em destaque relações com o meio envolvente, desvalorizadas pelas teorias anteriores, tornando esta teoria mais eficaz no que se refere a lidar com as incertezas e as mudanças rápidas, fazendo com que o sistema se ajuste e se corrija de modo a poder sobreviver (Baptista, 2006).

2.2.3.3 Abordagem Contingencial

A Abordagem Contingencial emerge nos anos 60 e refere que diversas situações requerem práticas distintas. Esta abordagem tem implicações na escolha do tipo de relações internas, divisão do trabalho e mecanismos de coordenação.

O ponto forte desta abordagem consiste no incentivo à utilização de métodos de diagnóstico das situações, não havendo uma solução única para todos os casos.

O ponto mais fraco ou a principal limitação, encontra-se nos modelos desenvolvidos, que normalmente partem de uma definição do meio envolvente muito geral e abstrata, dando pouca importância ao impacto que a organização tem no meio em que se insere (Moura e Sá, 2004).

2.2.3.4 Gestão da Qualidade Total

Esta filosofia foi igualmente desenvolvida no período da Escola Quantitativa.

O aumento das exigências dos clientes e a diversificação da oferta tornou a qualidade como uma diferenciação.

Da produção em massa passou-se para a necessidade de ajustar cada produto ou serviço às necessidades de cada cliente, inserido numa determinada cultura. A qualidade para além de envolver todo o produto, também abrange toda a organização, afetando deste modo todas as pessoas, processos e atividades.

Esta teoria ganhou notoriedade nos serviços de saúde, incluindo na integração dos empregados, fornecedores e utilizadores da organização (Paiva et al. 2009). Segundo Paiva et al. (2009, p.314) “o ganho da produtividade passou a ser alcançado por meio da melhoria da qualidade, para satisfazer as necessidades dos usuários”.

A Gestão da Qualidade Total está comprovada mediante a sua validade com o facto de cada vez mais hospitais possuírem certificação de qualidade (Baptista, 2006).

2.2.3.5 Perspetivas Contemporâneas

Ainda neste período são desenvolvidas várias Perspetivas Contemporâneas, que para além de reformularem teorias mais antigas, introduzem novos conceitos e novas formas de analisar e conceber as organizações (Moura e Sá, 2004).

A título de exemplo, referimos a Teoria do Caos, que sugere que atrás da aleatoriedade dos sistemas escondem-se padrões de comportamento que podem ser estudados analisando os grandes números e usando a teoria das probabilidades; *Learning Organizations*, que retoma as propostas da visão sistémica atualizando-a; Racionalismo Radical, que engloba as teorias de Taylor e aplica-as a processos como o marketing, contabilidade e vendas; *Slow Europe*, que estuda o caso francês em que a redução de horas de trabalho, aumento do número de dias de férias e a maior proteção do posto de trabalho, origina aumentos de produtividade tão altos como nos dos Estados Unidos; *Family Friendly*, em que as empresas criam condições de trabalho de modo a que os colaboradores passem mais tempo com a família, evitando assim, o stress acumulado, tornando-os mais produtivos (Pina e Cunha, et al, 2003).

2.3 Gestão em Saúde

Para Paiva et al. (2009) as teorias administrativas que exercem influência nas organizações de serviços de saúde são: a taylorista, a burocrática, clássica, das relações humanas e a da qualidade total. Todas elas vieram trazer às organizações de serviços de saúde contribuições significativas, mas ainda se encontra muito por fazer, havendo lacunas no que se refere às necessidades e subjetividades dos utentes e colaboradores em saúde.

É notório para Boquinhas (2014) que o gestor terá que quantificar, racionalizar consumos, implementar políticas de harmonização de consumíveis, otimizar stocks e elaborar protocolos clínicos e terapêuticos, de modo a tornar a gestão de um serviço de saúde mais racional e eficiente.

A gestão da qualidade neste setor passará, segundo Santos (2013), por obter qualidade ao mínimo custo possível, aumentando o crescimento e a rentabilidade, ou seja, visto que não podemos reduzir custos sem afetar a qualidade, mas podemos aumentar a qualidade sem incrementar custos, logo, podemos reduzir custos melhorando a qualidade.

2.4 Funções do gestor em serviços de saúde

A gestão em saúde é entendida como um processo administrativo aplicado à procura “por cuidados médicos e de saúde [...] mediante a provisão de serviços a clientes individuais, organizações e comunidades” (Austin, 1974, p. 98).

Certos conceitos como o de gestão estratégica aplicam-se plenamente aos serviços de saúde e são fundamentais ao processo de gestão. Definição da visão, missão, estratégia, análise dos recursos, necessidades e cenários, desenvolvimento e monitorização de planos de ação, elaboração de políticas que auditem a viabilidade dos planos e processos de avaliação contínua, são alguns exemplos de instrumentos fundamentais (Simões, 2003).

O processo decisório envolve não só a análise dos dados, dos processos, dos recursos, da relação custo-benefício como também da base de suporte político que o gestor deve ter para a aprovação e sustentação de planos de ação.

Este tipo de gestão em saúde apresenta características singulares, na medida em que é classificada como serviços e ser uma provisão de cuidados. Os cuidados médicos, fruto do atendimento de saúde ao cliente, configuram-se na atividade alvo de uma instituição dessa área e por isso são classificados como serviços. Serviços, por sua vez, são resultantes de uma interação pessoal entre prestador e cliente, e a percepção de qualidade nesse contexto está relacionada à qualidade do atendimento prestado e com o atendimento às necessidades e expectativas do cliente (Albrecht, 2000).

Porém, muitas vezes o cliente atendido pelos serviços de saúde não tem plena consciência das suas necessidades, uma vez que ao procurar o atendimento, este possa, ainda, não ter clareza da natureza do que se queixa e nem de como esta deverá ser resolvida. Em contrapartida, as expectativas são claras, uma vez que podem ser traduzidas por velocidade e atmosfera do atendimento, consistência de informação, flexibilidade na prestação de serviços ou, até mesmo, baixo custo (Gianesi, 1994).

Soma-se a esse universo a característica pluralista da estrutura organizacional das empresas de saúde, que congregam no mesmo espaço de serviço os mais diferentes níveis de complexidades de assistência em saúde (como por exemplo unidades de terapia intensiva, clínicas médicas, policlínicas, etc), bem como cadeias produtivas industrializadas (lavandarias, cozinhas, entre outras), além de todo um componente administrativo (faturação, auditorias, recursos humanos, marketing, comerciais, etc). Essa complexidade organizacional faz com que seja necessário que os gestores em saúde saibam

coordenar as prestações dos serviços, percebam de alta tecnologia e conheçam os processos puramente administrativos (Mezomo, referido por Chanes, 2006).

Há ainda a ter e conta a diversidade de profissionais que fazem das organizações de saúde um conglomerado das mais diversas formações, ao juntar especialidades médicas, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica, farmacêuticos, auxiliares, cozinheiros, profissionais de limpeza, manutenção, vigilância e segurança, entre outros. Essa diversidade exige do gestor a capacidade de se comunicar com todos e de conseguir traduzir a estratégia organizacional para os mesmos. Esse universo torna a gestão em saúde, uma atividade única e que exige competências específicas.

Um gestor é um indivíduo que apoia e é responsável pelo desempenho do trabalho dos outros. São gestores em todos os níveis da organização, com características comuns, que organizam os recursos, que compartilham a responsabilidade com os seus superiores e com os subordinados, com intuito de alcançar determinados objetivos pretendidos, dirigem as atividades dos outros, estão focados na eficiência (fazer as tarefas bem, melhor e mais rápido) e a eficácia (atingir os resultados pretendidos). Os papéis e as responsabilidades dos gestores em saúde devem-se concentrar em ter a experiência e capacidade de distribuir os processos de trabalho (Manion, 2005).

Os gestores em saúde atingem metas e objetivos através das funções de planeamento, delegação, organização e controlo. Embora as funções e tarefas específicas do dia-a-dia possam variar, em geral, os gestores em saúde realizam uma série de atividades semelhantes: elaborar o planeamento de tarefas e funções, esclarecer objetivos, propor ideias que promovam a melhoria, realizar o recrutamento e contratação, avaliação de desempenho, motivação das equipas, informar as equipas dos objetivos e expectativas singulares e de grupo, coordenação com outras equipas e apoiar os esforços de trabalho (Lombardi, Schermerhorn, Kramer, 2007).

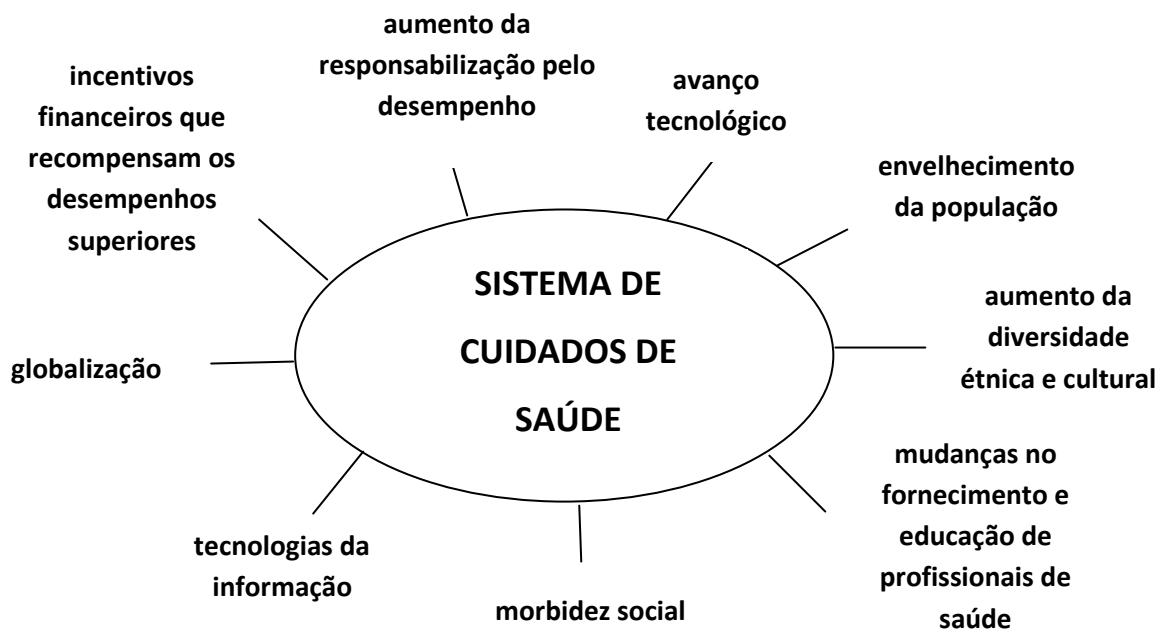
2.4.1 Forças que afetam o Sistema de Saúde

A indústria dos cuidados de saúde continua a enfrentar grandes desafios. A mudança que tem ocorrido na área da saúde, como esta é vista e executada, faz com que o gestor tenha que estar preparado para responder e adaptar-se a essas forças (Shortell e Kaluzny, 2006). Principalmente, as forças económicas, sociais e políticas têm sido responsáveis pela mudança de um sistema de cuidados agudos reativos, para uma mudança

que é holística na abordagem que enfatiza o bem-estar populacional, apoia pessoas com doenças crónicas e melhora a saúde de grupos populacionais com necessidades especiais.

Os cuidados de saúde têm-se transformado a partir de uma ênfase no tratamento de doenças para a manutenção e promoção do bem-estar. Ao invés de atendimento prestado por profissionais de saúde autónomos, o foco mudou para cuidados prestados por equipas de saúde no âmbito dos sistemas de saúde integrados. Especificamente, Shortell e Kaluzny (2006) descrevem nove forças externas que afetam o sistema de prestação de cuidados de saúde: incentivos financeiros que recompensam os desempenhos superiores, aumento de responsabilização pelo desempenho, avanço tecnológico, o envelhecimento da população, aumento da diversidade étnica e cultural, mudanças no fornecimento e educação de profissionais de saúde, morbidez social, tecnologias da informação e a globalização (Figura 3).

Figura 3 - Forças que influenciam o sistema de saúde



Fonte: adaptado de Shortell e Kaluzny (2006)

Uma das nove grandes forças é o envelhecimento da população, que aumentou muito a procura pelos cuidados primários, bem-estar, promoção da saúde e controlo de

doenças crônicas. Em particular, os gestores são responsáveis por confrontar e lidar com dilemas éticos associados ao prolongamento da esperança de vida. Como por exemplo, o aumento da diversidade étnica e cultural da população tem apresentado desafios únicos nas expectativas crescentes de diversos pacientes, reduzindo as disparidades de saúde entre essas populações. Além disso, os incentivos financeiros aumentam a necessidade de que as organizações sejam mais eficientes, produtivas, e ofereçam maiores índices de qualidade.

Os gestores são especialmente importantes para a promoção do desempenho organizacional e em demonstrar a melhoria contínua em todas as funções e processos. Vários avanços tecnológicos têm melhorado significativamente a qualidade de vida, o desempenho organizacional e os resultados clínicos. No entanto têm custos muito elevados, especialmente associadas com a aquisição de novas tecnologias e equipamentos, e com os custos de formação para que os profissionais utilizem estas novas tecnologias de informação e equipamentos. Estas forças maiores requerem mais eficácia da gestão no âmbito de criar oportunidades de crescimento organizacional.

Os desafios na saúde são explorados através da perspectiva de soluções empresariais para que estes desafios e oportunidades possam permitir aos gestores ferramentas para criar estratégias mais eficazes que resultem em eficiência, acessibilidade e qualidade do sistema de saúde. Alguns estudos têm identificado relevância do empreendedorismo para o sector de saúde (Guo, 2003, 2006, 2007). Em tempos de incerteza, complexidade e escassez de recursos, as organizações de saúde dependem dos seus gestores para tomarem decisões táticas e estratégicas. Por exemplo, Guo (2006) explica que os processos de gestão em cuidados de saúde empresarial consistem em reconhecer oportunidades, criando inovação e mudança, investindo em recursos organizacionais, e tornando as estruturas mais flexíveis e adaptáveis. Além disso, devem ser utilizadas estratégias para que as organizações construam, inovem e cresçam com força e poder.

O papel dos gestores passa por envolver-se na tomada de riscos e estratégias de forma a atuarem como agentes de mudança. A Figura 4 resume essencialmente as ações tomadas pelos gestores e pelas organizações de forma a construírem o sucesso (Guo, 2009). Para que as organizações prosperem, os gestores são responsáveis pela tomada de decisão mais rápida e flexível, oferecendo mais e melhores canais de comunicação, desenvolvimento de estratégias na tomada do risco e encontrar oportunidades para beneficiar as organizações. Estas estratégias são necessárias para trazer a inovação

organizacional, produzir estruturas organizacionais mais adaptáveis, e resultar em mudanças sistêmicas mais sensíveis que permitam às organizações obter a vantagem competitiva e sucesso final.

Figura 4 - Componentes essenciais das Organizações de Saúde



Fonte: Guo (2009)

Gestores em saúde eficazes exigem uma compreensão do contexto dos cuidados de saúde e o papel da dinâmica organizacional. Porque as organizações de cuidados de saúde são complexas e operam num ambiente em mudança, os gestores em saúde desempenham uma série de funções de gestão, incluindo a liderança, gestão organizacional e estratégica (Shortell e Kaluzny, 2006).

Deste modo, os gestores devem estar preparados para adaptar e transformar organizações, com papéis essenciais que incluem o acesso contínuo a recursos para a sobrevivência da organização a longo prazo. Além disso, os gestores devem garantir a segurança, eficácia, eficiência e qualidade dos serviços prestados. Consequentemente, estes devem interagir entre a organização e o ambiente, decidir sobre a extensão da transformação organizacional e adaptação, assegurar a adequação e o *mix* de serviços oferecidos. Em suma, a gestão é uma atividade integrada e dinâmica, que tem lugar no contexto de um sistema complexo e mutável de saúde.

2.5 Fatores potenciadores para o gestor em instituições de saúde

2.5.1 Personalidade

A personalidade é formada ao longo da vida, construída a partir do meio social em que estamos inseridos, sendo também fruto da nossa história de vida, ou seja, da forma como sentimos, representamos e interagimos com as nossas expectativas (Rubin e Campbell, 1998). Uma pessoa pode pensar e agir de maneiras diferentes em diversas situações, logo, o comportamento varia de pessoa para pessoa, mas há aspetos invariáveis no comportamento humano denominado de traço (Friedman e Schustack, 2004). A personalidade de uma pessoa pode ser definida como um processo dinâmico, que se encontra associado a um conjunto de traços e de tipos que influenciam o funcionamento psicológico do indivíduo. O traço indica-nos assim uma dimensão das diferenças individuais e padrões de pensamento, ações e sentimentos do indivíduo (McCrae e John, 1992).

Figura 5 – Modelo dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade

Extroversão	Energia, entusiasmo, sociabilidade, atividade, assertividade e afetividade positiva.
Amabilidade	Altruísmo, afeto, confiança, modéstia e simpatia.
Conscienciosidade	Constrangimento, controlo de impulsos, pensar antes de agir.
Neuroticismo	Afetividade negativa, nervosismo, ansiedade, tristeza e tensão.
Abertura	Originalidade, mente aberta.

Fonte: John e Srivastava (1999)

O estudo da personalidade dos indivíduos tem originado a criação de vários modelos teóricos, entre eles o modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF), conhecido como *Big Five* ou *Five Factor Model*, que tem despertado o interesse e um entusiasmo crescente da comunidade científica (Figura 5). Este modelo é “amplamente pesquisado, por representar uma forma de descrição da personalidade muito simples, elegante e económica” (Nunes, Hutz e Nunes, 2008: p.383). Segundo Judge, Bono, Ilies e Gerhardt

(2002) este modelo pode ser utilizado para descrever os aspetos mais relevantes da personalidade, por isso tem sido utilizado em pesquisas com diferentes grupos.

São poucos os estudos que tratam as características da personalidade de um gestor no contexto empresarial, mas podemos citar o estudo de Judge *et al.* (2002), que elaborou uma meta-análise sobre as pesquisas que abordam a liderança e os traços de personalidade. Observou-se que algumas características, como por exemplo, ajustamento, socialização, integridade e autoconfiança, aparecem relacionadas com traços de lideranças eficazes e emergentes. Os autores analisaram as possíveis relações entre os traços de personalidade do modelo das CGF e os traços de liderança. Perante os resultados concluíram que os fatores extroversão, realização e abertura estão relacionados positivamente à liderança. No que diz respeito ao fator neuroticismo, há uma associação negativa e por último, a relação entre socialização e liderança ainda se mostra pouco precisa.

Num contexto organizacional, alguns autores como Mandelli (2001), Resende (2000) e Goleman (1995), referem que a personalidade é mais importante e decisiva para o sucesso profissional do que o conhecimento dos próprios indivíduos. Executivos e gestores deveriam reconhecer as suas características da personalidade, pois o autoconhecimento é essencial para a sobrevivência profissional (Drucker, 1995).

No estudo realizado por Araújo (2012), este concluiu que alguns aspetos positivos que um gestor de uma unidade de saúde tem que ter são: honestidade, ética, integridade e organização (entre outros).

2.5.2 Experiência Profissional

Segundo Kolb a “aprendizagem é um processo pelo qual o conhecimento é criado através da transformação de experiência” (citado por Grohmann, 1999, p.2-3). Este autor desenvolveu um modelo conhecido como o ciclo de aprendizagem: experiência – observação – reflexão – ação. Este também defende que um adulto pode construir os seus conhecimentos de diferentes formas e influenciado por vários fatores, como as experiências vividas, estilos de aprendizagem e por vezes, género, posição social, raça, etc.

Kolb acredita que o conhecimento é criado através de um processo contínuo, onde inicialmente o indivíduo já possui uma bagagem de experiências, e seguidamente irá observar e refletir uma determinada situação com base nessas experiências já vivenciadas

(citado por Grohmann, 1999). Com esses processos, o indivíduo irá construir novos conceitos, que serão testados através da experimentação em novas situações, construindo seguidamente novos conhecimentos.

O conhecimento é adquirido através da reflexão do indivíduo (Schon, 2000), durante e após a experimentação prática, na qual os aprendizes aprendem através da descoberta e busca de soluções para os problemas que os interessam e com o questionamento e experimentação dessas soluções. O processo de reflexão pode ocorrer de duas formas: a reflexão sobre a ação e a reflexão na ação. Porém este considera a reflexão na ação mais profunda, pois esta “tem uma função crítica, questionando a estrutura de pressupostos do ato de conhecer-na-ação” (Schon, 2000, p.33).

Mezirow também estudou este tema e segundo ele, o processo de aprendizagem dos adultos é através da reflexão (Mezirow, 1990). O processo acontece, segundo este autor, através do indivíduo refletindo sobre experiências vividas e interpretando e generalizando essas experiências para a formação de estruturas mentais, que, por sua vez, são conhecimentos guardados na memória e que poderão ser representados, ou transferidos para novas situações (Mezirow, 1990).

Estes três autores citados entendem que o processo de aprendizagem nos adultos começa com a reflexão das experiências.

Segundo Durante (2006), a vantagem para a organização é consequência do processo de aprendizagem e conhecimento do trabalhador, pois esta traduz-se em melhoria no processo de trabalho, na resolução de um problema com criatividade e até na criação de um novo produto ou serviço.

Para Araújo (2012) é necessário que um gestor de uma unidade de saúde tenha conhecimento de como funciona uma organização hospitalar para que possa trabalhar dentro da realidade. Para este a experiência nesta área é primordial, visto que a realidade é bem diferente do que é demonstrado numa sala de aula.

Na opinião de Ceccon (2012) as experiências, vivências com as atividades e a tomada de decisão, vão proporcionar ao gestor uma maturidade profissional, proporcionando a este, maior exatidão em cada decisão tomada na sua carreira profissional.

2.5.3 Formação Adquirida

“O Gestor Hospitalar tem o importante desafio de otimizar a relação custo-benefício, uma vez que lida com a promoção e melhoria da saúde e com a garantia da vida” (Santos e Arruda, 2012).

Na visão destes autores, qualquer organização de saúde, um hospital ou mesmo um centro de saúde, exige uma gestão especializada, constituída por profissionais efetivamente empenhados na obtenção de objetivos finais do serviço que dirigem. Para estes, torna-se difícil o comprometimento de um administrador que não possui formação própria da área e que não procura desenvolver ou renovar os seus conhecimentos (Santos e Arruda, 2012).

Segundo o estudo efetuado por estes dois autores, o gestor hospitalar com formação específica apresenta menos dificuldades para contornar os diferentes obstáculos que surgem nas atividades diárias. Concluíram também que o tempo de serviço é importante, mas não é o fator principal para o bom desempenho, na medida em que há tendência para melhorar competências profissionais com o exercício das funções, desde que haja conhecimento técnico. Para estes, o importante é aprender com as adversidades, sabendo relacionar efetivamente a teoria e a prática, reconhecer que tudo o que foi estudado terá que ser adaptado a cada realidade hospitalar e, acima de tudo, ser capaz de se adaptar às constantes mudanças impostas pelo mercado globalizado (Santos e Arruda, 2012).

Também na visão de Seixas e Melo (2004), quando profissionais como médicos e enfermeiros não especializados para gestão e assumem esses cargos, não entendem das atividades administrativas e, com isso, o hospital perde um bom técnico e não ganha um bom chefe.

Araújo (2012) afirma que para uma organização hospitalar ter sucesso, é imprescindível que o gestor possua a qualificação necessária ao cargo de gestor, no que se refere a habilidades, conhecimentos e atitudes, culminando assim, o conhecimento da teoria com a prática.

2.6 Síntese

Como se pode constatar ao longo da revisão bibliográfica, o conceito de gestão tem evoluído muito ao longo dos anos, como verificámos nas teorias mencionadas.

Apesar da escassez de literatura em gestão de serviços de saúde, são referenciados alguns autores que elaboraram estudos relacionados com o tema.

A área da saúde requer uma complexidade organizacional extrema, que obriga o gestor a saber coordenar prestações de serviços, perceber de alta tecnologia e conhecer os processos puramente administrativos. Para além disso ainda se depara com um amplo leque de profissionais com diversas formações: médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica, farmacêuticos, auxiliarem, cozinheiros, profissionais de limpeza, manutenção, vigilância e segurança, entre outros. Tudo isto exige deste gestor uma capacidade ímpar e um perfil próprio, tornando o universo da gestão em saúde uma atividade muito complexa e multidisciplinar.

3. Estudo do Setor da Saúde

3.1 Introdução

Neste capítulo ir-se-á analisar, na secção 3.2, a evolução histórica do serviço público de saúde em Portugal, desde 1946 até aos dias de hoje. Posteriormente na secção 3.3 é feita uma breve caracterização do Sistema Nacional de Saúde, e passamos na secção 3.4 para uma breve descrição da Administração Regional de Saúde.

Seguidamente será apresentada a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS LVT) onde serão mencionados os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) estudados: ACES Almada Seixal e ACES Sintra. Estes dois ACES são a base deste estudo, na medida em que o ACES de Almada Seixal é gerido por um profissional com formação base na área da saúde e o ACES de Sintra é gerido por um profissional com formação em gestão.

3.2 Evolução histórica do serviço público de saúde em Portugal

Em 1946, a Lei n.º 2011, de 2 de Abril, delibera a organização dos serviços prestados de cuidados de saúde existentes, originando assim a base para uma rede hospitalar. Inicia-se assim, um programa de construção de hospitais que foram entregues às Misericórdias (Portal da Saúde, 2010).

O Estatuto Hospitalar e o Regulamento Geral dos Hospitais, é criado no ano de 1968, estabelecendo uma uniformização e a regulação dos hospitais e das carreiras de saúde (médicos, enfermeiros, administração e farmácias). Este passo originou, em 1971, a “reforma de Gonçalves Ferreira” – reforma dos sistemas de saúde e assistência – que consistiu no primeiro esboço de um Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Após surgirem as condições políticas em 1974, é no ano de 76 que é aprovada a nova Constituição, dando a todos os cidadãos o direito à proteção da saúde, independentemente da sua condição económica, que se traduz numa racional e eficiente cobertura médica e hospitalar de todo o país. Neste mesmo ano é estabelecido a obrigatoriedade de um ano de serviço na periferia aos licenciados que pretendessem seguir na carreira médica.

Com a Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro de 1979, é criado o Serviço Nacional de Saúde que “envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e

vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social. Define que o acesso é gratuito, mas contempla a possibilidade de criação de taxas moderadoras, a fim de racionalizar a utilização das prestações” (Portal da Saúde, 2010).

É no ano de 1982 que se assiste à criação das Administrações Regionais de cuidados de Saúde (ARS), e é concedido ao SNS autonomia administrativa e financeira, ficando assim o Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de saúde incumbido de gerir as verbas que lhe são globalmente atribuídas. Após esta medida, e logo no seguinte ano (1983), é elaborado o DL n.º344-A/83 de 25 de Julho, que aprova a Lei Orgânica do IX Governo Constitucional, que cria o Ministério da Saúde. A importância deste setor, o volume dos serviços, as infraestruturas e a importância que lhe é reconhecida pela população, dita a necessidade desta autonomia.

É em 1986 que é regulado o exercício do direito de acesso ao serviço Nacional de Saúde, estabelecendo uma correta e racional repartição dos encargos deste pelos chamados subsistemas de saúde, bem como, por todas as entidades que sejam responsáveis pelo pagamento da assistência a determinados cidadãos. Dois anos mais tarde (1988) é aprovada a Lei de Gestão Hospitalar introduzindo na lei princípios de natureza empresarial, no quadro da integração da atividade hospitalar na economia do país. São também, neste ano, por via legal, reforçadas competências dos órgãos de gestão, abandonadas direções do tipo colegial, os titulares dos órgãos de gestão passam a ser nomeados pela tutela, desenha-se o perfil de gestor para o exercício da função de chefe executivo, são planeados métodos de gestão empresarial e por último reforçados e multiplicados os controlos de natureza tutelar. A Lei de Bases da Saúde é criada em 1990, e pela primeira vez a proteção da saúde é entendida não só como um direito, mas como uma responsabilidade conjunta dos cidadãos, sociedade e Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados.

Decide-se dar um novo estatuto ao SNS, e em 1993 são criadas as regiões de saúde, dirigidas por administrações com competências e atribuições reforçadas, superando a incorreta dicotomia entre cuidados primários e diferenciados. Estes grupos articulados vêm responder às crescentes exigências da população no que diz respeito à qualidade e à prontidão de resposta aos seus anseios e necessidades sanitárias.

É em 1999 que surge os Sistemas locais de Saúde. Consiste num conjunto de recursos ligados à base de complementaridade e organizados mediante critérios

geográficos-populacionais, que facilitam a participação social e que, em conjunto com centros de saúde e hospitais, pretendem promover a saúde e a racionalização da utilização dos recursos. Estes são compostos por centros de saúde, hospitais, bem como, outros serviços e instituições no domínio da saúde, numa determinada zona geográfica de uma região de saúde.

Com o objetivo de alcançar um programa de reforma da gestão hospitalar, em 2002, foi iniciado o processo de empresarialização dos hospitais públicos portugueses do Setor Público Administrativo (SPA). Trinta e quatro hospitais adotaram a forma jurídica de Sociedades Anónimas (SA). Apesar desta alteração, manteve-se intacta a responsabilidade do Estado.

Em 2005, o processo de empresarialização é continuado e os hospitais adotam uma figura jurídica diferente – Entidade Pública Empresarial (EPE) – passando os SA bem como os SPA para EPE.

O processo continua e em 2007 é atribuída a designação de EPE a sete hospitais e centros hospitalares (Raposo, 2007).

Apesar do esforço, estas alterações de estatuto jurídico não provocaram alterações na arquitetura organizacional nem na prática gestonária, apenas vieram trazer uma maior agilidade na contratação de recursos humanos, uma maior capacidade negocial nas aquisições, bem como, nos processos de investimento (Ministério da Saúde, 2010).

3.3 Caracterização do Serviço Nacional de Saúde

O Serviço Nacional de Saúde é composto por três grandes pontos (Fundação para a Saúde, 2014):

1. Constitui um “seguro de saúde” (solidariedade, previdência e universalidade) – financiado pelos impostos pagos pelos portugueses;
2. Organiza funções de administração de saúde – contratualização, planeamento e gestão de profissionais necessários ao seu funcionamento, toda a envolvente de tecnologias de saúde necessárias (dispositivos, diagnóstico, tratamento, informação, comunicação e gestão) e instalações;

3. Oferece um conjunto global de saúde organizado, de modo a corresponder às necessidades – cuidados de saúde primários, hospitais, cuidados de saúde continuados e infraestruturas de saúde pública.

O Serviço Nacional de Saúde é composto por todos os serviços e entidades públicas prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente (Portal da Saúde, 2014):

- Agrupamentos de Centros de Saúde;
- Estabelecimentos hospitalares, independentemente da designação;
- Unidades locais de saúde.

Cabe ao membro do governo responsável pela área da saúde exercer poderes de superintendência e tutela sobre todos os estabelecimentos pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde, independentemente da respetiva natureza jurídica (Portal da Saúde, 2014).

3.4 Administração Regional de Saúde

As Administrações Regionais de Saúde foram criadas ao abrigo do DL n° 254/82 de 29 de Junho, e posteriormente pelo DL n° 11/93 de 15 de Janeiro.

Estas têm personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, bem como capital próprio.

As ARS têm autonomia para dispor de funções como o planeamento, orientação e coordenação de atividades, distribuição de recursos, gestão de recursos humanos, apoio técnico e administrativo, bem como, avaliação do funcionamento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde (Portal de: Codificação e dos GDH - 2003).

As atribuições da ARS são (ARS LVT – 2014a):

a) “Executar a política nacional de saúde, de acordo com as políticas globais e setoriais, visando o seu ordenamento racional e a otimização dos recursos;

b) Participar na definição das medidas de coordenação intersectorial de planeamento, tendo como objetivo a melhoria da prestação de cuidados de saúde;

c) Colaborar na elaboração do Plano Nacional de Saúde e acompanhar a respetiva execução a nível regional;

d) Desenvolver e fomentar atividades no âmbito da saúde pública, de modo a garantir a proteção e promoção da saúde das populações;

e) Assegurar a execução dos programas de intervenção local com vista à redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências;

f) Desenvolver, consolidar e participar na gestão da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de acordo com as orientações definidas;

g) Assegurar o planeamento regional dos recursos humanos, financeiros e materiais, incluindo a execução dos necessários projetos de investimento, das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, supervisionando a sua afetação;

h) Elaborar, em consonância com as orientações definidas a nível nacional, a carta de instalações e equipamentos;

i) Afetar, de acordo com as orientações definidas pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., recursos financeiros às instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde integrados ou financiados pelo Serviço Nacional de Saúde e a entidades de natureza privada com ou sem fins lucrativos, que prestem cuidados de saúde ou atuem no âmbito das áreas referidas nas alíneas e) e f);

j) Celebrar, acompanhar e proceder à revisão de contratos no âmbito das parcerias público -privadas, de acordo com as orientações definidas pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., e afetar os respetivos recursos financeiros;

l) Negociar, celebrar e acompanhar, de acordo com as orientações definidas a nível nacional, os contratos, protocolos e convenções de âmbito regional, bem como efetuar a respetiva avaliação e revisão, no âmbito da prestação de cuidados de saúde bem como nas áreas referidas nas alíneas e) e f);

m) Orientar, prestar apoio técnico e avaliar o desempenho das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, de acordo com as políticas definidas e com as orientações e normativos emitidos pelos serviços e organismos centrais competentes nos diversos domínios de intervenção;

n) Assegurar a adequada articulação entre os serviços prestadores de cuidados de saúde de modo a garantir o cumprimento da rede de referenciação;

o) Afetar recursos financeiros, mediante a celebração, acompanhamento e revisão de contratos no âmbito dos cuidados continuados integrados;

p) Elaborar programas funcionais de estabelecimentos de saúde;

q) Licenciar as unidades privadas prestadoras de cuidado de saúde e as unidades da área das dependências e comportamentos aditivos do setor social e privado;

r) Emitir pareceres sobre planos diretores de unidades de saúde, bem como sobre a criação, modificação e fusão de serviços;

s) Emitir pareceres sobre a aquisição e expropriação de terrenos e edifícios para a instalação de serviços de saúde, bem como sobre projetos das instalações de prestadores de cuidados de saúde.”

3.4.1 ARS Lisboa e Vale do Tejo

A ARS de Lisboa e Vale do Tejo tem como objetivo ser reconhecida, tanto pelos utentes como pelos parceiros, como uma organização que assegura a prestação de um nível apropriado de serviços, monitorizado numa base individual, procurando sempre a melhoria contínua, de forma a atingir as metas nacionais para a saúde e para as necessidades individuais (ARS LVT – 2014b).

Esta tem como Missão "garantir à população, da Região de Lisboa e Vale do Tejo, o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades e cumprir e fazer cumprir políticas e programas de saúde na sua área de intervenção" (ARS LVT – 2014b).

A Visão adotada baseia-se em "Mais Saúde e Bem-estar para a Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, atingindo os melhores indicadores de saúde do país" (ARS LVT – 2014b).

Esta entidade escolheu assim seguir um grupo de valores que consideram facilitadores da missão e visão: Responsabilidade, Entreajuda e Reciprocidade, e Criação de Valor (ARS LVT – 2014b).

No que respeita à sua organização interna, para além de dispor de áreas funcionais de apoio à atividade global, é composta por serviços centrais com os seguintes departamentos (ARS LVT – Boletim estatístico- 2014c):

- a) Departamento de Saúde Pública;
- b) Departamento de Planeamento e Contratualização;
- c) Departamento de Gestão e Administração Geral;
- d) Departamento de Recursos Humanos;
- e) Departamento de Instalações e Equipamentos;
- f) Gabinete Jurídico e do Cidadão;
- g) Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

A Portaria n.º 394-B/2012, de 29 de Novembro, veio estabelecer o enquadramento legal necessário para a criação dos ACES do Serviço Nacional de Saúde, integrados na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (ARS LVT – ACES Sintra - 2013). Foram assim criados 15 ACES integrados na ARSLVT, e distribuídos pelo território da sua área de influência – NUTS III Grande Lisboa, Península de Setúbal, Oeste, Médio Tejo e Lezíria do Tejo (Figura 6).

- ACES Almada Seixal;
- ACES Arco Ribeirinho;
- ACES Arrábida;
- ACES Oeste Norte;
- ACES Oeste Sul;
- ACES Médio Tejo;
- ACES Lezíria.

Esta investigação vai ser realizada no ACES Almada Seixal e ACES Sintra.

3.4.2 ACES Almada Seixal

O ACES de Almada Seixal foi criado pela Portaria 394-B/2012 de 29/11 (Portaria 394-B/2012, de 29 de Novembro) e resulta da fusão do ACES da Península de Setúbal I - Almada com os Centros de Saúde do Seixal, da Amora e de Corroios do ACES da Península de Setúbal II - Seixal-Sesimbra. Integra na sua área geográfica os concelhos de Almada e Seixal, englobando uma superfície de 116,57km². Segundo o censo de 2011 abrangiam uma população com 332.299 habitantes.

Ilustração 2 - ACES Almada Seixal



Fonte: ARS LVT – ACES Almada-Seixal – 2014e

Esta entidade tem como missão “assegurar a promoção da saúde, a prestação de cuidados e a sua continuidade através da racionalização da utilização de recursos, num

quadro de articulação entre entidades e de um processo de melhoria contínua, envolvendo o cidadão” (ARS LVT – ACES Almada-Seixal – 2014e).

Foi estabelecida como visão o desenvolvimento das capacidades para a elaboração de uma estratégia local de saúde que permita o funcionamento integrado das Unidades Funcionais do ACES e Instituições com quem se articula (ARS LVT – ACES Almada Seixal – 2014e).

De modo a assegurar o cumprimento da visão e da missão, foram estabelecidos os seguintes valores (ARS LVT – ACES Almada Seixal – 2014e):

- “Melhorar a acessibilidade, a qualidade e a efetividade;
- Melhorar a gestão dos recursos;
- Promover o trabalho em equipa, em parceria e em complementaridade;
- Estimular o trabalho na comunidade;
- Utilizar a avaliação e o *benchmarking* como ferramentas de motivação e envolvimento”.

Neste agrupamento os utentes estão distribuídos da seguinte forma:

Tabela 2 - Número de Utes Inscritos no ACES de Almada Seixal

Instituição	Unidade Funcional	Nº Utes Inscritos
		Total
CS Almada	UCSP FRANCISCO XAVIER NORONHA	17.455
	UCSP RAINHA D LEONOR	20.086
	USF S JOAO PRAGAL	14.166
CS Costa da Caparica	UCSP COSTA DA CAPARICA	16.719
	UCSP CHARNECA DA CAPARICA	27.120
	UCSP MONTE DA CAPARICA	3.260
	USF SOBREDA	14.050
	USF MONTE DA CAPARICA	22.234
	UCSP COSTA DA CAPARICA - Inactiva	1
	UCSP TRAFARIA	6.574
CS Cova da Piedade	UCSP LARANJEIRO	16.933
	UCSP STO ANTONIO	13.994
	USF COVA DA PIEDADE	17.808
	USF FELJO	15.839
	UCSP COVA DA PIEDADE - Inactiva	2
CS Seixal	UCSP SEIXAL	8.669
	USF FFMAIS	12.748
	USF CUIDAR SAUDE	13.632
	USF CSI-SEIXAL	13.524
	USF TORRE DA MARINHA	14.043
	USF PINHAL DE FRADES	7.819
	UCSP SEIXAL - Inactiva	2
CS Amora	UCSP AMORA	22.508
	USF ROSINHA	13.144
	USF AMORA SAUDAVEL	20.260
CS Corroios	UCSP CORROIOS	34.140
	USF SERVIR SAUDE	14.956
Total		381.686

Fonte: ARS LVT – Planeamento do ACES de Almada Seixal – 2014e

Os Recursos Humanos neste ACES estão divididos pelos seguintes grupos profissionais:

Tabela 3 - Número de colaboradores do ACES de Almada Seixal – 2013

GRUPO PROFISSIONAL	QTD_TRAB
Pessoal Médico	
Médicos Clínica Geral	154
Outros	100
Pessoal de Enfermagem	203
Assistente Operacional	59
Assistente Técnico	188
Pessoal Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	23
Conselhos de Administração	1
Técnico Superior	15
Outro pessoal	1
TOTAL	744

Fonte: ARS LVT – Planeamento do ACES de Almada Seixal – 2014e

O ACES Almada-Seixal é composto pelos seguintes prestadores (Portal da Saúde - 2013):

- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (ACES Seixal Sesimbra);
- Centro de Saúde Seixal;
- Centro de Saúde Costa da Caparica;
- Centro de Saúde Cova da Piedade;
- Centro de Saúde Amora;
- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Costa e Trafaria (CS Costa da Caparica);
- Centro de Saúde Corroios;
- Centro de Saúde Almada;
- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados do ACES Almada-Seixal.

3.4.3 ACES Sintra

O ACES de Sintra é criado pela Portaria 394-B/2012 de 29/11 (Portaria 394-B/2012, de 29 de Novembro) resultante da fusão entre os ACES Sintra-Mafra, ACES Algueirão e ACES Queluz (ACES Sintra – 2014).

A sua missão é “garantir para todos os utentes da área geográfica do concelho de Sintra a melhoria progressiva da qualidade na promoção da saúde e prevenção da doença, da prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados e garantir uma acessibilidade eficiente” (ACES Sintra – 2014).

A visão foi planeada para “posicionar o ACES Sintra como referência em termos de serviço ao utente e modelo de eficiência organizativa e económica” (ACES Sintra – 2014).

Ilustração 3 - ACES Sintra



Fonte: ARS LVT – ACES Sintra – 2014d

O ACES Sintra engloba na sua área geográfica o concelho de Sintra, distrito de Lisboa, ao qual pertencem 377.835 residentes (segundo o censo 2011) e 374.600 inscritos (SIARS 04/2013) (ARS LVT – ACES de Sintra – 2014d).

Os utentes inscritos estão distribuídos da seguinte forma:

Tabela 4 - Número de Utentes Inscritos no ACES de Sintra

Instituição	Unidade Funcional	Nº Utentes Inscritos Total
CS Algueirão	UCSP ALGUEIRA0	54.027
	UCSP TAPADA DAS MERCES	7.253
	USF NATIVIDADE	9.267
CS Cacém	UCSP AGUALVA	21.206
	UCSP OLIVAL	31.109
	CS CACEM - SAPs e Afins	5
	USF S MARCOS	11.729
	USF MIRA SINTRA	7.009
CS Pêro Pinheiro	UCSP PERO PINHEIRO	1.040
	UCSP ALMARGEM DO BISPO	8.130
	USF LAPIAS	11.765
CS Queluz	UCSP MONTE ABRAÃO	25.471
	UCSP LUSIADAS	23.264
	UCSP BELAS	13.230
	UCSP CASAL CAMBRA	12.934
	CS QUELUZ - SAPs e Afins	6
CS Rio de Mouro	USF MACTAMÁ	21.095
	USF MÃR D ÁGUA	8.608
	UCSP RIO DE MOURO	24.949
	USF ALFAMOURO	18.644
	USF ALBASAUDE	9.830
CS Sintra	UCSP RIO DE MOURO - Inactiva	6
	UCSP SINTRA	10.897
	UCSP COLARES	1.370
	UCSP TERRUGEM/S JOAO LAMPAS	13.203
	USF COLARES	7.286
	USF MONTE DA LUA	10.294
USF CYNTHIA	10.973	
Total		374.600

Fonte: ARS LVT – ACES de Sintra – 2014d

Os seus Recursos Humanos estão divididos pelos seguintes grupos de profissionais:

Tabela 5 - Número de colaboradores do ACES de Sintra – 2013

GRUPO PROFISSIONAL	Nº
Pessoal Médico	153
Médicos Clínica Geral	141
Pessoal de Enfermagem	186
Assistente Técnico	103
Outro pessoal	80

Fonte: ARS LVT – ACES de Sintra – 2014d

Este ACES é composto pelos seguintes prestadores (Portal da Saúde – Agrupamento do Centro de Saúde Sintra – 2013):

- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (ACES Sintra-Mafra);
- Centro de Saúde Cacém;
- Centro de Saúde de Algueirão - Mem Martins;
- Centro de Saúde de Rio de Mouro;

- Centro de Saúde de Sintra;
- Centro de Saúde Pêro Pinheiro;
- Centro de Saúde Queluz;
- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Agualva;
- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Rio de Mouro.

3.5 Síntese

Há 35 anos foi instituída uma rede de órgãos e serviços prestadores de cuidados de saúde globais a toda a população através do Sistema Nacional de Saúde.

Com o passar dos anos este sistema foi evoluindo, adaptando-se às necessidades existentes.

São dois desses órgãos, pertencentes ao SNS e por sua vez à ARS LVT, que serão a base do estudo desenvolvido – ACES Almada Seixal e ACES Sintra.

4. Questões e modelo de análise

4.1 Introdução

No decurso deste capítulo ir-se-ão descrever os conceitos chave utilizados na presente investigação. De seguida apresentar-se-ão as questões que serviram de base à investigação empírica. Após a formulação das questões de investigação será apresentado um modelo de análise coerente e unificado para a investigação empírica que se pretende desenvolver.

4.2 Questões de Investigação

Da análise dos conceitos teóricos e das variáveis mais relevantes, bem como da revisão da literatura, elaboram-se um conjunto de questões teóricas genéricas, que constituem o fundamento das hipóteses a formular e a serem testadas empiricamente.

De acordo com o que foi exposto em epígrafe, a principal questão de investigação que se coloca é a seguinte: qual o perfil de um gestor de uma unidade de saúde?

Com a investigação empírica procura-se responder às seguintes questões:

i. Qual o nível de formação ideal para um gestor de uma unidade de saúde? Identificar o nível de formação académica dos gestores.

ii. Qual o tipo de personalidade que um gestor deve ter? Identificar as características da personalidade dos gestores.

iii. A experiência no setor da saúde é importante para um gestor desta área? Analisar se as experiências passadas influenciam as decisões no presente.

4.3 Modelo de Análise

O Modelo é um conjunto de conceitos logicamente articulados entre si por relações presumidas. Identificados os conceitos teóricos e as variáveis mais relevantes, torna-se agora possível elaborar o modelo de análise, sua esquematização e apresentação das dimensões e variáveis.

4.3.1 Esquematização do Modelo

A partir da revisão de literatura efetuada, constata-se que existem vários fatores que influenciam o desempenho de um gestor de uma unidade de saúde. Para analisar quais os fatores que identificam as características ideais para um gestor de uma unidade de saúde, foi elaborado um modelo (Figura 6).

Figura 6 - Fatores que influenciam o perfil de um gestor de uma unidade de saúde



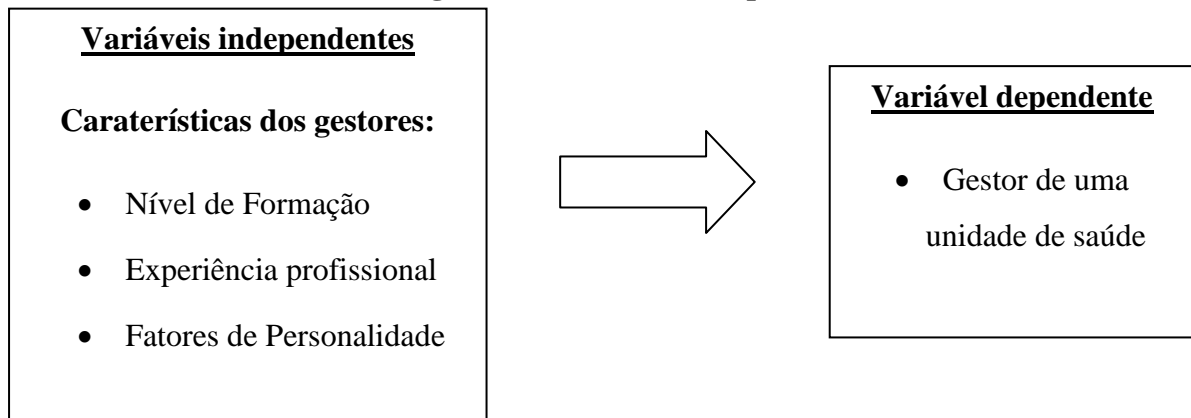
Fonte: elaboração própria

Considera-se como unidade de análise o gestor de uma unidade de saúde, procurando-se aprofundar o conhecimento sobre este indivíduo que gere uma estrutura complexa e delicada. Sendo assim, torna-se importante analisar algumas das características, que poderão influenciar as suas decisões, nomeadamente: nível de formação, fatores de personalidade e experiência profissional.

4.3.2 Dimensões e variáveis do modelo

O modelo conceptual da investigação visa aferir se determinadas características presentes no gestor de uma unidade de saúde originam um melhor desempenho deste nas suas funções. Estas características estão apresentadas na Figura 7, contemplando como variável dependente um bom gestor de uma unidade de saúde e como variáveis explicativas (independentes) as características dos indivíduos supra mencionadas.

Figura 7 – Modelo Conceptual



Fonte: elaboração própria

As particularidades dos gestores de uma unidade de saúde são representadas por variáveis relacionadas com as características que o moldam, como o nível de formação, a experiência profissional e os fatores de personalidade. Este modelo conceptual apresentado pressupõe que as caraterísticas identificadas influenciam o desempenho de um gestor de uma unidade de saúde.

4.4 Síntese

Os gestores de uma unidade de saúde possuem determinadas características, como o nível de formação, a experiência profissional e os fatores de personalidade, que podem influenciar o seu desempenho numa gestão complexa e delicada como é a de uma unidade de saúde. Da análise dos conceitos teóricos e destas variáveis, elaboraram-se três hipóteses teóricas, que constituem o fundamento das hipóteses para serem testadas empiricamente.

Com base na revisão da literatura efetuada sobre este tipo de gestores, propôs-se um modelo conceptual da investigação, contemplando como variável dependente os gestores de unidades de saúde e como variáveis explicativas (independentes) as características dos indivíduos supra mencionados.

Este modelo conceptual apresentado pressupõe que as características identificadas influenciam um desempenho eficiente do gestor de uma unidade de saúde.

5. Metodologia

5.1 Introdução

A metodologia é uma das componentes fundamentais da investigação na medida em que é através dela que se alcançam os objetivos do estudo. É nesta fase que o investigador determina os métodos que vai utilizar para obter respostas às questões colocadas (Côte, Fortin e Vissandjée, 2000). A metodologia refere-se à descrição e análise do método científico, às suas potencialidades e limites, assim como, aos pressupostos subjacentes à sua aplicação (Lourenço, 2004 e Ribeiro, 2010).

Ao longo deste capítulo abordamos a metodologia inerente a este estudo, apresentando os conceitos e os métodos utilizados, fundamentando as decisões tomadas.

5.2 Metodologia de Investigação

Segundo Barros (2013), em investigação, existem dois métodos que orientam o desenvolvimento do conhecimento científico: o método qualitativo e o método quantitativo. O método qualitativo difere, em princípio, do quantitativo, na medida em que não utiliza metodologias estatísticas para a análise do problema (Pereira e Queiroz, 2012). Relativamente ao método quantitativo, este é caracterizado pela quantificação, tanto na recolha da informação como no tratamento dessas, através de técnicas estatísticas (Dalfovo et al, 2008).

No entanto, segundo Creswell (2007) o processo de validação e a confiabilidade não têm a mesma conotação em ambos os métodos. Segundo este, a confiabilidade e generalização são menores numa investigação qualitativa.

Opta-se muitas vezes por um método misto. São vários autores que referem que as abordagens qualitativa e quantitativa podem ser complementares (Bardin, 2006; Bauer & Gaskell, 2008; Flick, 2009), nomeadamente em alguns estudos isso é desejável e confere validade e confiabilidade à pesquisa.

A metodologia de investigação adotada foi um estudo de caso, que de acordo com Patton (2002) consiste em reunir informações detalhadas e sistémicas sobre um fenómeno. Este é um procedimento metodológico que enfatiza entendimentos contextuais (Llewellyn; Northcott, 2007) e foca-se na compreensão da dinâmica do contexto (Eisenhardt, 1989).

Gil (2007) descreve-o como um estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira a permitir um amplo e detalhado conhecimento deste.

Para Dooley (2002), a vantagem de um estudo de caso, é a sua aplicabilidade a situações humanas, a contextos contemporâneos da vida real. Este refere também que “Investigadores de várias disciplinas usam o método de investigação do estudo de caso para desenvolver teoria, para produzir nova teoria, para contestar ou desafiar teoria, para explicar uma situação, para estabelecer uma base de aplicação de soluções para situações, para explorar, ou para descrever um objeto ou fenómeno” (Dooley, 2002, pp. 343-344).

5.3 População e amostra

Segundo Fernandes (1999), a população é um conjunto de unidades com qualquer característica comum. Esta pode ser finita ou infinita, consoante os elementos que a compõem. Segundo o mesmo, para conhecermos bem as propriedades da população em estudo, temos que analisar todos os seus elementos, contudo, isso nem sempre é possível. Nestas situações o estudo terá que incidir sobre um subconjunto finito de elementos que seja representativo dessa população, designado de amostra (Fernandes, 1999).

Na visão de Gil (2007), a amostra é um subconjunto da população em estudo, por meio do qual, se estabelecem ou se estimam as características da população. Estudar uma amostra impõe-se quando estão reunidas as seguintes condições: i) quando a população é muito grande e é preciso recolher muitos dados para cada indivíduo ou unidade; ii) quando, sobre os aspetos que interessam ao investigador, é importante colher uma imagem globalmente conforme aquela que seria obtida interrogando o conjunto da população, ou seja, quando se coloca um problema de representatividade (Quivy e Campenhoudt, 1998).

Neste trabalho de investigação a população é constituída por cerca de 320 profissionais. Tendo apenas sido enviados 170 questionários uma vez que colocaram reticencias ao ser contactados. Obtiveram-se 65 respostas, o que constitui 20% da população de médicos e gestores do ACES de Almada Seixal e do ACES de Sintra e 38% dos questionários enviados. O valor indicado da população é um valor aproximado, pois não foi possível apurar o valor exato, visto que, as informações disponíveis são quase inexistentes e as disponíveis não são uniformes. É igualmente importante salientar que o

questionário não foi enviado para todos os profissionais, pois não existe uma base de dados com essa informação.

5.4 Questionários

Segundo Oliveira (1999), para a obtenção de dados numa investigação, podem ser utilizados questionários, entrevistas, análises de conteúdo, entre outros. Perante estas hipóteses, foi decidido que neste estudo seria utilizado como método de recolha de dados o questionário.

Para Quivy e Campenhoudt (1998) este consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, um conjunto de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimentos ou de consciência de um acontecimento ou problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto do interesse dos investigadores. Segundo os mesmos autores este apresenta vantagens, limites e problemas que se resumem na tabela abaixo (Tabela 6).

Tabela 6 – Vantagens, limites e problemas da aplicação de um questionário

Vantagens	Limites e Problemas
<ul style="list-style-type: none">• “A possibilidade de quantificar uma multiplicidade de dados e de proceder, por conseguinte, a numerosas análises de correlação”;• “O facto de a exigência, por vezes essencial, de representatividade do conjunto dos entrevistados poder ser satisfeita através deste método”.	<ul style="list-style-type: none">• “O peso e o custo geralmente elevado do dispositivo”;• “A superficialidade das respostas, que não permitem a análise de certos processos”;• “A individualização dos entrevistados, que são considerados independentemente das suas redes de relações sociais”;• “O carácter relativamente frágil da credibilidade do dispositivo”.

Fonte: Adaptado de Quivy e Campenhoudt (1998)

Num questionário podemos encontrar dois tipos de questões: as questões de resposta aberta e as questões de resposta fechada (Gil, 2007). Segundo Gil (2007) as questões de resposta aberta permitem ao inquirido construir a resposta com as suas

próprias palavras, permitindo assim, liberdade de expressão. Nas questões de resposta fechada o indivíduo seleciona a opção, dentro das apresentadas, que será a que mais se adequa à sua opinião.

Parasuraman et al (2006) enumera algumas vantagens das questões com resposta fechada:

- Rapidez e facilidade de resposta;
- Facilita a categorização das respostas para posterior análise;
- Maior uniformidade, rapidez e simplificação na análise das respostas;
- Permite contextualizar melhor a questão.

Segundo Gil (2007), também é usual colocar dos dois tipos de questões no mesmo questionário, sendo este considerado misto. Segundo este, o investigador, ao administrar o questionário, vai selecionar o tipo de questão de acordo com o fim para o qual a informação é usada, as características da população em estudo e o método escolhido para divulgar os resultados, tendo em atenção as vantagens e desvantagens de cada tipo de respostas.

A aplicação de um questionário deve ser precedida pela aplicação de um pré-teste. A aplicação de um pré-teste é de extrema importância na medida em que permite avaliar se os inquiridos entendem claramente todas as questões colocadas e se o questionário serve os objetivos do estudo. Aquando a aplicação do pré-teste, e caso seja necessário, efetuam-se ajustes para que o questionário seja claro e objetivo.

- **Questionário: O perfil de um gestor de uma unidade de saúde**

Para a realização deste estudo foi utilizado um questionário, o qual foi aplicado a médicos e gestores (anexo I).

O questionário elaborado para este estudo é composto por duas partes e tem como objetivo avaliar as três hipóteses em estudo nesta investigação. A primeira parte é composta por questões que visam a caracterização pessoal do inquirido (género, idade, categoria profissional e formação base). A segunda parte é composta por questões que se destinam a avaliar as hipóteses em estudo.

Neste questionário utilizámos os dois tipos de questões, mas na sua maioria optou-se pelas questões de resposta fechada, por todas as vantagens que este tipo de questão nos dá.

5.5 Teste de Independência do Qui-quadrado

O teste de independência do Qui-quadrado é um teste estatístico não paramétrico, que permite verificar se duas variáveis estão ou não associadas significativamente. Este teste é utilizado quando os dados são de natureza qualitativa ou quantitativa, desde que agrupados em classes.

Os dados são apresentados em tabelas de contingência (tabelas de frequências que representam um conjunto de dados que foram classificados simultaneamente segundo duas variáveis) e o objetivo do teste é comparar as frequências observadas em cada uma das células com as frequências esperadas no caso de independência. Se as variáveis forem independentes, a distribuição dos indivíduos segundo as categorias de uma das variáveis é a mesma para todas as categorias da outra variável.

Num teste de Qui-quadrado de independência, as hipóteses estatísticas envolvidas são:

H_0 : As variáveis são independentes

versus

H_1 : As variáveis não são independentes (estão correlacionadas)

O valor da estatística de teste mede o quanto é que os valores observados se desviam do valor esperado, caso as duas variáveis não estejam correlacionadas. Assim, quanto maior o seu valor, mais significativa é a relação entre as variáveis (Afonso e Nunes, 2005).

Este teste não deve ser utilizado quando a dimensão da amostra é inferior a 20, mais do que 20% das frequências esperadas (sob a hipótese da independência) forem inferiores a 5 ou se alguma delas for igual a 0 (Afonso e Nunes, 2005).

O teste exato de Fisher pode ser aplicado em tabelas 2x2, como alternativa ao teste do Qui-Quadrado, quando os pressupostos deste não estejam satisfeitos (Marôco, 2011).

5.6 Objetivos e conceitos da análise fatorial

Segundo Aranha (2008) a análise fatorial é uma técnica estatística cujo objetivo é caracterizar um conjunto de variáveis diretamente mensuráveis (chamadas de variáveis observadas) como a manifestação visível de um conjunto menor de variáveis hipotéticas e latentes (não mensuráveis diretamente), denominadas de fatores comuns, e de um conjunto de fatores únicos, cada um atuando só sobre uma das variáveis observadas. Segundo o mesmo autor, outra característica da análise é a capacidade de determinar o grau de influência de uma determinada variável na explicação de um dos fatores (posteriormente descoberto).

Na visão de Shimada et al (2010), na análise fatorial podem ser seguidos dois caminhos metodológicos:

- Análise Fatorial Exploratória – no qual não se conhece quais as estruturas ou agrupamentos que podem ser feitos;
- Análise Fatorial Confirmatória – no qual já se pressupõem fatores e, perante isso, procura-se testar se realmente esses fatores perfazem as relações.

Contudo, Mingoti (2005) salienta que mesmo quando se tem o propósito de fazer uma análise confirmatória, é importante que seja feita a exploratória, na medida em que é importante ter uma noção prévia se o número de fatores hipotetizados é coerente com os dados amostrais, bem como a interpretação dos mesmos.

Segundo Filho e Júnior (2010) uma análise fatorial é composta por três partes, de acordo com o que se apresenta na Tabela 7:

Tabela 7 - Procedimentos de uma análise fatorial

Procedimento	O que deve ser observado
Verificar a adequabilidade da base de dados	Nível de mensuração das variáveis, tamanho da amostra, razão entre o número de casos e a quantidade de variáveis e o padrão de correlação entre as variáveis.
Determinar a técnica de extração e o número de fatores a serem extraídos	O tipo de extração (<i>principal components, principal factors, image factoring; maximum likelihood factoring; alpha factoring; unweighted least squares; generalized least squares</i>).
Decidir o tipo de rotação dos fatores	Se for ortogonal (<i>Varimax, Quartimax, Equamax</i>), se for oblíqua (<i>direct oblimin, Promax</i>).

Fonte: Filho e Júnior (2010)

Dentro do primeiro procedimento, estes autores sugerem que o investigador terá que ter em atenção às seguintes variáveis: dimensão da amostra, correlação entre as variáveis, medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e Teste de esfericidade de Bartlett (BTS).

A medida da adequabilidade da amostra Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), é um índice usado para avaliar a adequabilidade da análise fatorial. Segundo Marôco (2011) o valor de KMO varia entre 0 e 1, os valores inferiores a 0,5 não adequados para a realização uma análise fatorial e valores entre 0,5 e 1 aceitáveis à sua realização. Este autor divide ainda em:

-]0,9; 1,0]: adequação excelente;
-]0,8; 0,9]: adequação boa;
-]0,7; 0,8]: adequação média;
-]0,6; 0,7]: adequação medíocre;
-]0,5; 0,6]: má adequação, mas ainda aceitável;
- $\leq 0,5$: adequação inaceitável.

No que se refere ao teste de esfericidade de Bartlett (BTS), este testa a hipótese de que a matriz de correlações é uma matriz de identidade, indicando deste modo, que as variáveis não estão relacionadas entre si. É assim necessário que se rejeite a hipótese nula deste teste (Estanqueiro, 2014).

Outro conceito importante nesta análise são as comunalidades. Estes índices são atribuídos às variáveis originais que expressam o quanto da variabilidade de cada uma das variáveis é explicada pelo modelo de análise fatorial. Valores de comunalidade inferiores a 0,5 indicam que essa variável não se ajusta à estrutura definida pelas restantes variáveis, e por isso deve-se considerar-se a sua eliminação da análise (Marôco, 2011).

Para Filho e Júnior (2010) na segunda parte da análise fatorial o investigador terá que ter em conta os seguintes pontos:

- Tipo de extração – Definir a técnica de extração dos fatores;
- Regra de Kaiser – Extrair apenas os fatores com valor próprio acima de 1
- *Scree test* – Analisar através deste gráfico a dispersão do número de fatores, até que a curva da variância de cada fator se torne horizontal ou sofra uma queda
- Variância acumulada – Tem que ser superior a 60%

- Razão teórica – O pesquisador deve justificar como é que as variáveis se relacionam com os fatores extraídos.

No terceiro procedimento para a interpretação dos fatores é muitas vezes aplicado um método de rotação. Para Reis (1997), a rotação tem como finalidade transformar os coeficientes dos fatores numa mesma estrutura mais simplificada. Segundo o mesmo autor, após efetuar a rotação, o investigador terá que decidir qual o significado ou interpretação daquela combinação linear ponderada de variáveis e qual a designação a dar à componente principal.

5.7 Síntese

Neste trabalho de investigação a metodologia adotada foi um estudo de caso com a aplicação de questionários. Dada a impossibilidade de se estudar toda a população por limitação de tempo e impossibilidade de aceder a todos os elementos da população, estudou-se uma amostra. De 320 profissionais apenas foram enviados questionários a 170, devido às dificuldades já apontadas, dos quais responderam apenas 65 sujeitos, perfazendo 20% da população que pretendíamos estudar e 38% da população respondente.

Utilizaremos os métodos e técnicas da estatística descritiva para caracterizar a amostra e descrever os resultados obtidos. A análise inferencial será realizada com recurso ao teste do qui-quadrado e a análise fatorial, considerando-se um nível de significância de 5%. Estas metodologias foram apresentadas ao longo do capítulo.

6. Análise descritiva dos dados

6.1 Introdução

Neste capítulo será feita uma análise dos dados recolhidos. Segue-se assim, uma análise estatística descritiva dos dados recolhidos pelos questionários preenchidos. Esta análise será segmentada por cada pergunta efetuada no questionário mediante as respostas dadas por colaboradores do ACES de Almada Seixal e Aces de Sintra.

Numa fase de pré-testes o questionário foi aplicado a 15 Médicos e Gestores dos ACES estudados. Desta análise decorreram algumas alterações na forma como estavam colocadas algumas questões.

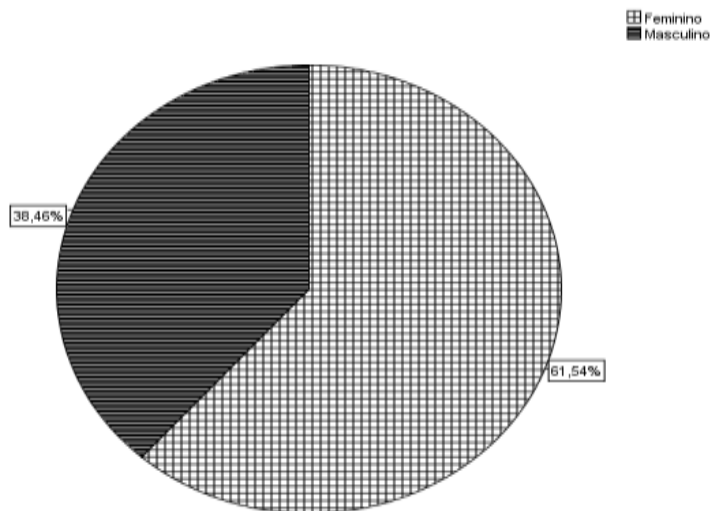
Os questionários foram aplicados no decorrer do mês de Outubro, via *on-line* e os dados foram importados para uma folha de cálculo e sujeitos a uma validação para despistar codificações incorretas ou outras inconsistências.

A validação da base de dados, para despiste de situações incorretas, e tratamento dos dados foi efetuada com recurso ao software estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 20.

6.2 Descrição da amostra

O questionário elaborado foi enviado para 170 profissionais (gestores e médicos) que trabalham no ACES de Almada-Seixal e no ACES de Sintra. Apenas recebemos 65 questionários preenchidos, o que faz um total de respostas de 38% dos questionários enviados. No que reporta ao género, verificamos que 61,5% dos questionários foram respondidos por indivíduos do sexo feminino e 38,5% por indivíduos do sexo masculino (Gráfico 1).

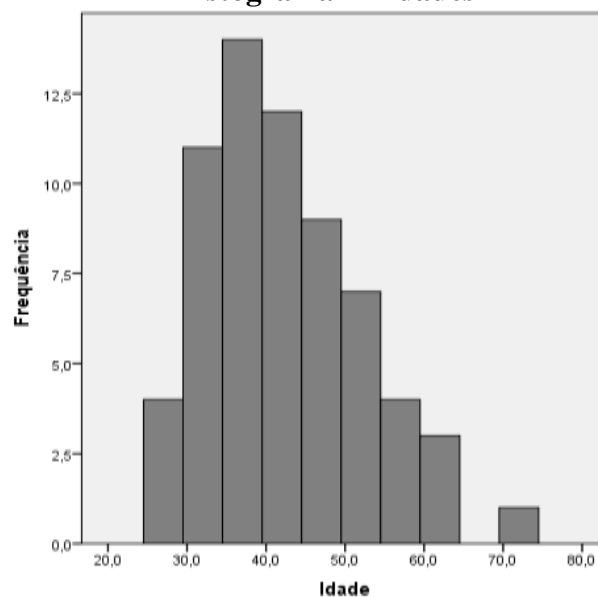
Gráfico 1 - Género



Fonte: elaboração própria

Relativamente à idade dos inquiridos, verifica-se que a média das idades é 42,22 anos com um desvio-padrão de 9,4 anos, a idade mínima situada nos 27 anos e idade máxima é de 71 anos, tal como podemos verificar na Tabela 8. A distribuição das idades é apresentada no Histograma 1.

Histograma 1 - Idades



Fonte: elaboração própria

Tabela 8 – Idades – Estatísticas

Média	42,215
Mediana	41,000
Desvio Padrão	9,4049
Mínimo	27,0
Máximo	71,0

Fonte: elaboração própria

De acordo com a categoria profissional dos inquiridos agrupamos os indivíduos em duas categorias – Médicos e Gestores. Verificou-se que 69,2% dos inquiridos são Médicos e os restantes Gestores (Tabela 9).

Tabela 9 - Categoria Profissional

	Frequência	Percentagem
Médico	45	69,2%
Gestor	20	30,8%
Total	65	100,0%

Fonte: elaboração própria

No que respeita à formação base dos inquiridos, verificamos na Tabela 10 que a maioria dos inquiridos (80,0%) tem formação em Ciências da Saúde, 12,3% adquiriram formação em Ciências Económicas, 1,5% em Gestão de Recursos Humanos, 1,5% em Sistemas de Informação e 4,6% possui apenas o 12º ano.

Tabela 10 - Formação Base

	Frequência	Percentagem
12º ano	3	4,6 %
Ciências da Saúde	52	80,0 %
Ciências Económicas	8	12,3 %
Gestão de Recursos Humanos	1	1,5 %
Sistemas de Informação	1	1,5 %
Total	65	100,0 %

Fonte: elaboração própria

De modo a analisarmos melhor o perfil dos inquiridos, questionámos sobre a sua experiência como gestores: 67,7% responderam que não têm experiência e 32,3% responderam que sim, já tiveram ou têm experiência como gestor (Tabela 11).

Tabela 11 - Experiência como gestor

	Frequência	Percentagem
Não	44	67,7 %
Sim	21	32,3 %
Total	65	100,0 %

Fonte: elaboração própria

Em resposta à questão “qual é o grau de instrução mínimo que um gestor de uma unidade de saúde deve ter”, a maioria é da opinião que o gestor deve ser pelo menos Licenciado (55,4%), seguindo-se aqueles que indicam que o gestor deve ter no mínimo o grau de Mestre (36,9%). Foi também indicado o grau de Doutor por 6,2% dos inquiridos e por último, 1,5% (apenas um indivíduo) é da opinião que para se ser um gestor de uma unidade de saúde apenas é necessário ter o 12º Ano (Tabela 12).

Tabela 12 - Grau de formação base que um gestor deve ter

	Frequência	Percentagem
12º Ano	1	1,5 %
Doutoramento	4	6,2 %
Licenciatura	36	55,4 %
Mestrado	24	36,9 %
Total	65	100,0 %

Fonte: elaboração própria

Para completar a questão anterior, questionámos os inquiridos sobre em que área deve ser essa formação do gestor de uma unidade de saúde. Obtivemos 2 não respostas, dos restantes, como podemos verificar na Tabela 13, a maioria, 55,56%, prefere um gestor de uma unidade de saúde com formação em Ciências da Saúde. A opção da formação em Ciências Económicas foi seleccionada por 41,27% dos inquiridos. Os restantes inquiridos (3,17%) é da opinião que o gestor pode ter ou Ciências Económicas ou Ciências da Saúde.

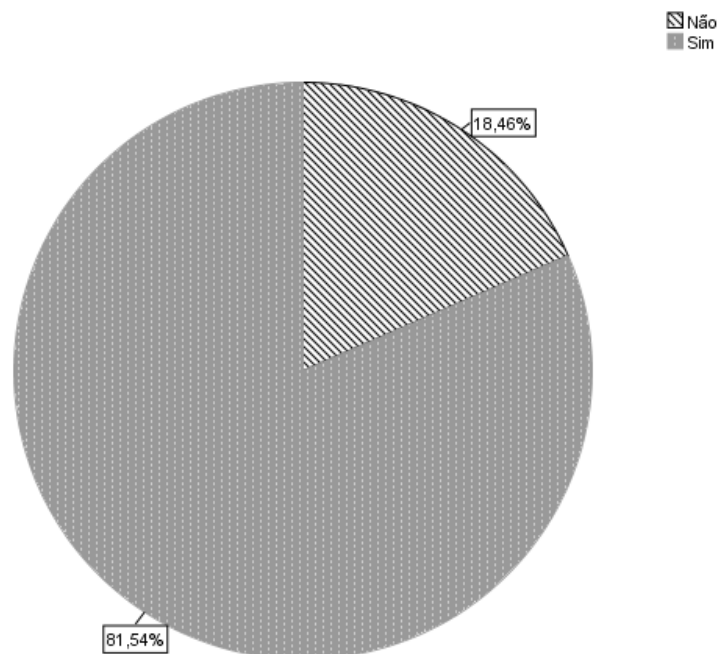
Tabela 13 - Formação base que um gestor deve ter

	Frequência	Percentagem
Ciências da Saúde	35	55,56%
Ciências Económicas	26	41,27 %
Qualquer uma delas	2	3,17%
Total	63	100%

Fonte: elaboração própria

Sobre a pergunta: “Na sua opinião, é indispensável que um gestor de uma unidade de saúde tenha uma formação específica em gestão?”, obteve-se uma clara resposta da maioria, 81,5%, que indicou que um gestor de uma unidade de saúde deve ter uma formação em gestão e apenas 18,5% dos inquiridos pensa o contrário (Gráfico 2). Anexa a esta pergunta foi questionado se esta formação em gestão tem de ser na área da saúde. Considerando apenas o grupo de indivíduos que indicou que um gestor de uma unidade de saúde deve ter uma formação em gestão, 86,5% considera que essa formação deve ser na área de saúde e apenas 13,2% acha que não é necessário ser na área da saúde (Tabela 14).

Gráfico 2 – Gestor com Formação em Gestão



Fonte: elaboração própria

Tabela 14 - Formação em gestão na área da saúde

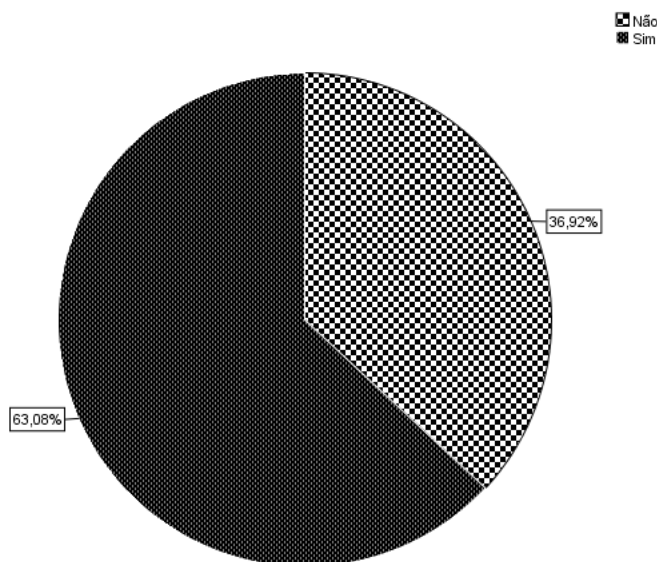
	Frequência	Percentagem
Não	7	13,2 %
Sim	46	86,8 %
Total	53	100,0 %

Fonte: elaboração própria

Ao questionar se é indispensável que um gestor de uma unidade de saúde tenha alguma experiência em gestão, independentemente de esta ser ou não na área da saúde. Verificamos que 63,08% dos inquiridos acha que sim e 36,92% considera que não (Gráfico 3).

Seguidamente pediu-se aos que responderam sim (40 inquiridos), para indicar se essa experiência era indispensável que fosse na área da saúde. Constatou-se que 62,5% dos inquiridos acha que o gestor deve ter experiência em gestão na área da saúde e 37,5% acha que essa premissa não é necessária (Tabela 15).

Gráfico 3 - Gestor com Experiência em Gestão



Fonte: elaboração própria

Tabela 15 - Experiência em gestão na área da saúde

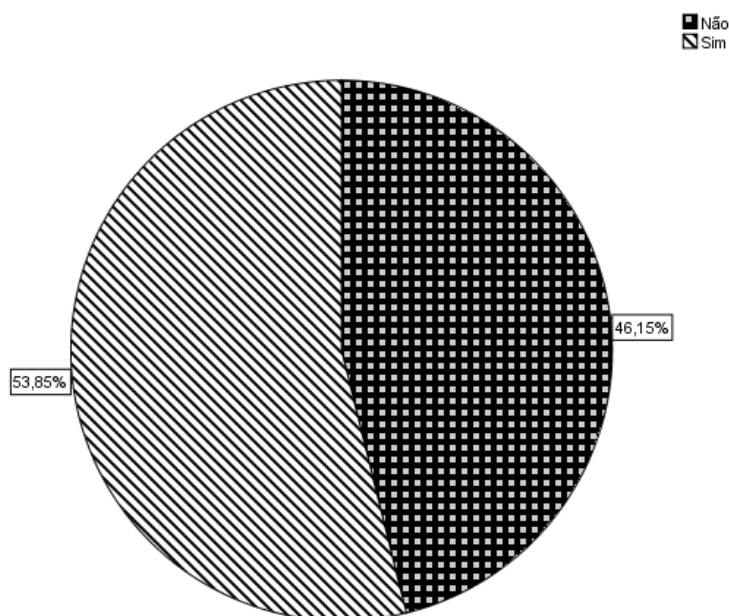
	Frequência	Percentagem
Não	15	37,5%
Sim	25	62,5%
Total	40	100,0%

Fonte: elaboração própria

À pergunta se para se ser um gestor de uma unidade de saúde este já tem de ser colaborador numa unidade de saúde, as respostas foram um pouco divididas (Gráfico 4), mas a maioria, 53,85% é da opinião que sim, já deve estar a trabalhar numa unidade de saúde, e 46,15% dos inquiridos acha que essa premissa não é necessária (Tabela 16).

Aos que responderam que sim (35 inquiridos), perguntou-se seguidamente qual o tempo mínimo necessário. Dos 35 inquiridos, cinco não responderam a esta questão. A análise das restantes respostas conduziu às seguintes conclusões: o tempo médio indicado foi de 3,7 anos, com dois inquiridos a indicar o tempo mínimo de 1 ano e o tempo máximo foi indicado foi de 10 anos (Tabela 17 e 18), e o desvio padrão apresentou-se nos 1,84 anos (Tabela 17).

Gráfico 4 - O gestor já tem de ser colaborador de uma unidade de saúde



Fonte: elaboração própria

Tabela 16 - O gestor já tem ser colaborador de uma unidade de saúde

	Frequência	Percentagem
Não	30	46,15 %
Sim	35	53,85 %
Total	65	100,0 %

Fonte: elaboração própria

Tabela 17 - Tempo Mínimo - Estatísticas

Média	3,700
Mediana	3,000
Desvio Padrão	1,8411
Mínimo	1,0
Máximo	10,0

Fonte: elaboração própria

Tabela 18 - Tempo Mínimo

	Frequência	Percentagem
1,0	2	6,7 %
2,0	6	20,0 %
3,0	9	30,0 %
4,0	1	3,3 %
5,0	10	33,3 %
6,0	1	3,3 %
10,0	1	3,3 %
Total	30	100 %

Fonte: elaboração própria

À pergunta colocada “Indique as características que encontra no gestor da unidade de saúde onde trabalha” podemos verificar na Tabela 19 que, 81,5% dos inquiridos afirma não encontrar a característica Neuroticismo, no gestor da unidade de saúde onde trabalha. No que reporta á Honestidade 52,3% dos inquiridos não encontra esta característica no seu gestor, enquanto a Autoconfiança (58,5%), Abertura (56,9%), Socialização (52,3) e Realização (58,5%) são características identificadas pelos pela maioria.

Tabela 19 - Características que encontra no gestor da unidade de saúde onde trabalha

	Assinalado	Não Assinalado	Total
Honestidade	31	34	65
	47,7%	52,3%	100,0%
Autoconfiança	38	27	65
	58,5%	41,5%	100,0%
Abertura	37	28	65
	56,9%	43,1%	100,0%
Socialização	34	31	65
	52,3%	47,7%	100,0%
Realização	38	27	65
	58,5%	41,5%	100,0%
Neuroticismo	12	53	65
	18,5%	81,5%	100,0%

Fonte: elaboração própria

Para enriquecer a nossa análise, foram cruzadas as respostas dadas com a categoria profissional dos inquiridos (Gestores e Médicos), tentando deste modo perceber as diferenças de opinião destes dois grupos.

No que reporta á questão colocada relativamente á área de formação base que um gestor deve ter, verifica-se que os Médicos são maioritariamente da opinião que este deve ter formação em Ciências da Saúde (62,85%) e a maioria dos Gestores considera que este deve ter formação base na área das Ciências Económicas (55,6%) – Tabela 20. No entanto o teste do Qui-quadrado, revela-nos que estas diferenças não são estatisticamente significativas (valor- $p > 0,05$) – Tabela 21.

Tabela 20 - Área de Formação por Categoria Profissional

	Categoria Profissional		Total
	Médico	Gestor	
Ciências da Saúde	27	8	35
	62,8%	44,4%	57,4%
Ciências Económicas	16	10	26
	37,2%	55,6%	42,6%
Total	43	18	61
	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: elaboração própria

Tabela 21 - Testes - Área de Formação por Categoria Profissional

	Valor-p
Teste de Qui-quadrado	0,186
Teste de Fisher	0,258

Fonte: elaboração própria

Seguidamente verificou-se qual a opinião do Gestor e do Médico no que reporta à questão colocada ao inquirido se na sua opinião um gestor de uma unidade de saúde deve ou não ter formação específica em gestão. Constatou-se que tanto os Médicos (80,0%) como os Gestores (85,0%) inquiridos, são da opinião de que um gestor de uma unidade de saúde deve ter uma formação específica de gestão (Tabela 22). O teste do qui-quadrado (valor-p=0,632>0,05) comprova que nesta questão a opinião de médicos e gestores não difere (Tabela 23).

Tabela 22 - Gestor com formação específica em gestão por Categoria profissional

	Categoria profissional		Total
	Médico	Gestor	
Não	9	3	12
	20,0%	15,0%	18,5%
Sim	36	17	53
	80,0%	85,0%	81,5%
Total	45	20	65
	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: elaboração própria

Tabela 23 - Testes – Gestor com formação específica em gestão por Categoria profissional

	Valor-p
Teste do Qui-quadrado	0,632
Teste de Fisher	0,741

Fonte: elaboração própria

Ainda dentro da pergunta anterior, questionou-se se essa formação deveria ser dentro da área da saúde e observamos na Tabela 24 que ambas consideram que sim (Médicos 88,9% e Gestores 82,4%). Com a aplicação do teste de Fisher não rejeitamos a hipótese de independência (valor $p=0,667 > 0,05$), concluindo assim que a opinião destes dois tipos de profissionais não difere entre si (Tabela 25).

Tabela 24 - Formação em gestão na área da saúde por Categoria profissional

	Categoria profissional		Total
	Médico	Gestor	
Não	4	3	7
	11,1%	17,6%	13,2%
Sim	32	14	46
	88,9%	82,4%	86,8%
Total	36	17	53
	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: elaboração própria

Tabela 25 - Testes - Formação em gestão na área da saúde por Categoria profissional

	Valor-p
Teste de Fisher	0,667

Fonte: elaboração própria

Outra análise elaborada diz respeito à questão colocada se o inquirido acha que o gestor de uma unidade de saúde deve ter experiência na área de gestão. Também aqui encontramos concordância entre as categorias profissionais, no qual, 62,2% dos médicos e 65% dos gestores responderam que sim (Tabela 26). Concordância está comprovada pelo teste de Fisher (valor- $p=1 > 0,05$) -Tabela 27.

Tabela 26 - Experiência na área de gestão por Categoria profissional

	Categoria profissional		Total
	Médico	Gestor	
Não	17	7	24
	37,8%	35,0%	36,9%
Sim	28	13	41
	62,2%	65,0%	63,1%
Total	45	20	65
	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: elaboração própria

Tabela 27 - Testes - Experiência na área de gestão por Categoria profissional

	Valor-p
Teste de Fisher	1,000

Fonte: elaboração própria

Na sequência da última pergunta, questionámos se essa experiência em gestão deveria ser na área da saúde. Nesta questão obtivemos uma resposta semelhante entre a categoria de Médicos e Gestores, em que 60,7% dos Médicos disseram que sim, tal como 66,7% dos Gestores inquiridos (Tabela 28). Nos testes efetuados verificamos que, no teste do Qui-quadrado o valor-p=0,722>0,05, logo, não rejeitamos a hipótese de independência entre as variáveis, sendo assim podemos afirmar que a opinião de Gestores e Médicos é a mesma (Tabela 29).

Tabela 28 - Experiência em Gestão na área da saúde por Categorias profissionais

	Categoria profissional		Total
	Médico	Gestor	
Não	11	4	15
	39,3%	33,3%	37,5%
Sim	17	8	25
	60,7%	66,7%	62,5%
Total	28	12	40
	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: elaboração própria

Tabela 29 - Testes - Experiência em Gestão na área da saúde por Categorias profissionais

	Valor-p
Teste Qui-quadrado	0,722
Teste de Fisher	1,000

Fonte: elaboração própria

Na pergunta colocada “Na sua opinião, para se ser um gestor de uma unidade de saúde, já tem de ser colaborador de uma unidade de saúde?” a resposta foi unânime entre Gestores e Médicos afirmando que sim (53,3% de Médicos e 55,0% de Gestores) – Tabela 30. Também aqui os pressupostos do teste do Qui-quadrado não estão verificados, logo teremos que ter apenas em consideração o teste de Fisher que nos apresenta um valor- $p=1,00 > 0,05$, logo, não rejeitamos a hipótese de que Médicos e Gestores partilham da mesma opinião (Tabela 31).

Tabela 30 - Colaborador de uma unidade de saúde por Categoria Profissional

	Categoria profissional		Total
	Médico	Gestor	
Não	21	9	30
	46,7%	45,0%	46,2%
Sim	24	11	35
	53,3%	55,0%	53,8%
Total	45	20	65
	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: elaboração própria

Tabela 31 - Testes – Colaborador de uma unidade de saúde por Categoria Profissional

	Valor-p
Teste Qui-quadrado	0,901
Teste de Fisher	1,000

Fonte: elaboração própria

6.3 Síntese

No decorrer desta análise podemos concluir o seguinte:

- A maioria dos inquiridos é do sexo feminino, com uma média de idade de 42,215 anos e a sua categoria profissional é Médico.
- A opinião dos indivíduos foi bastante dividida quando se questiona sobre a formação base (Ciências da Saúde ou Ciências Económicas). No entanto foi nítido que na opinião destes, para se gerir uma unidade de saúde é necessário ter uma formação em gestão na área saúde e já deve ser um colaborador que trabalha numa unidade de saúde á pelo menos 3,7 anos (em média).
- Quando comparados a opinião de Médicos e Gestores constatou-se que a opinião destes não difere significativamente. No entanto, embora esta diferença não seja estatisticamente significativa, a amostra aponta no sentido de que os médicos inquiridos, na sua maioria, acham que uma unidade de saúde deve ser gerida por um profissional com formação em Ciências da Saúde e os Gestores são maioritariamente da opinião que este deve ter formação em Ciências Económicas.
- Os inquiridos na sua maioria encontram as características Honestidade, Autoconfiança, Abertura, Socialização e Realização nos seus gestores, mas não a característica Neurocitismo.

7. Análise fatorial dos dados

7.1 Introdução

Esta investigação baseia-se num estudo de opinião fundamentado numa análise de papéis, sendo estes desempenhados por gestores e médicos.

Seguidamente irá ser elaborada uma análise fatorial, de modo a verificarmos se encontramos ou não características na personalidade de um gestor de uma unidade de saúde.

A questão 12 deste questionário (Anexo I) foi elaborada com o intuito de identificar as características referidas anteriormente. Desse modo, elaborou-se uma análise fatorial exploratória a estes dados.

7.2 Análise fatorial do perfil de um gestor de uma unidade de saúde

Numa primeira fase consideraram-se todas as variáveis em estudo, tendo-se obtido os seguintes resultados:

Tabela 32 - KMO e Teste de esfericidade de Bartlett

Medida de adequabilidade de Kaiser-Meyer-Olkin		0,655
Teste de esfericidade de Bartlett	Estatística de Teste	280,318
	GI	91
	Valor-p	0,000

Fonte: elaboração própria

Apesar da medida de adequabilidade de KMO ser de 0,665 (Tabela 32), considerando-se o nível de adequação medíocre, apresentando algumas reservas mas mesmo assim é possível realizar este tipo de análise. No que se refere ao Teste de esfericidade de Bartlett este apresenta valor- $p < 0,05$, ou seja, a matriz de correlações não é uma matriz de identidade, assim sendo, há relações entre as variáveis que se espera incluir na análise.

Tabela 33 - Comunalidades

	Comunalidades
Integridade	0,642
Autoconfiança	0,685
Abertura	0,499
Socialização	0,668
Realização	0,574
Neuroticismo	0,745
Formação na área da Saúde	0,735
Participar em congressos/conferências/seminários/workshops na área da gestão	0,805
Participar em congressos/conferências/seminários/workshops na área da saúde	0,751
Ter formação em áreas de motivação e liderança	0,551
Trabalhar na área da saúde antes de gerir uma unidade de saúde	0,538
Ter experiência de gestão antes de gerir uma unidade de saúde	0,569
Ajustamento	0,442
Formação na área de Gestão	0,456

Fonte: elaboração própria

A análise da Tabela 33, sugere que se exclua da análise as variáveis Ajustamento e Formação na área da Gestão. É importante salientar que manteve-se a característica Abertura, apesar do seu valor de comunalidade ser inferior a 0,5, na medida em que este estava muito próximo deste limite (0,499).

Após a exclusão das variáveis Ajustamento e Formação na área de Gestão, efetuou-se uma nova análise fatorial, utilizando o método de rotação *varimax*.

Tabela 34 - KMO e Teste de esfericidade de Bartlett

Medida de adequabilidade de Kaiser-Meyer-Olkin		,649
Teste de esfericidade de Bartlett	Estatística de Teste	236,883
	G1	66
	Valor-p	,000

Fonte: elaboração própria

Na segunda análise fatorial, podemos verificar na Tabela 34, que o nível de adequabilidade manteve-se. O teste de esfericidade de Bartlett apresenta um valor-

$p=0,00 < 0,05$, concluindo-se assim que existe uma estrutura de correlação entre as variáveis.

Tabela 35 - Comunalidades

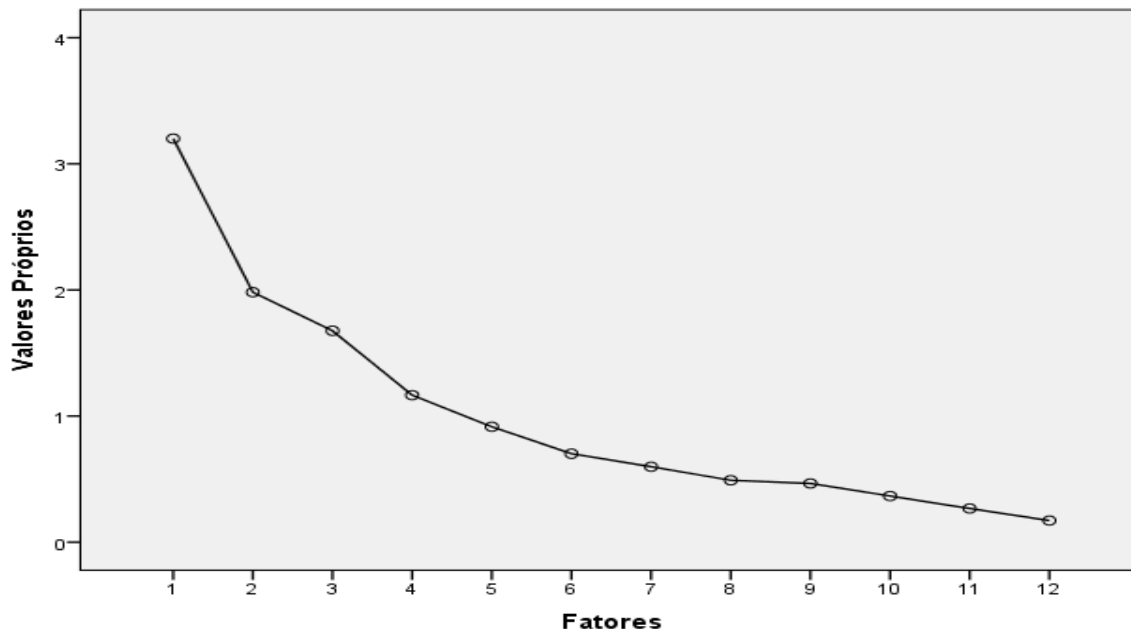
	Comunalidades
Integridade	0,658
Autoconfiança	0,647
Abertura	0,527
Socialização	0,725
Realização	0,637
Neuroticismo	0,736
Formação na área da Saúde	0,765
Participar em congressos/conferências/seminários/workshops na área da gestão	0,796
Participar em congressos/conferências/seminários/workshops na área da saúde	0,730
Ter formação em áreas de motivação e liderança	0,569
Trabalhar na área da saúde antes de gerir uma unidade de saúde	0,615
Ter experiência de gestão antes de gerir uma unidade de saúde	0,618

Fonte: elaboração própria

A Tabela 35 apresenta as comunalidades onde todos os valores são superiores a 0,5, encontrando-se todas as variáveis ajustadas à estrutura definida pelas outras variáveis.

Os fatores comuns retidos foram aqueles que apresentaram um valor próprio associado superior a 1, em consonância com o *Scree plot* e com a percentagem de variância total explicada superior ao mínimo aceitável. Embora a análise do *Scree plot* (Gráfico 5) sugira, eventualmente, a existência de um 5º fator.

Gráfico 5 - Scree Plot



Fonte: elaboração própria

O quadro seguinte indica-nos que foram identificados 4 fatores que no geral explicam 66,865% do total da variância (Tabela 36).

Tabela 36 - Total da Variância Explicada

Fator	Valor próprio	Variância %	Variância Cumulativa %
1	2,741	22,838%	22,838%
2	1,959	16,328%	39,165%
3	1,689	14,075%	53,241%
4	1,635	13,624%	66,865%

Fonte: elaboração própria

Tal como podemos verificar na Tabela 37 da Matriz Rodada, os fatores encontrados são:

- Fator 1 – Fatores da personalidade favoráveis a um gestor – Este fator explica 22,838% da variância total e é composto pelas seguintes variáveis:

- Integridade;
- Autoconfiança;
- Abertura;
- Socialização;
- Realização.
- Fator 2 – Formação e Experiência ligados à Gestão - Este fator explica 16,328% da variância total e é composto pelas seguintes variáveis:
 - Participar em congressos/conferências/seminários/workshops na área da gestão;
 - Ter formação em áreas de motivação e liderança;
 - Ter experiência de gestão antes de gerir uma unidade de saúde.
- Fator 3 - Formação e Experiência ligados à Saúde - Este fator explica 14,075% da variância total e é composto pelas seguintes variáveis:
 - Formação na área da Saúde;
 - Participar em congressos/conferências/seminários/workshops na área da saúde;
 - Trabalhar na área da saúde antes de gerir uma unidade de saúde.
- Fator 4 – Fatores da personalidade não favoráveis a um gestor - Este fator explica 13,624% da variância total e é composto pela seguinte variável:
 - Neuroticismo.

Tabela 37- Matriz Rodada

	Componente			
	1	2	3	4
Integridade	0,677			
Autoconfiança	0,760			
Abertura	0,436			
Socialização	0,848			
Realização	0,699			
Neuroticismo				0,849
Formação na área da Saúde			0,680	
Participar em congressos/conferências/seminários/workshops na área da gestão		0,550		
Participar em congressos/conferências/seminários/workshops na área da saúde			0,564	
Ter formação em áreas de motivação e liderança		0,709		
Trabalhar na área da saúde antes de gerir uma unidade de saúde			0,754	
Ter experiência de gestão antes de gerir uma unidade de saúde		0,782		

Fonte: elaboração própria

7.3 Síntese

Através da análise fatorial realizada foi possível identificar 4 fatores:

- Fator 1 – Fatores da personalidade favoráveis a um gestor – Integridade, Autoconfiança, Abertura, Socialização e Realização.
- Fator 2 – Formação e Experiência ligados à Gestão - Participar em congressos/conferências/seminários/workshops na área da gestão; Ter formação em áreas de motivação e liderança; Ter experiência de gestão antes de gerir uma unidade de saúde.
- Fator 3 - Formação e Experiência ligados à Saúde - Formação na área da Saúde; Participar em congressos/conferências/seminários/workshops na área da saúde; Trabalhar na área da saúde antes de gerir uma unidade de saúde.
- Fator 4 – Fatores da personalidade não favoráveis a um gestor – Neuroticismo.

As características apresentadas no Fator 1 estão de acordo com a revisão da literatura, ou seja, influenciam a personalidade do gestor, com exceção da Socialização,

que se encontrava pouco precisa. O Fator 4 que nos mostra que a característica Neuroticismo é um fator negativo na personalidade do gestor e este também vai de encontro com o estudado.

8. Conclusões, limitações e sugestões para futuras investigações

No decorrer deste capítulo iremos indicar as principais conclusões retiradas ao longo desta investigação, associando estas á revisão da literatura mencionada. Seguidamente serão referenciadas a limitações encontradas ao longo desta investigação e por último serão descritas algumas sugestões para futuras investigações.

8.1 Principais conclusões

Com as mudanças que têm existido, nos últimos anos, nos serviços primários de saúde em Portugal, surgiu o interesse em estudar o perfil dos gestores destas unidades de saúde.

Como se pode confirmar na revisão bibliográfica, o conceito de gestão tem evoluído muito ao longo dos anos. Várias são as teorias que suportam os estilos e formas de gestão, nomeadamente para setores económicos mais direcionadas para a indústria. No que respeita ao setor da saúde este é influenciado sobretudo pela escola clássica, taylorismo, teoria das relações humanas, burocrática e pela teoria da qualidade.

Neste setor nota-se alguma escassez de estudos, apesar de se ter referenciado alguns autores. A área da saúde é uma área complexa, que obriga o gestor a ter um vasto leque de conhecimentos fora da gestão e além disso, em ter uma sensibilidade apurada no que respeita ao tema dos cuidados de saúde a pacientes/utentes.

O serviço público de saúde em Portugal tem sofrido bastantes reformas desde que foi criado. Os modelos de gestão e a nomeação dos quadros de gestão têm sido constantemente alterados, sendo que por vezes, não estão coordenados com as necessidades do serviço de saúde.

Face à complexidade e às funções ímpares que se exige de um gestor em saúde, definiu-se como objetivo principal desta investigação, identificar o perfil destes gestores. É importante referir que esta investigação baseia-se num estudo de opinião fundamentado numa análise de papéis.

Para o estudo foram enviados 170 questionários a Médicos e Gestores de dois ACES e obteve resposta de 65 inquiridos, o que perfaz uma taxa de resposta de 38%. É demonstrada a dificuldade em obter respostas dos inquiridos.

A revisão teórica da literatura conduziu-nos a várias características apontadas neste perfil. Elaborou-se um modelo conceptual que fatores como a personalidade, experiência e a formação, podem influenciar o perfil de um gestor de uma unidade de saúde.

Através da análise dos conceitos teóricos e com base na revisão da literatura, elaboraram-se um conjunto de questões teóricas que constituem o fundamento das hipóteses a formuladas.

Com a investigação empírica realizada procurou-se responder às seguintes questões colocadas:

i. Qual o nível de formação ideal para um gestor de uma unidade de saúde?

Tal como nos indicou a revisão da literatura, os inquiridos consideram que a formação é importante para um gestor de uma unidade de saúde. Estes são da opinião que um profissional deve ser no mínimo licenciado, embora não sejam claros no que reporta à área. Como se verificou na literatura, os inquiridos acham que a formação é uma característica importante para estes indivíduos. É unânime que um gestor de uma unidade de saúde tem que ter algum tipo de formação (congressos/conferências/seminários/workshops) tanto na área de saúde como na área de gestão, ou seja, é necessário ser em ambas. Perante os resultados obtidos, esta característica foi associada à experiência e por sua vez a cada uma das áreas estudadas, ou seja, um gestor de uma unidade de saúde necessita de ter formação e experiência na área da Saúde, bem como, formação e experiência na área da Gestão.

ii. Qual o tipo de personalidade que um gestor deve ter?

Através da análise realizada verificou-se as características Integridade, Autoconfiança, Abertura, Socialização e Realização são fatores de personalidade que influenciam positivamente um gestor de uma unidade de saúde. A revisão da literatura mostrou-nos que todas estas características eram positivas com exceção da Realização que não estava clara. Mesmo esta característica é nomeada pelos nossos inquiridos como positiva. No que se refere ao Neuroticismo, este foi apontado na literatura, como uma característica negativa na personalidade, também confirmado pela análise efetuada.

iii. A experiência no setor da saúde é importante para um gestor desta área?

Tal como já se referiu na primeira questão, a experiência foi relacionada com a formação, tanto na área da saúde, como na área da gestão. Na revisão da literatura, confirmou-se que ambos são importantes estarem presentes num gestor de uma unidade de

saúde, mas não foram estudadas relacionadas uma com a outra. Outro dado tirado desta análise no que reporta á experiência, foi o facto dos inquiridos indicarem que para se ser gestor de uma unidade de saúde, é necessário trabalhar aqui no mínimo em média há 3,7 anos.

Desta forma os objetivos considerados foram cumpridos e adquiriu-se novos conhecimentos.

8.2 Limitações da investigação

Durante a realização desta investigação deparámo-nos com muitas limitações.

O perfil de um gestor poderia ser complementado pelo perfil de competências de um líder, no qual este estudo não se debruçou devido à análise e à falta de instrumentos aplicados, focando-se na experiência, formação e fatores de personalidade. É visível que cada inquirido defende a sua área de formação base e pauta-se segundo a sua experiência e personalidade, tendendo a caracterizar o seu próprio perfil, ao invés de caracterizar o perfil de um gestor que imaginariam mais apropriado.

Ao elaborar a revisão da literatura, tanto quanto podemos apurar, existem poucos estudos que investigam um gestor de uma unidade de saúde, nomeadamente as suas características, personalidade entre outros, realizados no nosso país, sobre os nossos gestores. Espero que, de algum modo, esta investigação venha enriquecer futuramente os estudos sobre este tema.

Outra limitação sentida foi a dificuldade em distribuir os questionários, bem como o seu preenchimento. Para além de ser difícil chegar até aos médicos, este também é um assunto difícil de abordar neste meio.

8.3 Sugestões para futuras investigações

É de todo o interesse em novas investigações, e seria de extrema relevância, a investigação mapear todo o território nacional, tornando assim a amostra maior, abrangendo as opiniões de Médicos e Gestores de todos os ACES do nosso país.

Outra dificuldade sentida concentrou-se na resposta e preenchimento dos questionários por parte destes profissionais. Visto que o acesso a médicos e gestores é

difícil, a aplicação e recolha de questionários terá que ser programada com tempo suficiente de modo a que a amostra seja a maior possível.

Espero que esta investigação possa contribuir e ajudar em futuras investigações, de modo a que se obtenham mais conclusões relacionadas com esta temática.

Referências

- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo – ARS LVT (2014a). *ARSLVT Web site*. Acedido Outubro 10, 2014, em <http://www.arslvt.min-saude.pt/frontoffice/pages/11>
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo – ARS LVT (2014b). *Missão, Visão e Valores Web site*. Acedido Outubro 10, 2014, em <http://www.arslvt.min-saude.pt/pages/19>
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo – ARS LVT (2014c). *Boletim Estatístico, Janeiro a Dezembro, 2013 – Cuidados de saúde Primários Web site*. Acedido Outubro 10, 2014, em http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/document/file/653/Boletim_CSP_Anual_-_2013.pdf
- Administração Regional de saúde de Lisboa e Vale do Tejo – ARS LVT (2014d). *ACES Sintra, Planeamento do Aces de Sintra, 2013 Web site*. Acedido Outubro 10, 2014, em http://www1.arslvt.min-saude.pt/nucleoestudosplaneamento/Documents/ACES%20Sintra_vNET.pdf
- Administração Regional de saúde de Lisboa e Vale do Tejo – ARS LVT (2014e). *ACES Almada - Seixal, Planeamento do Aces de Almada - Seixal, 2013 Web site*. Acedido Outubro 10, 2014, em http://www1.arslvt.min-saude.pt/nucleoestudosplaneamento/Documents/ACES%20Almada%20Seixal%20-%20Amora%20e%20Corroios_vNET.pdf
- Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo – ARS LVT (2014f). *Área Geográfica (ACES), 2012 Web site*. Acedido Outubro 10, 2014, em <http://www1.arslvt.min-saude.pt/nucleoestudosplaneamento/Documents/15ACES%20simples.pdf>
- Afonso, A., Nunes, C. (2011). *Estatística e Probabilidades: aplicações e soluções em SPSS*. Lisboa: Escolar editora.
- Albrecht, K. (2000). *Revolução nos serviços*. São Paulo: Pioneira;
- Aranha, F., Zambaldi, F. (2008). *Análise Fatorial em administração*. São Paulo: Cengage Learning.
- Araújo, A. (2012). *Análise das competências dos gestores hospitalares de Campina Grande – PB*. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Estadual de Paraíba Campus I – Campina Grande. Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Brasil.
- Atun, R. A., (2004), *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?* Health Evidence Network Report, Copenhagen: World Health Organization.

- Austin, C.J. (1974). What is health administration? *Hospital Administration*, Vol. 19 Nº 3: 14-29.
- Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo* (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trans.). Lisboa: Edições 70.
- Bardin, R. (2014). *Elton Mayo e a Teoria das Relações Humanas*. Acedido Outubro 22, 2014, em <http://www.coladaweb.com/administracao/elton-mayo>
- Barros, C. (2013). *Inclusão é sair das escolas dos diferentes e promover a escola das diferenças*. Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para a obtenção do grau de licenciatura em Serviço Social
- Baptista, S. (2006) *História da gestão – Visão histórica da teoria das organizações*. Instituto Politécnico de Coimbra.
- Bauer, M., Gaskell, G. (2008). *Qualitative researching with text, image, and sound*. London: Sage.
- Boquinhas, J. M. (2014). A reforma hospitalar – Soluções simples para questões. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*. Outubro, Nº 14.
- Ceccon, J. (2012). *Os conhecimentos, habilidades e atitudes, necessidades aos novos gestores em suas tomadas de decisões* Web site. Acedido Novembro 15, 2014, em http://www.craes.org.br/arquivo/artigoTecnico/Artigos_Os_CHA_necessarios_aos_novos_gestores_em_suas_tomadas_de_decises.pdf
- Chanes, M. (2006). The challenges in the formation of leader managers in health. *O mundo da saúde*. São Paulo: 326-331.
- Chiavenato, I. (2003). *Introdução à teoria geral da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações*. (Sétima Edição). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Creswell, J. W. (2007). *Projeto de Pesquisa: Métodos Qualitativo, Quantitativo e Misto*. (Segunda Edição). Porto Alegre: Artmed.
- Dalfovo, M., Lana, R & Silveira, A. (2008). *Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico*. Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, Blumenau, Vol.2, N.º 4, pp.01-13.
- Dooley, L. M. (2002). Case Study Research and Theory Building. *Advances in Developing Human Resources*, Vol. 4: 335-354.
- Durante, D. (2006). *Influência do Gestor no processo de aprendizagem dos Geridos*. Trabalho Final de Especialização. Universidade de Passo Fundo – Rio Grande do Sul, Brasil.

- Drucker, P. (1995). Administrando em tempos de grandes mudanças. *Thompson Learning*. São Paulo: Pioneira.
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building Theories from Case Study Research. *The Academy of Management Review*, Vol. 14, Nº 4: 532-550.
- Entidade Reguladora da Saúde. (2012). *Estudo de Avaliação dos Centros Hospitalares*. Porto.
- Estanqueiro, J. P., (2014). *Representações sociais de estudantes universitários acerca de pessoas com deficiência mental e sua integração socioprofissional*. Dissertação de Mestrado em Psicologia das Organizações e do Trabalho. Universidade de Coimbra.
- Fernandes, E. (1999). *Estatística*. Universidade do Minho, Braga.
- Filho, D., Júnior, J. (2010). Visão para além do alcance: uma introdução à análise fatorial. *Opinião Pública*, Vol.16 Nº1.
- Flick, U. (2009). *Introdução à pesquisa qualitativa*. (3a ed., Costa, J., Trad.). São Paulo: Artmed. (Obra original publicada em 1995)
- Fortin, M. F., Côte, J. & Vissandjée, B. (2000). *O processo de investigação: da concepção à realização*. 2ª edição. Camarate: Lusociência.
- Friedman, H., Schustack, M. (2004). *Teorias da personalidade: da teoria clássica à pesquisa moderna*. (B. Honorato, Trad.) São Paulo: Prentice Hall (Obra original publicada em 1999).
- Fundação para a Saúde, Sistema Nacional de Saúde (2014). Acedido Outubro 5, 2014, em <http://www.fsns.pt/node/13>
- Gartner, W. B. (1989). Who is an entrepreneur? is the wrong question. *Entrepreneurship Theory and Practice*, vol. 13, nº 4: 47-68.
- Gartner, W. B., Carter, N. M. (2003). Entrepreneurial Behavior and Firm Organizing Processes, In: Acs, Zoltan J.; Audretsch, David B. (Eds). *Handbook of Entrepreneurship Research*, Kluwer Academic Publishers: 195-221.
- Gem (2004). *Projecto Global Entrepreneurship Monitor Web site*. Acedido Janeiro 16, 2013, em <http://www.gemconsortium.org/>.
- Gianesi, I., Correa, H. (1994). *Administração estratégica de serviços*. São Paulo: Atlas.
- Gil, A. C. (2007). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. (Quinta Edição). São Paulo: Atlas.

- Goleman, D. (1995). *Inteligência emocional, a teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Grohmann, M. (1999). *Teorias Modernas sobre aprendizagem de adultos*. Rio de Janeiro: Contra Pontos.
- Guo, K. (2003). Applying entrepreneurship to health care organizations, *New England Journal of Entrepreneurship*, Vol. 6, Nº 1: 45-53.
- Guo, K. (2006). Entrepreneurship management in health services: An integrative model, *Journal of Health and Human Services Administration*, Vol. 28, Nº 4: 504-530.
- Guo, K. (2007). The entrepreneurial health care manager: Managing innovation and change, *The Business Review - Cambridge*. Vol. 7, Nº 2: 175-178.
- Guo, K. (2009). Core Competencies of the Entrepreneurial Leader in Health Care Organizations. *The Health Care Manager*. Vol. 28, Nº 1: 19-29.
- InfoQ (2012). *Hierarquia de Maslow para desenvolvimento: do controle ao orgulho em 5 etapas* Web site. Acedido Maio 8, 2014, em <http://www.infoq.com/br/news/2012/04/hierarquia-maslow-no-software>.
- Instituto Superior Técnico da Universidade Técnica de Lisboa (2014). *Material de Apoio: A Gestão e a evolução das Teorias da Gestão*. Acedido Maio 24, 2014, em <http://nebm.ist.utl.pt/repositorio/download/1247/0>.
- Judge, T., Bono, J., Ilies, R., Gerhardt, M. (2002). Personality and leadership: a quantitative and qualitative review. *Journal of Applied Psychology*. Vol. 87, Nº 4: 765-785.
- John, O. P., Srivastava, S. (1999). The Big-Five Trait Taxonomy: History, Measurement, and Theoretical Perspectives. L. Pervin and O.P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed., pp. 102-138). New York: Guilford Press.
- Lapão, L., Dussault, G. (2012). *Formação de gestores e responsáveis clínicos no âmbito da reforma da atenção primária em Portugal*. Lisboa: Revista Tempos – Atas de Saúde Coletiva.
- Llewellyn, S., Northcott, D. (2007). The “singular view” in management case studies qualitative research in organizations and management. *Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal*, Vol. 2, Nº 3: 194-207.
- Lombardi, D., Schermerhorn, J., Kramer, B. (2007). *Health Care Management: Tools and techniques for managing in a health care environment*. New Jersey: Hoboken.
- Lourenço, H. (2004). *A satisfação do utente face ao acolhimento*. Dissertação de mestrado em gestão e economia da saúde. Faculdade de Economia de Coimbra.

- Mandelli, P. (2001). *Muito além da hierarquia: revolucione sua performance como gestor de pessoas*. São Paulo: Gente.
- Manion, J. (2005). *From management to leadership: Practical strategies for health care leaders*. (Terceira Edição). San Francisco: Jossey-Bass.
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. (Quinta Edição). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Matos, E., Pires, D. (2006). *Teorias administrativas e organizações do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no sector saúde e na enfermagem*. Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis, Vol. 15, Nº 3, pp. 508-514.
- McCrae, R., John, O. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality*, Vol. 60, Nº 2: 175-215.
- Mezirow, J. (1990). *How critical reflection in adulthood: a guide to transformative and emancipator learning*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Mingoti, S. (2005). *Análise de dados através de métodos de estatística multivariada: uma abordagem aplicada*. Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Ministério da Saúde (2010). *A Organização Interna e a Governação Hospitalar*. Acedido Outubro 4, 2014, em <http://www.spmi.pt/pdf/RelatorioFinalGTHospitaisVersaoFinal2.pdf>
- Moura e Sá, P. (2004). *Teorias organizacionais*. In *Introdução à Gestão de Organizações*. Lisboa: Vida Económica
- Nunes, C., Hutz, C., Nunes, M. (2008). *Manual técnico da bateria fatorial de personalidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Oliveira, L. (1999). *Tratado de metodologia científica: Projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses*. São Paulo: Pioneira.
- Paiva et al. (2010). Teorias administrativas na Saúde. *Revista de enfermagem UERJ*. Rio de Janeiro, Vol. 18, Nº 2, pp. 311-316.
- Parasuraman, A., Grewal, D. & Krishnan, R. (2006). *Marketing Research*. Second Edition, Boston: Houghton Mifflin Company.
- Patton, M. G. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods*. (Terceira Edição). Thousand Oaks: Sage.

- Pereira, F. & Queirós, A. (2012). *A consolidação da pesquisa social qualitativa: um aporte teórico*. Revista Espaço Académico – Nº 134 – Julho de 2012 – Mensal – Ano XII – ISSN 1519-6186
- Pina e Cunha, M. et al, (2006) Comportamento organizacional e gestão: uma abordagem histórica, *Manual do comportamento organizacional em gestão*. 6ª Edição. Lisboa: RH
- Pisco, L., (2011), *Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde*. Ciência & Saúde Coletiva, Vol. 16, Nº 6.
- Portal da Saúde (2013). *Dados gerais ACES Almada-Seixal Web site*. Acedido Outubro 5, 2014, em <http://www.portaldasaude.pt/portal/servicos/prestadoresV2/?providerid=54260>
- Portal da Saúde (2013). *Dados gerais ACES Sintra Web site*. Acedido Outubro 5, 2014, em <http://www.portaldasaude.pt/Portal/servicos/prestadoresV2/?providerid=54254>
- Portal da Saúde (2014). *Composição do Serviço Nacional de Saúde Web site*. Acedido Outubro 26, 2014, em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/composicao+do+sns/sns2.htm>
- Portal da Saúde (2010). *História do Serviço Nacional de Saúde Web site*. Acedido Maio 1, 2014, em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>.
- Portal de: Codificação e dos GDH do Ministério da Saúde (2014). *Administrações Regionais de Saúde (ARS) Web site*. Acedido Outubro 10, 2014, em [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Administra%C3%A7%C3%B5es_Regionais_de_Sa%C3%BAde_\(ARS\)](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Administra%C3%A7%C3%B5es_Regionais_de_Sa%C3%BAde_(ARS))
- Portaria 394-B/2012, de 29 de Novembro. Diário da República, 1ª série, Nº 231, 29 de Novembro de 2012. Acedido Outubro 5, 2014, em <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4D921E90-4382-4E9E-B682-3FE85F261D87/30512/0000500011.pdf>
- Quivy, R., Campenhout, L. V. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. (Segunda edição). Lisboa: Gradiva Publicações.
- Raposo, V. (2007). *Gestão hospitalar – Uma proposta conceptual e metodológica para o caso português*, Universidade de Coimbra.
- Reis, E. (1997). *Estatística Multivariada Aplicada*. Lisboa: Sílabo.
- Resende, E. (2000). *O livro das competências*. Rio de Janeiro: Qualitymark.

- Ribeiro, J. (2010). *Autonomia Profissional dos Enfermeiros*. Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Rubin, M., Campbell, T. (1998). *The abc's of effective feedback: a guide for caring professionals*. California: Jossey-Bass Publisher.
- Santos, I., Arruda, J. (2012). Análise do perfil profissional dos gestores dos hospitais particulares da cidade de Aracaju. *Revista Eletrônica da Faculdade José Augusto Vieira*. Vol. 5, Nº 7.
- Santos, J. (2013). A gestão tipo fósforo. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*. Outubro, Nº 11.
- Seixas, M., Melo, H. (2004). Desafios do Administrador Hospitalar. *Gestão e Planeamento*. Salvador. Vol. 5, Nº 9: Jan./Jun.
- Schon, D. (2000). *Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed.
- Shortell, S., Kaluzny, A. (2006). *Health Care Management: Organization Design and Behavior*. (Quinta Edição). New York: Thomson.
- Shimada, A., Chiusoli, C., Messetti, A. (2010). Análise Fatorial: Avaliação de Estabelecimentos Alimentícios XIII – Seminários em Administração.
- Simões, A. (2003). *Gestão Estratégica nas Organizações Públicas de Saúde: um estudo de caso da consolidação do SUS Municipal*. Dissertação de Mestrado. Centro Universitário Álvares Penteado. São Paulo, Brasil.
- Sintra ACES (2014). *Visão, Missão Web site*. Acedido Outubro 10, 2014, em https://www.facebook.com/ACES.Sintra/info?ref=page_internal.
- World Health Organization (WHO), (2008). *Relatório Mundial de Saúde 2008. Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca*. Geneve:WHO, acedido Outubro 10, 2014, em http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf

ANEXOS

Questionário

Exmo(a) Senhor(a),

No âmbito da minha dissertação de mestrado em Gestão em Recursos de Saúde, da Escola Superior de Gestão de Tomar, pretendo identificar com este estudo, qual o perfil do gestor de uma unidade de saúde, motivo pelo qual o seu contributo é muito importante.

Este questionário destina-se a fins científicos e é confidencial. O sucesso deste estudo depende do seu empenho e colaboração no preenchimento do questionário, tarefa que lhe ocupará sensivelmente 10 minutos. Ficar-lhe-ei imensamente grata se preencher este questionário. Qualquer questão, por favor não hesite em contactar-me:

Andreia Sampaio

Tel.: 916687155

Email: andreiafds@gmail.com

1. Indique o seu género: Masculino.... Feminino....

2. Indique a sua idade: _____

3. Indique, por favor, qual a sua categoria profissional: _____

4. Indique, por favor, a sua formação base (licenciatura):

Ciências da Saúde.....

Ciências Económicas....

Outra..... Qual? _____

5. Já teve ou tem alguma experiência como gestor?

Sim.....

Não.....

6. Na sua opinião, qual é o grau de instrução mínimo que um gestor de uma unidade de saúde deve ter?

Licenciatura.....

Mestrado.....

Doutoramento.....

Outro..... Qual? _____

7. Para si, qual a formação base (licenciatura), que um gestor de uma unidade de saúde deve ter?

Ciências da Saúde.....

Ciências Económicas....

Outra..... Qual? _____

8. Na sua opinião, é indispensável que um gestor de uma unidade de saúde tenha uma formação específica em gestão?

Sim.....

Não.....

8.1. Se respondeu sim, acha que tem que ser gestão na área da saúde?

Sim.....

Não.....

9. Considera que para se ser gestor de uma unidade de saúde, é indispensável que já tenha tido alguma experiência de gestão (independentemente de ser ou não na área da saúde)?

Sim.....

Não.....

9.1. Se sim, é indispensável que seja na área da saúde?

Sim.....

Não.....

10. Na sua opinião, para se ser um gestor de uma unidade de saúde, já tem de ser colaborador de uma unidade de saúde?

Sim.....

Não.....

10.1. Se sim, há quanto tempo? _____

11. Indique as características que encontra no gestor da unidade de saúde onde trabalha:

- Adaptar-se facilmente a novas situações :.....
- Ser honesto:.....
- Ter autoconfiança:.....
- Ser uma pessoa “aberta” (sem preconceitos, ouve os outros, aceita sugestões e ideias novas):
.....
- Ter facilidade em se integrar socialmente:
- Ser uma pessoa realizada:.....
- Ser uma pessoa com um grau elevado de neuroticismo (ser exagerado, nervoso):.....

12. O objetivo desta questão é identificar características que uma pessoa deve ter para desempenhar uma função de gestor de uma unidade de saúde. Numa escala de 1 a 5, em que 1 representa “Nada Importante” e 5 representa “Muito Importante”, expresse a sua opinião sobre a relevância das características apresentadas.

- Adaptar-se facilmente a novas situações:..... 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- Ser honesto:..... 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- Ter autoconfiança:..... 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- Ser uma pessoa “aberta” (sem preconceitos, ouve os outros, aceita sugestões e ideias novas):
..... 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- Ter facilidade em se integrar socialmente:
- Ser uma pessoa realizada:..... 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- Ser uma pessoa com um grau elevado de neuroticismo (ser exagerado, nervoso):..... 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- Ter formação (conferente de grau) na área da Saúde: 1 - 2 - 3 - 4 - 5

Perfil de um gestor de uma unidade de saúde: Estudo de caso em Agrupamentos de Centros de Saúde

- Ter formação (conferente de grau) na área de Gestão: 1 - 2 - 3 - 4 - 5
 - Participar em congressos/conferências/seminários/workshops na área da gestão:.....1 - 2 - 3 - 4 - 5
 - Participar em congressos/conferências/seminários/workshops na área da saúde:.....1 - 2 - 3 - 4 - 5
 - Ter formação em áreas de Motivação e Liderança..... 1 - 2 - 3 - 4 - 5
 - Trabalhar na área da saúde (antes de gerir uma unidade de saúde):... 1 - 2 - 3 - 4 - 5
 - Ter alguma experiência de gestão (antes de gerir a unidade de saúde):..... 1 - 2 - 3 - 4 - 5
-

Termina aqui o seu questionário. Muito obrigado pela sua colaboração. Caso esteja interessando em receber informação sobre os resultados deste estudo, indique-me o seu nome e email. Oportunamente, enviaremos essa informação.