



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de
Enfermagem

GESTÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR:
A PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS, ASSISTENTES
TÉCNICOS E MÉDICOS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Sandra Irene Duarte Monteiro Pereira

Porto, 2023

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem

GESTÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR:
A PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS, ASSISTENTES
TÉCNICOS E MÉDICOS

FAMILY HEALTH UNITS MANAGEMENT:
THE PERSPECTIVE OF NURSES, TECHNICAL
ASSISTANTS AND DOCTERS

Dissertação orientada pela Professora Doutora
Regina Pires

e coorientada pela Professora Doutora Luísa
Andrade

Sandra Irene Duarte Monteiro Pereira

Porto, 2023

*Suba o primeiro degrau com fé.
Não é necessário ver a escada toda.
Apenas dê o primeiro passo.*

Martin Luther King

AGRADECIMENTOS

Quero dedicar este espaço para agradecer a todos os que me apoiaram ao longo desta jornada. Começo pela minha orientadora, Professora Doutora Regina Pires, e coorientadora, Professora Doutora Luísa Andrade, primeiro pelo apoio e interesse em me proporcionar uma evolução nesta área do conhecimento; segundo, pelo rigor científico exigido. Dada a minha inexperiência em investigação, o seu apoio foi fundamental na decisão dos domínios e categorização específica dos estudos qualitativos.

Gostaria também de expressar a minha sincera gratidão a todos os participantes do estudo, que se disponibilizaram para expor as suas experiências e vivências, com o intuito de enriquecer este trabalho, não apenas pela sua finalidade em prol de todos os profissionais das USF, como também pelo sincero interesse em me reconhecerem merecedora desse cuidado. Foi, para mim, uma surpresa gratificante perceber que a maioria dos participantes se sentiram lisonjeados por terem sido selecionados, por se sentirem valorizados. A todos eles, agradeço a partilha e a consideração.

Aos meus queridos amigos, que, de alguma forma, me prestaram apoio neste estudo, demonstrando interesse e preocupação pelo meu bem-estar e pelo meu sucesso.

E, por último, embora sempre em primeiro lugar, gostaria de expressar profunda gratidão à minha família. À minha mãe e à minha sogra, por estarem sempre disponíveis para me socorrer com as necessidades do neto pequenino. Aos meus filhos adultos, pelo seu amor incondicional, por não se cansarem de me impulsionar em direção aos meus objetivos, lembrando a força que sempre lhes transmiti ao longo da vida. Também por eles, e como exemplo, não poderia deixar de alcançar este objetivo. Ao meu filho mais pequenino, que, durante os seus quatro anos, me permitiu negociar o tempo de estudo, esperando pela sua vez para ter a atenção desejada: “Mãe, só trabalhas mais duas horas e depois vens brincar comigo.” Às minhas enteadas, sentidas como filhas também, agradeço o apoio e o incentivo para atingir este objetivo, sem medo.

Ao meu marido, que, sem dúvida, tem sido um excelente companheiro de vida e um excelente pai. Tenho plena consciência da sobrecarga que sentiste durante estes últimos anos em que me dediquei ao estudo e que também tu estarás cansado. Em especial este último ano, se calhar o mais intenso, por ter exigido um trabalho solitário que me manteve horas e horas distante da nossa vida familiar. Agradeço a compreensão, a tolerância, o incentivo para terminar o objetivo que passou também a ser teu... Sempre acreditaste afirmando: “Caminha sempre com os pés, mas anda com o coração...”

Gratidão!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
APEGEL – Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança
ARS – Administração Regional de Saúde
CS – Centro de Saúde
CNCSP – Comissão Nacional para a Reforma dos Cuidados Primários
CSP – Cuidados de Saúde Primários
MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
RAI – Responsável de Acesso à Informação
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
ULS – Unidades Locais de Saúde
URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF – Unidades de Saúde Familiar
USP – Unidade de Saúde Pública

RESUMO

As Unidades de Saúde Familiar (USF) foram um marco na reforma dos cuidados de saúde primários, ao contratualizarem objetivos, garantindo, aos utentes, acessibilidade, efetividade, eficiência e qualidade. São geridas/coordenadas apenas pelo médico coordenador – cargo que acumula com a medicina familiar –, que delega funções de gestão nos outros profissionais (enfermeiros, assistentes técnicos e médicos) no âmbito da gestão descentralizada das USF. Ao coordenador requer-se apenas que seja médico da equipa da USF, sem necessidade de formação em gestão. Considerou-se pertinente conhecer a perspetiva das equipas quanto à gestão/coordenação das USF e aos critérios de seleção para coordenador.

O estudo pretende contribuir para melhorar a gestão das USF, com os seguintes objetivos: conhecer a perceção dos seus profissionais sobre os modelos de gestão; como organizam as respetivas atividades de gestão; compreender a sua perceção sobre as características/habilitações relevantes para o desempenho destas atividades; compreender o papel dos enfermeiros na gestão das USF; e conhecer as atividades de gestão nestas unidades.

Em termos metodológicos, optou-se por um estudo qualitativo, descritivo, exploratório. A colheita de dados foi efetuada através de entrevistas semiestruturadas a 15 participantes: enfermeiros, assistentes técnicos e médicos de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) do Norte de Portugal, a exercer funções em USF modelo B há mais de três anos. O *software ATLAS-Ti* serviu de ferramenta de apoio à análise de conteúdo, segundo os pressupostos de Bardin.

Da análise dos dados, emergiram três domínios, que agregam as respetivas categorias e subcategorias: “Perceção sobre a gestão em uso na USF”, “Identificação do coordenador”; “Ambiente organizacional”. Constatou-se a necessidade de melhorar a gestão e liderança nas equipas, promovendo: comunicação interdisciplinar, relacionamento interpessoal, motivação, envolvimento dos profissionais. O estudo ressalva a importância de se reverem os termos de elegibilidade e mandato da coordenação, valorizando a formação em gestão e perfis adequados. Realça, ainda, a necessidade de investir na formação dos profissionais das USF, não só a nível científico, mas também em termos de desenvolvimento profissional e pessoal.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão, Enfermagem, Unidade de Saúde Familiar, Profissionais da Saúde

ABSTRACT

The Family Health Units (USF) were a milestone in the reform of primary health care, as they contractualised objectives, guaranteeing users accessibility, effectiveness, efficiency, and quality. The USFs are managed/coordinated solely by the coordinating doctor – who also keeps his role as family doctor – who delegates management duties to other professionals (nurses, technical assistants and doctors) as part of the decentralised management of the USFs. The coordinator is only required to be a doctor on the USF team, with no need for management training. It was considered pertinent to find out the teams' perspective on the management/coordination of the USFs and the selection criteria for coordinator.

The study aims to contribute to improving the management of USFs with the following objectives: to understand the perception of its professionals regarding management models; how they organize their respective management activities; comprehend their perception of the relevant characteristics/qualifications for performing these activities; understand the role of nurses in the management of USFs; and to become acquainted with the management activities in these units.

Methodologically, we opted for a qualitative, descriptive, and exploratory study. Data was collected through semi-structured interviews with 15 participants: nurses, technical assistants, and doctors from a Health Centre Grouping (ACeS) in the north of Portugal, who had been working in a model B USF for more than three years. The ATLAS-Ti software served as a tool to support data analysis according to Bardin.

From the data analysis, three domains emerged, aggregating the respective categories and subcategories: "Perception of the management in use at the USF", "Identification of the coordinator"; "Organisational environment". It was identified a need to improve management and leadership in teams, by promoting interdisciplinary communication, interpersonal relationships, motivation, and the involvement of professionals. The study emphasises the importance of reviewing the terms of eligibility and mandate of coordination, valuing management training and appropriate profiles. It also highlights the need to invest in training for USF professionals, not only at a scientific level, but also in terms of professional and personal development.

Keywords: Management, Nursing, Family Health Unit, Health professionals

Índice

INTRODUÇÃO.....	15
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
1.1 Cuidados de saúde primários em Portugal	19
1.2 As Unidades de Saúde Familiar	26
1.3 Modelos de gestão nas instituições de saúde.....	34
1.3.1 Modelo de gestão das USF	41
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	47
2.1 Justificação do estudo	48
2.2 Objetivos e questões de investigação	50
2.3 Tipo de estudo	51
2.4 Contexto e participantes do estudo	51
2.5 Procedimento de colheita de dados.....	52
2.6 Considerações éticas	54
2.7 Procedimentos de análise e tratamento de dados.....	55
3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	59
3.1 Perceção sobre a gestão em uso na USF.....	59
3.2 Identificação do coordenador da USF.....	80
3.3 Ambiente organizacional	97
CONCLUSÃO.....	117
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	123
ANEXOS	134
ANEXO 1 – Guião da entrevista semiestruturada	
ANEXO 2 – Consentimento informado para participação no estudo	
ANEXO 3 – Consentimento informado para gravação da entrevista	
ANEXO 4 – Convite – Contextualização do tema	

ANEXO 5 – Percepção sobre a gestão em uso na USF

ANEXO 6 – Identificação do coordenador

ANEXO 7 – Ambiente organizacional

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Princípios das USF.....	26
QUADRO 2: Carteira Básica das USF: médicos e enfermeiros.....	27
QUADRO 3: Carteira Básica das USF: assistentes técnicos.....	28
QUADRO 4: Competências do coordenador, Conselho Geral e Conselho Técnico.....	31
QUADRO 5: Domínios do estudo.....	57
QUADRO 6: Percepção sobre a gestão em uso na USF.....	57
QUADRO 7: Identificação do coordenador da USF.....	77
QUADRO 8: Ambiente organizacional.....	98

INTRODUÇÃO

Ao longo do tempo, a gestão conheceu uma grande evolução devido à necessidade de adotar modelos que promovessem o aumento da eficiência, a diminuição de desperdícios e contribuíssem para a resolução da crise económica e o crescimento da economia (Araújo, 2005; Saraiva, 2011). A progressão dos modelos de gestão, aos quais foram associadas teorias das relações humanas, refletiu-se também na prestação dos cuidados de saúde, no interesse pelo bem-estar da população e dos profissionais de saúde.

O serviço de saúde português passou por uma mudança significativa com a revolução democrática de 1974, que defendeu a intervenção social e financeira do Estado, garantindo a todos os cidadãos o direito à proteção da saúde, assegurada pelo setor público, baseado nos princípios da igualdade e universalidade. Em 1979, foi criado o Serviço Nacional de Saúde (SNS) através da Lei n.º 56/79, que garantiu o acesso a todos os cidadãos, independentemente das suas condições financeiras, tornando-se gratuito a partir de 1986 (Sousa, 2009).

Os cuidados de saúde primários (CSP) são considerados o pilar do SNS, pela sua proximidade às populações, assumindo o papel fundamental na prevenção da doença e na promoção da saúde (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2009). As constantes reformas da saúde resultaram da aplicação da *New Public Management* (Nova Gestão Pública [NGP]), a qual, inspirando-se nas práticas de gestão privada, pretendia aumentar a eficiência e conter custos, resolvendo os problemas da administração pública. Este modelo, que caracterizou a reforma dos CSP, centra-se na satisfação do cliente, na inovação, na flexibilidade, na livre competição e nos resultados (Ferreira & Silva, 2012).

Conforme analisado por Biscaia e Heleno (2017), as principais finalidades da reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal eram: promover o trabalho em equipa, estabelecer melhores condições de acessibilidade para a população, instituir a informatização dos serviços e permitir remunerações baseadas no desempenho. Assim, em 2005, surgiram as Unidades de Saúde Familiar (USF), com estratégias de melhoria relativamente ao regime remuneratório experimental,

que foram consideradas um sucesso para os serviços públicos de saúde do país. As Unidades de Saúde Familiar têm legislação própria e apresentam como princípios um modelo de gestão participativa e de responsabilidade partilhada em diferentes níveis retributivos (Decreto-Lei n.º 298/2007). As USF, constituídas por equipas multidisciplinares voluntárias e auto-organizadas para a prestação de cuidados personalizados, médicos e de enfermagem, foram tidas como o aspeto mais relevante na reforma dos CSP, por se manterem alinhadas com a missão de promover a centralidade no cidadão, a eficiência e a equidade para com as famílias inscritas pertencentes a determinada área geográfica (ERS, 2016; Biscaia & Heleno, 2017).

O presente estudo decorre de uma reflexão sobre as Unidades Modelo B, face a um grau de maior amadurecimento organizacional. Nestas, contratualizam-se objetivos e exige-se um nível de desempenho superior, comparativamente a Modelos A, exigindo por isso uma maior competência na definição de estratégias de gestão, no envolvimento e na liderança de equipas, o que, por sua vez, reforça a importância na seleção de coordenadores com capacidades de gestão e liderança.

Conforme estabelecido na Portaria n.º 1368/2007 (2007) de 18 de outubro, as USF representam um modelo organizacional ágil e flexível, que contraria as estruturas hierárquicas e burocráticas tradicionais, uma evolução resultante da reforma administrativa.

As Unidades de Saúde Familiar foram pioneiras ao adotar um modelo de gestão descentralizada na área da saúde, marcando uma rutura com os métodos centralizados burocráticos tradicionais. Essa abordagem conferiu às equipas de saúde autonomia técnica, funcional e organizativa. A descentralização permitiu às equipas uma autonomia para tomar decisões independentes, embora em rede, com outras unidades e ACeS. Esse modelo de gestão contribuiu para estimular a criatividade, a inovação e a melhoria contínua na prestação de cuidados de saúde, visando um atendimento mais eficiente e eficaz, de acordo com as necessidades da população (Portaria n.º 212/2017, 2017).

Vários anos após a implementação das USF, torna-se relevante entender qual a perspetiva dos profissionais em relação aos modelos de gestão atualmente adotados. O propósito deste estudo é contribuir para a melhoria dos processos de gestão das USF, tendo, para esse fim, sido formulada a seguinte questão inicial: “Como é que os profissionais que integram as equipas das USF percecionam as atividades de gestão nelas desenvolvidas?”

Para responder à questão de investigação, definiram-se os seguintes objetivos do estudo:

- Conhecer a perceção dos profissionais que integram as equipas das USF sobre os modelos de gestão em uso;
- Conhecer as atividades de gestão de coordenação nas USF;
- Compreender como é que profissionais que integram as equipas das USF se organizam no desempenho das diferentes atividades de gestão;
- Compreender a perceção dos profissionais que integram as equipas das USF sobre as características/habilitações relevantes para o desempenho atividades de gestão;
- Compreender o papel dos enfermeiros na gestão das USF.

Considerando a profundidade na pretensão das experiências individuais, optou-se por um estudo qualitativo, descritivo exploratório, valorizando as perceções dos profissionais que exercem funções nas USF, Modelo B, com o mínimo de três anos de experiência. A colheita de dados foi efetuada através de entrevistas semiestruturadas aos participantes: enfermeiros, assistentes técnicos e médicos de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) da região norte de Portugal, a exercer funções em USF modelo B há mais de três anos. Foi utilizado o *software ATLAS-Ti* como ferramenta de apoio à análise de dados segundo Bardin.

Esta dissertação está estruturada em três partes fundamentais. A primeira remete para o enquadramento teórico, no qual se aborda a problemática dos cuidados de saúde primários em Portugal, das USF e dos modelos de gestão nas instituições de saúde. Na segunda, apresenta-se o enquadramento metodológico da investigação. Na terceira, apresenta-se, analisa-se e discute-se os resultados obtidos, tendo subjacente o referencial teórico consultado e apresentado na contextualização do estudo. Termina-se com a apresentação das conclusões que emergem do estudo.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Com o enquadramento teórico, pretende-se expor a informação obtida através da exploração e análise bibliográfica que se considerou relevante para a compreensão e justificação do tema em estudo e do seu contributo em resposta aos objetivos do estudo. Com este propósito foi elaborada uma exposição acerca da evolução dos cuidados de saúde primários em Portugal, a influência dos modelos de gestão na saúde, a criação e regulamentação das USF como exemplo de melhoria da qualidade e eficiência dos cuidados de saúde primários.

1.1 Cuidados de saúde primários em Portugal

Nos últimos 50 anos, os cuidados de saúde primários (CSP) em Portugal foram objeto de grande evolução. Em 1971, criaram-se os primeiros centros de saúde (CS), conhecidos como centros de saúde de primeira geração, que incluíam atividades respeitantes à saúde pública, tais como: vacinação, vigilância da mulher, vigilância da grávida e criança, saúde escolar e ambiental. Os cuidados estavam prioritariamente ligados à prevenção e acompanhamento, tendo os cuidados curativos uma relevância menor, sendo prestados em postos clínicos dos serviços médico-sociais e caixas de previdência (Branco & Ramos, 2001; Neves, 2017; Pisco & Pinto, 2020).

Da Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, reconheceu-se a urgência em reunir esforços em todas as áreas, englobando os governos, as comunidades e os profissionais de saúde para promover a saúde de todos os povos do mundo. Dela resultou a seguinte declaração:

A Conferência enfatiza que a saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (Declaração de ALMA – ATA, (OMS) 1978, p. 1).

Este documento assumia também como sendo inadmissível – a nível político, económico e social – a “chocante desigualdade” do estado de saúde dos povos, considerando a promoção da saúde como essencial no contributo para o desenvolvimento económico e social, a melhoria da qualidade de vida e a promoção da paz mundial. Desta conferência resultou também a ideia de ser necessário incluir os povos no planeamento dos respetivos cuidados de saúde, considerando-se, a partir daí, que a participação do utente nos seus cuidados de saúde é um direito e um dever.

A atribuição de responsabilidade pela saúde da população ao Governo levou a que fossem definidas metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial, no sentido de que, todos os povos atingissem um estado de saúde que lhes permitisse adquirir uma vida social e economicamente produtiva, assumindo que “os cuidados primários de saúde constituíam a chave para que essa meta fosse atingida, até ao ano 2000, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social” (Declaração de ALMA-ATA, 1978, p. 1)

A mesma Declaração de Alma-Ata, assumia também que os CSP consistem:

“na prestação de assistência de saúde essencial, baseada em métodos e técnicas práticas, apropriadas sob o ponto de vista científico e aceitáveis socialmente, postas ao alcance de todas as unidades e famílias das comunidades, com a sua inteira participação e que possa ser financeiramente mantida pelo país e pela comunidade, em todas as fases do seu desenvolvimento [...] representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (Declaração ALMA-ATA, 1978, p. 2)

No seguimento de reflexões sobre os direitos da população relativamente aos cuidados de saúde, tendo por base a democratização, foi criado, em 1979, o Sistema Nacional de Saúde (SNS)

através da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, que estabeleceu as bases do SNS como um sistema de saúde público, universal, geral e gratuito, garantindo a acessibilidade equitativa a toda a população portuguesa (Lei n.º 56/79, 1979; Tavares, 2019). Foi construído como um sistema integrado e hierarquizado, que incluía várias entidades e instituições de saúde, tais como hospitais, centros de saúde, serviços de emergência, entre outros. Em relação aos utentes, foram protegidos vários direitos, como o respeito pela sua dignidade, a preservação da intimidade da vida privada, a que se acrescenta o direito ao sigilo profissional por parte dos profissionais. Vários outros direitos envolveram os utentes numa participação ativa dos seus cuidados (Lei n.º 56/79, 1979).

Os centros de saúde de segunda geração surgiram em 1983, no âmbito do processo de estabelecimento do SNS. Esta fase caracterizou-se pela criação de centros de saúde integrados – que incluíam os de primeira geração e os postos de saúde dos serviços médico-sociais, conhecidos como “caixas” – e pelo aparecimento da carreira médica de clínica geral. Este modelo organizativo permitiu, em particular, a visibilidade da carreira médica de clínica geral; todavia, revelou-se desajustado face às necessidades dos utentes no que se referia à acessibilidade a consultas e à visita domiciliária. É considerada uma fase de maior racionalidade na prestação de cuidados de saúde, tendo, contudo, contribuído para o descontentamento, a desmotivação e o esgotamento dos profissionais de saúde (Branco & Ramos, 2001; Neves, 2017; Pisco & Pinto, 2020).

Apesar de os CSP serem considerados a base do sistema de saúde e uma prioridade política, desde 1978, na Declaração de Alma-Ata, o investimento financeiro não se revelava adequado. A necessidade de reduzir gastos – contribuindo para o desenvolvimento económico – e de melhorar a qualidade dos cuidados – mais rápidos e mais eficazes –, objetivos tidos como inatingíveis com os modelos burocráticos tradicionais do *Welfare State*, foi determinante para a reforma da administração pública.

A Nova Gestão Pública (NGP), que emerge em finais dos anos 70, apresentou um modelo de gestão modernizado, que tinha como finalidade a melhoria do serviço para o cidadão, o aumento da eficiência e a flexibilização da gestão, condições já propostas para os centros de saúde de terceira geração, definidos como pequenas unidades multiprofissionais orientadas para os utentes e para a comunidade (Branco & Ramos, 2001; Rodrigues & Araújo, 2005).

Segundo Araújo (2005), a reforma delineou-se como consequência de uma ineficiente administração, de um descrédito da qualidade dos serviços públicos e de uma necessidade de reduzir gastos.

O SNS tinha como finalidade assegurar o direito à proteção, saúde e acessibilidade dos cuidados; porém, foi apresentando dificuldades a nível da sua gestão – tradicional e burocrática –, que se traduziam em problemas de insuficiência de recursos humanos, desmotivação profissional por falta de incentivos, dificuldades de acesso aos cuidados de saúde em consequência de burocracias associadas às listas de espera, falta de qualidade no atendimento do cliente do SNS, aumento de despesas em saúde, reduzida eficiência dos recursos, falta de controlo no tempo do serviço prestado e pago, assim como gestão inadequada dos hospitais. A reforma da gestão pública acabou por ser uma consequência da crise económica do *Welfare State*, mas também de uma crise de instituições, constatando-se que o modelo tradicional de Max Weber, caracterizado pelas relações de poder e autoridade, seria incapaz de resolver os problemas que surgiam durante esta crise económica (Araújo, 2005). Estes fatores conduziram à necessidade de o sistema se adaptar a novos modelos de administração, que tinham como objetivo tornar a administração pública mais eficiente e eficaz, centrada na proximidade dos cidadãos e na melhoria dos serviços prestados (Araújo, 2005).

Surgiram, então, em Portugal, alterações na saúde que revelaram uma tendência para a privatização, isto é, uma aproximação aos modelos e métodos da gestão privada, com “estilos de gestão mais flexíveis e mais empreendedores” (Araújo, 2005, p. 16). Estas alterações, que aproximaram os preços do setor público aos do privado, traduziram, na opinião de Carvalho (2006), mudanças no conceito de saúde na sociedade, uma vez que deixava de ser vista como um bem coletivo para ser considerada, tal como na gestão privada, um bem individual, valorizando a centralidade do cliente nos próprios cuidados de saúde (Ferreira & Silva, 2012).

A NGP procurou promover a inclusão de mecanismos de mercado, a adoção de ferramentas de gestão privada, como que uma competição entre fornecedores de bens e serviços públicos, com o intuito melhorar o serviço para o cidadão, buscando um crescente investimento na eficiência e uma gestão mais flexível, visando colmatar falhas demonstradas pelo modelo de gestão até então em vigor: o modelo tradicionalmente burocrático e vertical, caracterizado por relações do tipo superior-subordinado (Hood, 1991, citado por Araújo 2005).

A NGP dinamizou uma valorização a nível das competências de gestão de cada instituição; implementou medidas de avaliação de desempenho, de forma a tornar clara a missão e os objetivos da instituição; estimulou o envolvimento dos profissionais, exigindo a partilha da responsabilidade, o que, por si só, gerou uma competitividade benéfica; promoveu também a transparência custo/benefício e a ideia de que a qualidade dos serviços prestados se sobrepõe à quantidade (Rodrigues & Araújo, 2005).

Desta forma, observou-se uma fragmentação e autonomização dos serviços, com vista a substituir um modelo de gestão hierárquico por uma gestão que enfatiza relacionamentos flexíveis, através da delegação de funções, com o compromisso de atingir objetivos específicos, contratualizados a partir do centro (governo) ao menor custo, sendo, por isso, uma responsabilidade partilhada (Araújo, 2005).

Segundo o mesmo autor, a NGP interveio em duas grandes áreas: novos métodos de gestão privada e contratualização por objetivos dos profissionais, utilizando como motivação a atribuição de incentivos financeiros.

Aos responsáveis pela gestão foi-lhes conferida uma maior autonomia, dando-lhes liberdade de decisão sobre o funcionamento dos serviços, tendo em vista o aumento da eficiência, da eficácia e da economia (Sousa, 2009).

Em Portugal, este novo paradigma da gestão assentou em três vetores principais: “a racionalidade económica, a gestão por objetivos e os indicadores de desempenho” (Araújo, 2005, p. 12). Pretendia-se, com o novo modelo de gestão, uma melhoria de serviços prestados, racionalização de recursos humanos e ganhos em saúde e eficiência (Araújo, 2005; Santos, 2020). Além disso, permitiu-se que o cidadão escolhesse livremente as instituições, de acordo com a sua preferência, selecionando o local onde prefere ser cuidado, tendo em conta a qualidade dos serviços e cuidados prestados. Esta liberdade gerou uma competitividade que funcionou como motivação dos serviços, cuja pretensão seria garantir maior preferência, melhor comunicação e melhor eficiência (Araújo, 2005).

A NGP trouxe também novos regimes de vinculação de carreiras e de remunerações dos funcionários públicos. sendo que, para Lemos (2008, citado por Saraiva 2011), representou algumas

desvantagens no que se refere ao aumento de divisão de serviços, à fraqueza do setor público e a um aumento das desigualdades sociais e institucionalização.

A adesão de Portugal à Comunidade Económica Europeia (CEE), em 1986, permitiu a aquisição de apoios através de financiamento europeu na área de saúde, o que impulsionou uma expansão de recursos em equipamentos e instalações para o SNS (Sousa, 2009). Além disso, o mesmo autor realça que a responsabilidade da saúde passou a ser atribuída não só ao estado, mas também a qualquer iniciativa social, privada e até individual. Os CSP beneficiaram de uma reorganização, plasmada na criação de ACeS, constituídos por várias unidades funcionais – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); Unidade de Saúde Pública (USP); Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC); Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e Unidade de Saúde Familiar (USF) (Gava & Dias, 2018). A criação dos ACeS teve subjacente objetivos de autonomia administrativa e de implementação de um novo modelo de governação, centrado na coordenação de equipas autónomas e contratualizações internas (Biscaia & Heleno, 2017).

Posteriormente, surgiram as Administrações Regionais de Saúde (ARS), que regem os CSP, organismos sob a tutela do Ministério da Saúde, mas com personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira e património próprio, que assumem funções de planeamento, distribuição de recursos, orientação e coordenação de atividades, gestão de recursos humanos, apoio técnico e administrativo e ainda de avaliação do funcionamento das instituições e dos serviços prestados pelas demais instituições de cuidados de saúde (Gava & Dias, 2018).

O Grupo Técnico para a reforma dos CSP, criado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 86/2005, de 7 de abril, assumiu que as reformas dos CSP tinham como finalidade contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, considerando-os acessíveis, adequados, efetivos, eficientes, de forma a avaliar as expectativas dos cidadãos e dos profissionais (Resolução do Conselho de Ministros n.º 86/2005, 2005). Segundo este grupo, os CS são a base institucional dos CSP e o pilar central de todo o sistema de saúde, pois “constituem um património institucional, técnico e cultural que é necessário preservar, modernizar e desenvolver, pois que continuam a ser o meio mais acessível e eficaz para proteger e promover a saúde da população” (Missão Cuidados Saúde Primários [MCSP], 2006, p. 4). Assim, este grupo apresentava como objetivos a elaboração de um plano com metas para operacionalizar de forma planeada e calendarizada a reforma dos CSP,

dando especial atenção à metodologia para a criação das USF e uma proposta para a reconfiguração dos Centros de Saúde (MCSP, 2006).

A Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de outubro, criou a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), um grupo para prestar apoio e orientação na reconfiguração dos centros de saúde e na implementação das USF.

As USF têm por missão garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica, numa vertente assistencial próxima, direta e capaz de responder de forma satisfatória às necessidades da população dessa área geográfica (Sousa, 2009).

A reforma de 2005 dos CSP portugueses foi considerada um êxito nos serviços públicos do país, pela constituição de equipas multidisciplinares, voluntárias, com autonomia organizativa, funcional e técnica, que prestam cuidados médicos e de enfermagem à população inscrita nas chamadas USF. Tal decorreu da descentralização interna dos centros de saúde e da constatação da melhoria na acessibilidade aos utentes, pela pontualidade no atendimento e pela satisfação relatada por utentes e profissionais (Biscaia & Heleno, 2017).

Considerando que os CSP desempenham um papel fundamental no SNS – ao garantir a continuidade de cuidados, a promoção da saúde e a prevenção de doenças, funcionando de forma integrada e colaborativa com outros serviços, pretendendo responder às necessidades das populações –, devem as USF ser consideradas unidades elementares na prestação de cuidados individuais e familiares dos CSP – visando uma modernização organizativa –, uma vez que promovem estilos de vida saudáveis, minimizando fatores de risco e oferecendo cuidados de saúde de qualidade, próximos, ao longo do ciclo vital das populações (MCSP, 2006; Decreto-Lei n.º 73/2017, 2017).

As USF resultaram do desenvolvimento do projeto de Regime Remuneratório Experimental, iniciado em 1998, em que a realização de um conjunto de avaliações demonstrou ser um dos caminhos a seguir para melhorar os serviços de saúde. Assim, considerando o sucesso das USF no que concerne à melhoria da qualidade, foi anunciada, como missão para os CSP, a pretensão de criar mais 100 USF até 31 de dezembro de 2006 (MCSP, 2006).

1.2 As Unidades de Saúde Familiar

As USF, por terem como finalidade uma organização modernizada da medicina geral e familiar no SNS, são consideradas centros de saúde de “terceira geração” (Branco & Ramos, 2001). Os autores, citando a Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, esclarecem que as organizações da medicina geral e familiar foram exercendo pressão no sentido de acabar com a prática profissional individual (*solo practice*) em prol de uma prática em contexto de grupo e equipa (*group practice*), justificando que a primeira, ao ser uma prática médica isolada, apresentava inconvenientes e perigos, tanto para o profissional que a exercia como para o utente (Branco & Ramos, 2001). Tal mudança preconizava uma maior oferta de cuidados personalizados num contexto de grupo/equipa e possibilitava, por outro lado, a escolha, por parte do cidadão, da unidade de saúde e do médico de família.

Pretendia-se criar unidades de saúde com autonomia organizativa e funcional inspiradas nas unidades de regime remuneratório experimental (RRE), estabelecido e em funcionamento para os médicos desde 1998, face aos resultados de avaliação que apresentaram em termos de ganhos em saúde, melhoria na qualidade dos cuidados prestados e, conseqüentemente, satisfação dos utentes e profissionais (Despacho Normativo n.º 9/2006, 2006; Tavares, 2019). A redução dos custos atingidos pelas unidades na prestação de cuidados permitiu considerar estratégias de incentivos para todos os elementos dessas equipas, como forma de motivação para o cumprimento dos objetivos contratualizados anualmente (Biscaia & Heleno, 2017).

Assim, em 2006, deu-se início ao processo de regulamentação e implementação das USF, unidades constituídas por equipas multidisciplinares (médicos, enfermeiros, assistentes técnicos e outros profissionais) com a finalidade de prestar cuidados personalizados a uma determinada população, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos cuidados prestados. Estas apresentam um modelo assente na contratualização de objetivos, motivados por um regime de incentivos anuais, financeiros e institucionais, direcionados para o acompanhamento de grupos vulneráveis e de risco da lista de utentes, contratualizado como carteira básica de serviços (Decreto-Lei n.º 298/2007, 2007; Tavares, 2019). As USF “têm por missão a prestação de cuidados de saúde

personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos” (Decreto-Lei n.º 298/2007, 2007, p. 5589), respeitando critérios de efetividade, custo, eficiência, qualidade, participação, aceitabilidade social, redução de desigualdades, promoção do melhor estado de saúde, justiça financeira, entre outros, defendidos por Maciel (2011) para os sistemas de saúde. Os princípios que norteiam as USF estão descritos na Quadro 1.

Quadro 1: Princípios das USF

PRINCÍPIOS DAS USF	
Conciliação	Garantir a prestação de cuidados personalizados, eficientes e com qualidade
Cooperação	Todos os elementos da equipa cooperam no sentido de atingir a sua missão (acessibilidade, globalidade e continuidade de cuidados)
Solidariedade	Espírito solidário entre todos os elementos da equipa
Autonomia	Auto-organização técnica e funcional para cumprir o plano de ação
Articulação	A USF deve articular-se com as restantes Unidades do ACeS
Gestão participativa	Todos os profissionais da equipa devem participar na gestão com o intuito de melhorar o desempenho e promover a satisfação profissional, salvaguardando as competências funcionais de cada grupo funcional e as competências específicas do Conselho Técnico

(Fonte: Decreto-Lei n.º 298/2007, 2007)

O Plano de Ação das USF expõe o programa de atuação na prestação de cuidados de saúde, que inclui o compromisso assistencial (objetivos, indicadores e metas), que se refere à prestação de cuidados incluídos na carteira básica de serviços, plasmada no Despacho Normativo n.º 9/2006 (2006):

- horários de funcionamento da USF;
- sistemas de marcação e atendimentos;
- sistema de intersubstituição dos profissionais;
- sistema de renovação de prescrição; entre outros.

Em 2007, foi aprovada a carteira básica e os princípios da carteira adicional de serviço, passando as USF a serem consideradas como um modelo organizacional “leve e flexível que se contrapõe às tradicionais estruturas hierárquicas e burocráticas de poder e de decisão vertical”,

significando que as funções de gestão eram distribuídas pelos elementos da equipa (Portaria n.º 1368/2007, 2007, p. 1).

No que se refere à qualidade e ao tipo de atividades que caracterizam a carteira básica, todos os modelos de USF apresentam um compromisso assistencial nuclear igual, podendo apenas diferenciar-se relativamente ao número de cidadãos abrangidos e ao horário de serviços adicionais contratualizados anualmente. A carteira básica que se reporta ao corpo clínico (médicos e enfermeiros) encontra-se descrita no Quadro 2.

Quadro 2: Carteira Básica das USF: Médicos e Enfermeiros

CARTEIRA BÁSICA	
Médicos e Enfermeiros	Vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases de vida
	Vigilância da saúde do adulto e idoso
	Acompanhamento em situações de doença aguda, crónica e patologia múltipla
	Cuidados no domicílio
	Colaboração em rede com outros serviços e níveis de diferenciação
	Formação contínua indispensável à melhoria da qualidade de serviços como contributo à inovação, planeada anualmente de acordo com as necessidades dos profissionais
	Horário de atendimento nos dias úteis entre as 8h00 e as 20h00, dependendo das características demográficas

(Fonte: Portaria n.º 1368/2007, 2007)

Os assistentes técnicos, vistos como o rosto das USF, colaboram com o corpo clínico, assumindo, em qualquer que seja o modelo de USF, o compromisso assistencial da carteira básica descrita no Quadro 3.

Quadro 3: Carteira básica: assistentes técnicos

CARTEIRA BÁSICA	
Assistentes técnicos	Atendimento e encaminhamento do cidadão
	Programação e marcação de consultas programadas, não programadas e por iniciativa do utente
	Monitorização do tempo de espera e de desistências
	Gestão da comunicação
	Informação atualizada do funcionamento dos serviços
	Gestão de procedimentos administrativos: processos clínicos, procedimentos para referência, prescrição crónica
	Gestão do sistema de informação: receção e resposta de queixas, reclamações e sugestões dos cidadãos

(Fonte: Portaria n.º 1368/2007, 2007)

As USF apresentam um regime jurídico próprio, quanto à sua organização e funcionamento, assim como um regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que a constituem (Decreto-Lei n.º 298/2007, 2007). Podem organizar-se em três modelos de desenvolvimento A, B e C, conforme se apresenta seguidamente (Despacho n.º 24101/2007, 2007; Tavares, 2019):

- Modelo A – caracterizado por um período de aprendizagem e aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar em que é permitido contratualizar carteiras adicionais, pagas em regime de trabalho extraordinário, e metas que revertem em incentivos institucionais. Os profissionais deste tipo de modelo auferem remunerações definidas pela Administração Pública (Despacho n.º 24101/2007, 2007).
- Modelo B – caracterizado por equipas com maior amadurecimento organizacional, nas quais está enraizado o trabalho em equipa e que se disponibilizam para uma contratualização mais exigente, avaliação e participação no processo de acreditação. A remuneração apresenta um regime retributivo especial para todos os profissionais de acordo com o desempenho, além da remuneração base da Administração Pública (Despacho n.º 24101/2007, 2007).

- Modelo C – modelo experimental, regulado por diploma próprio, que abrange USF dos setores social, cooperativo e privado, articulando-se com o ACES, porém, sem qualquer dependência hierárquica. Pratica a sua atividade através de um contrato-programa estabelecido com a ARS, sujeito a uma avaliação externa de entidades autorizadas, sendo obrigatório obter acreditação em três anos (Despacho n.º 24101/2007, 2007).

A legislação salvaguarda a transição de um modelo para o outro, dependendo da avaliação dos requisitos de acesso e do número de USF a ser criadas, anualmente, pelos membros do governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde (Decreto-Lei n.º 298/2007, 2007). A distinção entre estes modelos está relacionada com o cumprimento e manutenção de requisitos estruturais, de funcionamento, níveis de desempenho, acessibilidade, adequação de cuidados, efetividade ou resultados de saúde, eficiência e qualidade percebida e avaliada através da satisfação dos utentes (Decreto-Lei n.º 298/2007, 2007). Os critérios para uma USF Modelo A passar a Modelo B são avaliados considerando uma série de requisitos documentados (Despacho n.º 24101/2007, 2007)

A constituição, organização e funcionamento das USF estão regulamentados pelo Despacho Normativo n.º 9/2006 (2006), e devem constar do regulamento interno de cada USF, que, por sua vez, deve ainda descrever a missão, os valores, a visão, a estrutura orgânica e a forma de funcionamento.

No que se refere à estrutura orgânica, a USF é constituída pelo coordenador da equipa, o Conselho Técnico e o Conselho Geral, sendo que, na legislação em vigor, o coordenador da equipa é o médico identificado na candidatura (sendo apresentado no despacho que aprova a constituição da USF), subentendendo-se a exclusividade de acesso a este cargo à classe médica. Ao coordenador apenas se aplica a limitação de acumulação de funções de diretor executivo e de diretor de Internato (Decreto-Lei n.º 298/2007, 2007).

O Conselho Geral é constituído por todos os elementos da equipa multidisciplinar, enfermeiros, assistentes técnicos e médicos. Reúne, no mínimo, de quatro em quatro meses; ou quando o coordenador considerar necessário; ou por convocação requerida por metade dos profissionais da equipa. Todas as decisões do Conselho Geral têm obrigatoriamente de ser tomadas por maioria de dois terços (Decreto-Lei n.º 298/2007, 2007).

No Conselho Técnico, inicialmente constituído por dois elementos da equipa, um médico e um enfermeiro, por revisão do Decreto-Lei n.º 298/2007, foi integrado também um assistente técnico. De salientar que estes profissionais devem ser detentores de qualificação profissional mais elevada e de maior experiência profissional nos CSP, e devem também ser escolhidos pelos elementos de cada grupo profissional. Reúne, no mínimo, uma vez por mês ou a pedido de um dos seus elementos (Decreto-Lei n.º 73/2017, 2017).

O Decreto-Lei n.º 298/2007 (2007) contempla algumas alterações ao regime das USF, considerando a possibilidade da sua extinção, por decisão do Conselho Geral (sempre em maioria de dois terços), devido a:

- demissão do coordenador, sem que outro elemento da equipa médica se disponibilize para o cargo;
- abandono superior a 50 % dos membros de qualquer das três equipas (ou um número superior a um terço dos profissionais do total da equipa, sem substituição no prazo de 12 meses);
- falsificação de registos no sistema de informação;
- incumprimento sucessivo da carta de compromisso, sendo este considerado desempenho inferior ao valor percentual do índice de desempenho global (IDG);
- incumprimento, durante dois anos consecutivos, dos tempos máximos de resposta legalmente definidos.

Existe também a possibilidade de qualquer elemento da equipa poder deixar de integrar a USF, sendo necessário apresentar um pedido de cessação ao Conselho Geral, com antecedência de 60 dias, comunicando essa intenção ao centro de saúde de origem ou ACeS, que, por sua vez, permitirá a autorização de saída e a substituição/integração de um novo elemento na equipa. A USF poderá ampliar a equipa perante um aumento do número de utentes inscritos na USF (Decreto-Lei n.º 73/2017, 2017). As competências dos profissionais referenciados são apresentadas no Quadro 4.

Quadro 4: Competências do coordenador, Conselho Geral e Conselho Técnico

Competências	
Coordenador	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordenar as atividades da equipa e garantir o cumprimento do plano de ação ▪ Exercer as competências previstas no regulamento interno da USF ▪ Presidir às reuniões de Conselho Geral ▪ Representar externamente a USF ▪ Assegurar reuniões com o representante da população apresentando o plano de ação e relatório de atividades ▪ Autorizar comissões gratuitas de serviço no país ▪ Deter competências para validar documentos exigidos por lei ou regulamento ▪ Deter competências de cargo de direção intermédia que lhe sejam delegadas ▪ Delegar competências noutros elementos da equipa
Conselho Geral	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aprovar o regulamento interno, a carta de qualidade, o plano de ação, o relatório de atividades ▪ Aprovar a proposta de carta de compromisso ▪ Garantir o cumprimento do regulamento interno ▪ Nomear novos coordenadores ▪ Aprovar a substituição de quaisquer elementos da equipa multidisciplinar ▪ Pronunciar-se sobre articulação de gestão e recursos disponibilizados à USF ▪ As decisões acima descritas são consideradas por maioria de dois terços
Conselho Técnico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Articular com o Conselho Clínico e de Saúde do ACeS ▪ Promover procedimentos que permitam uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde ▪ Avaliar o grau de satisfação dos utentes da USF e dos profissionais da equipa ▪ Elaborar e manter atualizado o Manual de Boas Práticas ▪ Organizar o plano de formação contínua e de investigação ▪ Contribuir para uma cultura organizacional de formação, qualidade, humanização e rigor científico

(Fonte: Decreto-Lei n.º 298/2007,2007)

De acordo com o Decreto-Lei n.º 298/2007, revisto pelo Decreto-Lei n.º 73/2017, os horários de trabalho a praticar de cada elemento da equipa, assim como o início e o termo do período normal de trabalho, devem constar do regulamento interno, tendo em conta o plano de ação, o período de funcionamento, a cobertura assistencial e as modalidades de regime de trabalho previstas na lei. Nas USF Modelo B, o horário de trabalho deve ter como base as 35 horas, com incrementos ajustados às unidades contratualizadas (UC). Os horários dos profissionais são aprovados em Conselho Geral e submetidos pelo coordenador ao diretor executivo do ACeS.

Relativamente ao regime de prestação de trabalho dos profissionais das USF, este é o que está previsto nas respetivas carreiras profissionais, sendo os níveis retributivos determinados em

função das habilitações, aos quais é acrescentado o regime de incentivos institucionais e financeiros, com objetivo de motivar a prestação de cuidados e incentivar o desempenho coletivo, tendo em conta os ganhos de eficiência atingidos (Decreto-Lei n.º 73/2017, 2017).

A compensação pelo desempenho está associada à carteira adicional de serviços contratualizados com valor fixo orçamentado e à atribuição de incentivos financeiros mensais, dependendo estes da concretização dos objetivos contratualizados, decorrentes da vigilância de grupos considerados vulneráveis e de risco pela Direção Geral de Saúde (Decreto-Lei n.º 73/2017, 2017). As equipas distinguem-se no caso dos incentivos financeiros, sendo a classe médica remunerada mensalmente, enquanto os enfermeiros e assistentes técnicos apenas são ressarcidos do seu prémio (valor orçamentado para cada equipa) no ano seguinte, após avaliação dos objetivos atingidos. O valor atribuído a cada equipa é dividido por quota igual para todos os elementos. O número mínimo de utentes inscritos, por médico e enfermeiro, é de 1917 unidades ponderadas (UP), que correspondem a 1550 utentes, já o assistente técnico tem uma lista mínima de 2474 UP, que correspondem a 2000 utentes de uma lista (Decreto-Lei n.º 298/2007, 2007).

Os incentivos institucionais constam da carta de compromisso, por contratualização anual, em qualquer que seja o modelo de USF, sendo avaliados nas áreas da acessibilidade, desempenho assistencial, satisfação dos utentes e eficiência. Estes incentivos podem ser utilizados na participação em conferências, simpósios, colóquios e seminários, assim como no apoio à investigação, sendo consideradas, pelo Ministério das Finanças e da Administração Pública e Saúde, como incentivos motivacionais que promovem o desenvolvimento de ambientes físicos aquando do exercício de funções e também o desenvolvimento das competências que advêm do apoio a ações de formação (Portaria n.º 301/2008, 2008).

Nas Unidades Modelo B, face ao grau de maior amadurecimento organizacional, contratualizam-se objetivos e exige-se um nível de desempenho superior, comparativamente às de Modelo A, exigindo, por isso, uma maior competência na definição de estratégias para a gestão de equipas, o que, por sua vez, reforça a importância na seleção de coordenadores com capacidades de gestão e liderança. Segundo Luís (2016, p. 31), “qualquer organização de saúde seja um hospital de alta complexidade ou mesmo um centro de saúde, exige gestão especializada, formada por profissionais efetivamente empenhados na obtenção dos objetivos finais do serviço que dirigem”.

1.3 Modelos de gestão nas instituições de saúde

Face ao desenvolvimento dos modelos de gestão nas organizações empresariais, principalmente a partir da democratização, os seus princípios inovadores, resultantes dos novos modelos de administração, expandiram-se também ao setor da saúde (Nunes, 2013).

Segundo o mesmo autor, a incorporação de abordagens empresariais nos hospitais foi essencial no processo de modernização e revitalização do SNS, impulsionado pela Lei de Gestão Hospitalar (Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro), em 2002. Essa legislação estabeleceu a transformação dos hospitais em Entidades Públicas Empresariais (EPE), as quais, por sua vez, promoveram, através de um novo sistema de financiamento, um impacto significativo na eficiência e eficácia da gestão da administração hospitalar, anteriormente apenas de carácter público.

Os modelos de gestão e a cultura organizacional implementados nas instituições de saúde são fatores fundamentais quando se pensa em estratégias de gestão que promovam a eficiência e a satisfação, quer dos profissionais, quer dos clientes (Cruz & Ferreira, 2012). Esses modelos definem-se, segundo alguns autores, como um conjunto de diretrizes que têm por base teorias de gestão que facilitam a conquista de objetivos, permitindo uma maior eficácia das organizações (Cunha & Balsanelli, 2014; Mateus, 2018).

Na opinião de Sousa (2009, citado em Mateus, 2018), os modelos de gestão devem estar alinhados com os objetivos da organização, podendo considerar-se que vários modelos se complementam em diferentes situações da organização, não se limitando por isso apenas à utilização de um só. As organizações como sistema aberto devem adquirir a capacidade de se adaptar e reorganizar, assim como de lidar com constrangimentos internos e externos, criando uma cultura organizacional que potencie a adaptação e a competitividade, constituindo uma complementaridade entre a cultura organizacional e os modelos de gestão, sendo estes fatores decisivos para o sucesso das organizações. Uma cultura organizacional forte e bem definida cria identidade e compromisso com a instituição, incentivando a certeza e a união coletiva (Mateus, 2018).

A necessidade de aumentar a eficiência e diminuir desperdício é uma constante na história da gestão, o que motivou o seu desenvolvimento, enquanto campo do saber, e a adoção de modelos que dessem resposta a essa necessidade, procurando-se assim resolver crises económicas e fomentar o crescimento. Inicialmente, Escola da Administração Científica, fundada por um engenheiro, Taylor (1856–1915), considerava que o aumento da eficiência se conseguia através da especialização dos operários, atribuindo tarefas simples, automatizadas e especializadas, investindo na competência e desenvolvimento dos profissionais, melhorando a eficiência e a produtividade, numa abordagem de operário para supervisor, também ele especializado na unidade de trabalho. Porém, apesar de enfatizar o trabalho automatizado por tarefas, Taylor sentiu que faltava envolvimento dos profissionais e conhecimentos por parte dos gestores, fatores que considerava importantes para o sucesso das organizações. Assim, procurou outras ferramentas e estratégias como complemento, investindo numa gestão baseada no estudo dos processos, na formação dos profissionais, na supervisão e remuneração de acordo com o desempenho de cada um (Chiavenato, 2004; Maximiliano, 2010; Mateus, 2018).

Fayol (1841–1925) desenvolveu a Teoria da Organização Administrativa, que defendia a gestão como centro de toda a organização, considerando que o planeamento, organização, distribuição de hierarquias, divisão por departamentos, coordenação, assim como incentivos e propostas de melhoria teriam melhores resultados se surgissem do topo da organização. Foi o primeiro a definir com clareza as funções e as competências de cada gestor de forma a responsabilizá-lo, de acordo com o seu nível hierárquico, pelo funcionamento eficaz dos seus colaboradores (Cruz & Ferreira, 2012; Cunha & Balsanelli, 2014; Vilar et al., 2016; Mateus, 2018). Por outro lado, Ford (1863-1947) defendia a produção em série preocupando-se em garantir grande quantidade de produção e diminuição de custos e de tempo (Chiavenato, 2004; Bastos, 2014).

A Teoria da Burocracia surgiu com Weber (1864–1920), que defendia que o sucesso das organizações resultava da sua análise, considerando que os objetivos e as atividades a serem desenvolvidas pelos profissionais deveriam estar predefinidos pelos responsáveis hierárquicos; uma metodologia que pretendia organizar e dirigir de forma rígida as atividades das empresas, como garantia de maior eficiência. As características burocráticas deste modelo apresentavam regras fixas, imutáveis em relação ao meio exterior considerado previsível. Esta teoria expandiu-se rapidamente por atribuir um elevado estatuto social aos gestores (Chiavenato, 2004; Mateus, 2018)

As Teorias das Relações Humanas surgiram em 1929, por Elton-Mayo, pondo em causa todas as Teorias Administrativas Científica e Clássicas, uma vez que se baseavam em explorar as atividades e os sentimentos dos profissionais, assim como a influência na interação entre o superior e o colaborador. Consideravam a segurança, o afeto, o prestígio, a aprovação social e a autorrealização como necessidades humanas dos profissionais, defendendo que a motivação e a liderança proporcionavam uma maior satisfação ao grupo, convertendo-se, conseqüentemente, em produtividade. Esta teoria via o indivíduo como parte do sistema fechado da organização, considerando o relacionamento interpessoal e as características individuais como fatores influenciadores da produtividade (Chiavenato, 2004; Bastos, 2014; Freitas, 2018).

A Teoria Estruturalista surgiu na década de 50 do século XX, por um desdobramento dos autores da Teoria da Burocracia, com a intenção de juntar as Teorias Clássicas e as Teorias das Relações Humanas, considerando a estrutura e o ambiente inter-relacionado, isto é, consideravam que as organizações eram constituídas por um grupo de profissionais, com papéis diferentes, mas com a mesma finalidade organizacional. Na mesma década, surgiu a Teoria Comportamental, que se centrava nos comportamentos humanos direcionados para objetivos, considerando o ambiente organizacional como importante e influenciador desses mesmos comportamentos. Desta forma, este modelo atribui uma importância maior às necessidades humanas, quando comparadas com necessidades financeiras, motivo pelo qual os seus defensores (Barnard, Simon, McGregor, McClelland, entre outros) se debruçaram no estudo do comportamento humano e do comportamento organizacional (Chiavenato, 2004; Cruz & Ferreira, 2012; Mateus, 2018).

A Teoria Neoclássica, que surgiu também nos anos 50, apresentava já alguma evolução quando comparada com a anterior, pois, apesar de se concentrar mais nos resultados e nos objetivos, pretendia igualmente resolver o problema entre a centralização e a descentralização. Segundo Chiavenato (2004), a centralização é caracterizada por atribuir autoridade ao executivo máximo da organização, apresentando como vantagens o facto de serem tomadas decisões direcionadas aos objetivos específicos da organização, a aquisição de uma maior especialização no desempenho de funções de gestão e os custos reduzidos; em contrapartida, considerava como desvantagens o facto de as decisões serem distantes dos profissionais e sem o conhecimento da realidade do terreno. A descentralização, segundo o mesmo autor, pressupõe o envolvimento de todos os profissionais nas decisões da organização, considerando esta uma estratégia de motivação

dos profissionais, de criação de identidade para com a organização, reduzindo tempo e gastos (Bastos, 2014).

Segue-se, na década de 60, a Teoria do Desenvolvimento Organizacional, que tinha a pretensão de perceber como podia promover o crescimento e o desenvolvimento das organizações utilizando uma estratégia educacional. Assentava em princípios comportamentais, assumindo que os atributos de cada indivíduo constituíam um contributo para a melhoria das organizações, pelo que pretendiam instituir mudanças de atitudes, valores, estrutura e crenças. Esta teoria foi evoluindo para a Teoria Sistémica da Organização, com Bertalanffy (1950–1968), que defendia que os sistemas eram constituídos por subsistemas, considerando uma interação e interdependência entre todas as partes da organização e o meio, orientados para um objetivo comum (Chiavenato, 2004; Mateus, 2018).

A modernização fez emergir a Teoria da Contingência, ainda na década 60, que pretendia avaliar quais os modelos mais eficazes das organizações, uma vez que considerava a possibilidade de os administradores/gestores adotarem diferentes metodologias para as diferentes necessidades diagnosticadas. Para Weick (1979, citado por Luís, 2016), fazer parte de uma organização requer a adoção de atitudes e comportamentos consistentes com os valores e princípios da mesma. Na Teoria da Contingência, a organização passa a ser considerada como um sistema que interage com sistemas internos e externos, sendo que as organizações de sucesso seriam as que se adaptam às exigências do ambiente (Maciel, 2011; Bastos, 2014).

O final da década de 90 é marcada pelo aparecimento das tecnologias da informação, da competitividade e da produtividade, o que fez surgir o modelo de gestão pela Qualidade Total. Este preconizava a melhoria da qualidade através da monitorização dos cuidados, envolvendo todos os colaboradores da organização, para implementar melhorias graduais a nível dos cuidados. Este modelo, para o qual Deming, Juran e Feigenbaum contribuíram, apresentava uma responsabilidade partilhada a todos os níveis da organização para garantir o contributo de todos na conquista dos seus objetivos. Baseava-se numa gestão descentralizada, que defendia, como vantagens, a simplificação, a transparência e o empoderamento dos profissionais para tomar decisões, no que se traduzia numa melhoria contínua e na redução de custos e tempo (Chiavenato, 2004; Maciel, 2011; Bastos, 2014).

Este modelo democrático e participativo, existente ainda na atualidade, favorece o espírito de equipa e o sentimento de pertença, pela colaboração e envolvimento de todos nas decisões e nas funções de gestão. Segundo Maciel (2011), uma vez abolido o modelo centralizado e burocrático, passa a ser utilizado o conceito de gestor e líder nos contextos organizacionais, com competências para conduzir os seus profissionais a colaborar voluntariamente. O Modelo de Comportamento de Meyer e Allen (1997) apoia-se no empenho organizacional, que se define como a “força relativa da identificação e envolvimento de um indivíduo com uma organização em particular” (citado por Nunes & Gaspar, 2014, p. 16), o que confirma a ideia de que o êxito das organizações depende do envolvimento de todos.

Os modelos de administração no campo da saúde passaram por várias mudanças ao longo do tempo, com vista a alcançar uma oferta de cuidados personalizados, abrangentes e seguros. A transformação dos hospitais em EPE trouxe consigo uma nova dinâmica, a contratualização, que se refletiu em novas formas de interação entre os serviços públicos à semelhança dos privados (Bastos, 2014).

A gestão privada foi sempre sentida com superioridade quando comparada com a gestão pública. Por isso, com a queda da gestão burocrática e a evolução dos modelos de gestão, foram introduzidos os conceitos da *New Public Management*, que impulsionaram a utilização de metodologias como o planeamento e a contratualização com o intuito de reorganizar os serviços de saúde à semelhança do setor privado, promovendo uma modernização que permitisse a inclusão participativa dos utentes; parcerias entre público, privado e setor social; maior eficiência e melhores cuidados. Foram desfeitas as hierarquias, delegadas competências, partilhadas decisões, permitindo uma maior e melhor interação dos gestores, tanto na gestão de recursos humanos como financeiros e materiais (Rodrigues & Araújo, 2005).

Wright (1997, citado por Madureira & Rodrigues, 2006) faz alusão ao trabalho desenvolvido por Peters e Waterman (1982), que já nessa altura consideravam a necessidade de adotar um modelo semelhante para a gestão privada e pública, assumindo como fulcral a descentralização, a flexibilização e a autonomia para a reforma administrativa. À gestão foi atribuída a responsabilidade de se adaptar às condições organizacionais, aprender sobre necessidades comportamentais, reabilitar recursos humanos mesmo quando escassos, motivar e influenciar a mudança organizacional.

A descentralização foi considerada como fundamental para a promoção de criatividade e a inovação organizacional, apresentando uma diversidade de definições, podendo, segundo alguns autores (Tobar, 1991; Castillo, 1998, citados por Barbosa, 2018), ser tida como uma cedência de autoridade no planeamento e na tomada de decisão ou como uma distribuição de poder e capacidade de decisão, envolvendo autonomia. Além disso, pode também ser entendida como um processo político e social de transferência de autoridade e da responsabilidade relacionadas com o planeamento e a decisão, envolvendo a decisão centralizada em decisão local, ou uma distribuição do poder e da capacidade de decisão, inserida na autonomia; outros autores consideram que a descentralização poderá expressar-se pela criação de unidades locais de gestão administrativa, com autonomia e legislação própria (Tobar, 1991; Castilho, 1998, citados por Barbosa, 2018).

Se na década de 50 se usavam os termos administração/gestão para o mesmo cargo, na atualidade usam-se também dois termos que, não sendo iguais, se complementam – gestão e liderança e que interessa analisar. Segundo Luís (2016) a necessidade da existência de um administrador ou gestor é crucial, por ser essencial ter especialistas competentes para liderar hospitais (ou áreas específicas dentro deles), que lhes confira requisitos de qualificação tanto pela atualização constante, como pelo conhecimento de normas, rotinas, pontos fortes e pontos a melhorar na organização, considerando também o ambiente organizacional e a satisfação dos profissionais. O conhecimento nesta área confere ao administrador/gestor o reconhecimento enquanto especialista, entre os outros profissionais, pelo seu contributo para excelência de cuidados dentro da instituição de saúde (Luís, 2016). Administradores e gestores precisam de conhecimento especializado e formação para equilibrar as necessidades dos funcionários e as exigências do mercado competitivo. A liderança eficaz, conforme Soto (2002, citado por Luís, 2016), vai além da gestão de regras, inclui a motivação e a colaboração para alcançar metas. Marquis e Huston (2005, citados por Luís 2016) afirmam que liderar é uma forma de aumentar a produtividade ao estimular o potencial da equipa; porém, a ocupação de um cargo de liderança não é condição única para ser considerado líder, pois apenas o seu comportamento e atitudes determinam essa posição de liderança. Na opinião de Sinek (2019), quanto maior é o esforço do líder para o sucesso do grupo, maior é a sua valorização e respeito, o que por sua vez se reflete no reconhecimento do estatuto e da motivação em contribuir para o grupo.

Considerando os termos atuais sobre gestão e liderança, vários autores consideram estes dois papéis igualmente importantes quanto à conquista de objetivos organizacionais exigidos em pleno século XXI considerando que devem ser adquiridos conhecimentos e habilidades que permitam o conhecimento das suas diferenças. Enquanto a gestão valoriza a ordem, o planeamento, a organização de recursos e a consistência, a liderança procura influenciar, produzir mudança e movimento em direção às metas (Diggele et al., 2020). Todavia, o autor e seus colaboradores consideram que uma má gestão torna difícil alcançar as metas; e uma má liderança, por sua vez, não permite a criação de metas.

Alguns estudos relatam a relação entre liderança, comportamento, satisfação dos profissionais e elevado desempenho das equipas, razão pela qual cada vez mais se consideram as habilidades de liderança e gestão como requisitos para as organizações de saúde, defendendo que é essencial dotar de novas competências as organizações públicas, tornando os profissionais mais flexíveis e recetivos à mudança, apoiando-os a adaptarem-se a situações imprevistas (Lord & Brown, 2001, citados por Mateus, 2018).

Importa perceber que existem também vários modelos de liderança que têm aspetos importantes a conhecer. O modelo de liderança transacional apresenta uma relação de autoridade, entre líder e profissional (colaborador), na definição de objetivos, utilizando o reforço positivo e a recompensa como forma de motivação (Diggele et al., 2020). Não valoriza a importância da criatividade e inovação; em contrapartida, sobrevaloriza a ordem, a estrutura e os resultados previamente estabelecidos.

Por sua vez, a liderança transformacional, segundo os mesmos autores, exhibe habilidades capazes de influenciar a transformação dos seus profissionais, direcionando-os para o objetivo comum da organização. Esta caracteriza-se como uma liderança inspiradora de equipas, uma vez que incentiva a inovação, o espírito colaborativo e a responsabilidade partilhada para atingir as metas da organização, assim como o investimento na autonomia, na responsabilidade e no equilíbrio entre elas, considerando que o reconhecimento e clarificação das funções são fundamentais para o bom desempenho das equipas (Diggele et al., 2020).

Os líderes devem desenvolver capacidades de gestão de tempo, relação interpessoal e adquirir habilidades comunicacionais importantes na clarificação de objetivos, de metas, que os

capacitem para um eficaz encorajamento dos outros. O papel de líder tem por base o princípio de dar o primeiro passo, incentivando e apoiando os seus seguidores (Luís, 2016; Diggele et al., 2020). Estes autores definem liderança como um conjunto de práticas e habilidades que podem ser adquiridas tanto por estudo individual, como pela participação em cursos de liderança, considerando que as organizações de saúde, sendo altamente especializadas, necessitam de investimento na área da qualidade, inovação, desenvolvimento interpessoal e aprendizagem contínua para a mudança.

Assim, acrescenta, o mesmo autor, que os líderes podem ser identificados, treinados e avaliados, assumindo a formação em liderança uma necessidade para o desenvolvimento de todas as profissões e organizações do século XXI (Luís, 2016). Em consonância, Mateus (2018, p. 11) considera que “a liderança é apontada como um fator chave para o sucesso das organizações de saúde, que necessita claramente ser melhorado”.

1.3.1 Modelo de gestão das USF

Nas últimas décadas em Portugal, os cuidados de saúde primários passaram por várias reformas, resultantes da evolução dos modelos de gestão, com o intuito de atender às necessidades da população. Houve um investimento na governação clínica (GC), que se define como “um sistema de conhecimentos, atitudes e práticas de ‘pilotagem’ clínica individual, de equipas e serviços visando à qualidade dos cuidados” (Biscaia & Heleno, 2017, p. 704), numa abordagem de gestão descentralizada em vários níveis de atuação, envolvendo e incentivando e responsabilizando todos os profissionais na procura do aperfeiçoamento da qualidade (Borges, 2021).

Assim, a reforma de 2005 destacou-se como fundamental, por ter rompido com o modelo hierárquico tradicional burocrático e promover a integração de trabalho em rede na prestação de cuidados de saúde primários, atribuindo responsabilidade técnica e autonomia às USF independentes do ACeS (Biscaia & Heleno, 2017).

Sendo as organizações de saúde classificadas como organizações especializadas, têm também na sua constituição profissionais qualificados, capazes de produzir, manter e comunicar conhecimento (Luís, 2016).

Com a reforma dos CSP, o XVII Governo Constitucional (2005–2009) identificou, no Programa XVII, a necessidade de criar Unidades de Saúde Familiar que tivessem por base um conjunto de princípios como a descentralização, a auto-organização, a avaliação e a responsabilização pelos resultados, através de contratualização de metas de desempenho. Era necessário garantir o equilíbrio entre a exigência da qualidade dos cuidados e o compromisso assistencial, bem como retribuir, por incentivos, as equipas pela sua excelência e esforço em instigar ganhos em saúde a favor da resolução da crise económica. A possibilidade de garantir médico de família a um maior número de utentes portugueses constituía um objetivo da Missão dos Cuidados de Saúde Primários (MCSP). Estes assumiram, até à atualidade, um papel de liderança, potenciado por valores como equidade, solidariedade e universalidade, refletindo-se na sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (Portaria n.º 212/2017, 2017).

As USF formaram-se através de processos de candidatura voluntária, apresentados por equipas (enfermeiros, assistentes técnicos e médicos) auto-organizadas para a prestação de cuidados de saúde, dotadas de autonomia organizativa a nível da gestão funcional, técnica e assistencial. Pretendia-se obter resultados em termos de efetividade e acessibilidade para as famílias e comunidades, através da melhoria contínua da qualidade, nos processos assistenciais e intervenções em saúde (Biscaia & Heleno, 2017).

As USF são constituídas por equipas multiprofissionais, motivadas, com modelo de gestão descentralizado e cultura de responsabilização partilhada entre todos os elementos, com capacidade crítico-reflexiva cimentada numa confiança e identidade recíproca, que se mostraram mais eficientes. Têm por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, com o dever de garantir o direito à saúde, a globalidade, a qualidade e a continuidade desses cuidados. O objetivo governamental era diminuir a afluência às urgências e as áreas de especialidade, objetivo que seria atingido pelo alargamento das listas médicas, da livre escolha do seu médico pelo cidadão e pela intersubstituição garantida pelos profissionais dessas equipas (Decreto-Lei n.º 298/2007, 2007; Magalhães, 2013).

As USF regem-se por uma estrutura descentralizada, numa hierarquia técnica, apresentando como missão o desenvolvimento de estratégias que permitam envolver a intervenção das diversas equipas multidisciplinares, com a finalidade de promover cuidados contínuos e de qualidade aos utentes. Nestas, prioriza-se a prática de grupo, partilhada com discussão e análise da situação dos utentes e suas famílias, com equipas nucleares, na área da medicina geral e familiar (Santos, 2008; Biscaia & Heleno, 2017; Borges, 2021).

Em 2010, foi aprovado o processo de contratualização interna entre os ACeS e as USF orientando, conduzindo e analisando as equipas em cada reunião de contratualização. Posteriormente, o ACeS, apresentava um relatório escrito à Administração Regional de Saúde (ARS). A gestão baseada no plano de desempenho e contratualização é feita por objetivos; que, segundo Peter Drucker (2000, citado por Fernandes, 2013), consiste num sistema de gestão participada caracterizada pela envolvimento eficiente de todos, traduzindo-se consequentemente numa Gestão de Resultados.

O valor das USF foi demonstrado em vários estudos, sendo o mais importante publicado em 2016, pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), uma entidade pública que tem como missão a regulação das instituições de saúde. Este estudo refere que, em 2009, as 200 USF existentes, ofereciam assistência familiar a cerca de 2,2 milhões de portugueses, permitindo também que cerca de 250 mil pessoas tivessem médico de família (ERS, 2016).

Salienta-se ainda, nesse estudo, que o Plano Nacional de Saúde (2012–2016) acrescentou, à reorganização dos CSP, a figura do Enfermeiro de Família, dando especial atenção à sua intervenção nos cuidados centrados à família, ao longo do seu ciclo vital. Assim, tendo em conta o sucesso das USF, foram estabelecidas metas para a propagação das mesmas pelos vários locais do país (Decreto-Lei n.º 118/2014, 2014; ERS, 2016).

A estratégia utilizada pelas USF no que se refere ao envolvimento de todos os elementos na gestão organizativa e funcional continua a ser considerada, na atualidade, imprescindível para o sucesso das mesmas (Decreto-Lei n.º 298/2007, 2007; Biscaia & Heleno, 2017).

Apesar da gestão descentralizada, com base numa hierarquização horizontal, utilizada nestas equipas, a legislação preconiza a existência de um coordenador, ao qual é atribuída a responsabilidade de desenvolver e capacitar a equipa, avaliar e motivar a colaboração e o

desempenho conjunto, comunicar assertivamente, resolver conflitos, negociar metas e tomar decisões. Segundo Pinheiro (2019), o coordenador desempenha funções de liderança dentro da organização, tanto a nível da tomada de decisão como na delegação de tarefas, assumindo o esforço cumulativo das competências de coordenador e de médico de família. A mesma autora autor refere que o coordenador deve ser obrigatoriamente um bom gestor e um bom líder, uma vez que, ao ser elemento integrante da equipa, vivencia as suas dificuldades e as suas conquistas, o que, de certa forma, auxilia na capacidade intencional de influenciar os seus colaboradores (Pinheiro, 2019).

O coordenador é obrigatoriamente um médico, eleito democraticamente pela equipa em Conselho Geral, não existindo qualquer requisito específico em termos de habilitações académicas ou competências especializadas (Decreto-Lei n.º 298/2007, 2007).

Para Fernandes et al. (2009), as competências da gestão são essenciais em qualquer organização, razão pela qual considera que a capacidade de gerir uma equipa de saúde exige requisitos quanto ao perfil do profissional, que deveria ser uma pessoa equilibrada, com capacidade para enfrentar os desafios e limitações do serviço, gerir recursos humanos e materiais reduzidos, além de possuir competências na área dos relacionamentos interpessoais, promovendo a diminuição de conflitos, influenciando e motivando a equipa e, conseqüentemente, garantir a satisfação do utente. Este autor define competências de gestão como “um conjunto de características percebidas nas pessoas que envolvem conhecimentos, habilidades e atitudes que levam a um desempenho superior” (Fernandes et al., 2009, p. 1542).

Também Mateus (2018) aponta como competência necessária, para um gestor/administrador de equipas de saúde, a liderança e o incentivo à mudança nos comportamentos, o que se refletirá em bons níveis de eficácia e sustentabilidade organizacional, não obstante menosprezar a necessidade de analisar se o atual perfil de competências da gestão está alinhado com os novos contextos de inovação e políticas do Sistema de Saúde Português.

Luís (2016), citando Seixas e Melo (2004), ressalva que os profissionais de saúde, quer sejam médicos ou enfermeiros, ao assumirem cargos de gestão, sem formação especializada que lhes permita o conhecimento das atividades e competências esperadas, contribuem para a perda de um bom profissional na instituição de saúde, a qual, por sua vez, não ganha necessariamente um bom chefe. Vários autores acreditam que profissionais formados serão a escolha certa para o lugar certo,

contribuindo para o efetivo cumprimento da missão da organização (Luís, 2016). O mesmo autor, citando Arruda (2012), afirma ainda que qualquer organização de saúde, pública ou privada, considerada como complexa, exige uma gestão especializada, assumida por profissionais empenhados na concretização dos objetivos do serviço. Segundo ele, as competências de um gestor/líder, sem formação e sem interesse pela aquisição conhecimentos e habilidades na área, põem em causa o compromisso dos resultados. Considera, por isso, imprescindível que as unidades de saúde sejam geridas por profissionais habilitados estrategicamente para essa finalidade. Também Porter (2006) considera que as instituições de saúde necessitam de gerar um valor maior, pela complexidade que apresentam em comparação com outras, pois encerram valores e normas, sociais, éticas e profissionais, aliados a diretrizes impostas pela legislação. Esse valor maior é conseguido por meio de uma melhor influência e motivação para alcançar melhores práticas de serviço ao utente (Porter, 1990; Porter & Teisberg, 2006, citados por Veloso et al., 2013).

Em 2022, vivenciamos novamente uma reformulação do SNS, que pretende “clarificar o papel e a relação entre os vários atores de saúde, assim como reafirmar a centralidade pelos princípios da universalidade, generalidade e gratuidade” (Decreto-Lei n.º 52/2022, 2022, p. 5).

A principal mudança no estatuto do SNS é a criação de uma Direção Executiva, que assumirá a coordenação da resposta assistencial de todas as unidades de saúde do SNS, com a pretensão de rever e atualizar os regimes de criação, organização e funcionamento dos respetivos estatutos do SNS. Destaca-se, nesse novo estatuto, a alteração da natureza jurídica dos ACeS, que são reconhecidos como institutos públicos de regime especial, dotados de autonomia administrativa e património próprio, com responsabilidades de contratualização da prestação de cuidados de saúde primários com a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), à semelhança do que acontece com as unidades hospitalares. As USF que integram os ACeS continuam a definir-se como unidades de cuidados personalizados, mantendo as suas equipas multidisciplinares com autonomia organizativa e desenvolvendo a sua atividade com base nos objetivos contratualizados, que garantem a carteira básica de serviços. Todavia, este novo estatuto aporta alterações quanto à designação dos coordenadores das USF, dado que “serão selecionados por decisão fundamentada do Diretor Executivo do ACeS, de entre outros profissionais, não apenas pela competência demonstrada no exercício de funções de coordenação e gestão de equipas, mas também pela

competência técnica na área dos cuidados de saúde primários, valorizando as habilitações na área da gestão em saúde” (Decreto-Lei n.º 52/2022, 2022, p. 17).

Consequentemente, persiste o cargo de Coordenação das Unidades de Saúde Familiar, subentendido à classe médica, por três anos, renovável por igual período.

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A investigação científica representa um método de aquisição de conhecimentos, uma vez que procura respostas objetivas (Fortin, 1999). É um “processo sistemático, que assenta na colheita de dados observáveis e verificáveis, retirados do mundo empírico, que é acessível aos nossos sentidos, tendo em vista descrever, explicar, predizer ou controlar fenómenos”. A investigação científica recorre, portanto, a metodologias e técnicas de forma a garantir a fiabilidade e qualidade dos seus resultados (Fortin, 1999, p. 17).

Maciel (2011) considera, tal como Carter e Little (2007, citados por Maciel, 2011), que a metodologia é uma descrição do estudo, a explanação, a justificação e os métodos, na qual se descreve e delimita o percurso do nosso estudo empírico, definindo as questões de investigação, explicando-se e justificando-se as opções metodológicas escolhidas, em que se descrevem os instrumentos e procedimentos, se apresenta o guião da entrevista utilizado, e os critérios de inclusão e exclusão importantes para a construção da amostra.

No presente estudo, face à problemática em análise, considerou-se que a metodologia qualitativa era a que melhor se adequava ao propósito da investigação. De acordo com Streubert e Carpenter (2011, p. 21) a “existência de múltiplas realidades e da criação de significado para os indivíduos estudados é uma crença fundamental dos investigadores qualitativos”, uma vez que se sentem comprometidos com a descoberta das experiências diferentes vividas pelos participantes.

A tentativa de descobrir as várias formas de compreender os fenómenos e de perceber as vivências e perspetivas de cada participante é fundamental para a escolha do método. Os investigadores que usam metodologia qualitativa não procuram apenas uma única verdade, pois têm como finalidade apresentar uma visão da realidade dos participantes, daí ser importante o compromisso e o respeito entre investigador, no que se refere ao seu espaço e à perspetiva interior do entrevistado (Streubert & Carpenter, 2011). Também Sampieri et al. (2013) consideram que a metodologia utilizada em estudos qualitativos explora a realidade subjetiva de cada pessoa, sem

qualquer interesse em associações numéricas quantificáveis e generalizadas, pois valorizam os significados, sem procurar a sua replicação.

Face ao exposto, neste capítulo apresenta-se o enquadramento metodológico, delimita-se o problema de investigação, apresenta-se a finalidade, os objetivos e as questões de investigação, caracteriza-se o tipo de estudo, o contexto e os participantes, explicita-se o processo de recolha e de análise dos dados e os procedimentos éticos adotados.

2.1 Justificação do estudo

As USF foram consideradas um marco na reforma dos cuidados de saúde primários porque se mantinham alinhados com a sua missão, com ênfase na centralidade na pessoa, na eficiência e equidade aos recursos de saúde, com o envolvimento dos profissionais (médicos, enfermeiros e assistentes técnicos), considerando princípios de auto-organização e responsabilização da equipa, no sentido de uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e da obtenção de ganhos em saúde (Magalhães, 2013; Biscaia & Heleno, 2017; Neves, 2017).

Todos os elementos da equipa da USF devem contribuir para a qualidade dos cuidados, partilhando responsabilidades e funções. A gestão das USF é realizada apenas pelo médico coordenador, função que acumula com a função clínica, em que o seu papel principal é o do exercício de medicina familiar, o que significa que a sua ação enquanto gestor é sempre secundária face à prestação de cuidados (Pinheiro, 2019). Apesar de o órgão máximo ser o Conselho Geral, em que estão incluídos todos os elementos da USF, o coordenador tem a responsabilidade de desenvolver e capacitar a equipa, avaliar e motivar a colaboração e o desempenho conjunto, comunicar assertivamente, resolver conflitos, negociar metas, tomar decisões que envolvem todos os elementos da equipa e delegar tarefas.

Segundo Pinheiro (2019), um coordenador (médico) pode não ter qualquer formação em gestão, contudo, ficando responsável por esse cargo, terá de procurar conhecimentos, de desenvolver um esforço complementar para responder positivamente às exigências impostas por um cargo de coordenação. Uma outra condicionante tem que ver com o facto de existir rotatividade do cargo de coordenador em algumas das USF, alternando entre os diferentes elementos da equipa médica, por votação, em Conselho Geral, dos restantes elementos da equipa multiprofissional, sendo o prazo do mandato definido em Regulamento Interno. Em alguns casos, e pese embora a pessoa eleita possa reconhecer não ser detentora de um perfil de liderança para assumir o cargo/funções, por pressão acaba por o assumir (Pinheiro, 2019). Existem, porém, outras realidades no que concerne a esta questão, de coordenadores desgastados, sobrecarregados, que são reeleitos consecutivamente por falta de disponibilidade dos restantes elementos da equipa para o cargo.

Perante a experiência de 14 anos de exercício de funções numa USF Modelo B, sob coordenação de pessoas com diferentes perfis, sendo que muitos dos que assumiram este cargo o fizeram, considerando as exigências deste tipo de função, pela pressão da equipa ou porque o Regulamento Interno exigia uma rotatividade temporal, foi sentida a necessidade de conhecer a perceção dos profissionais, que integram equipas das USF, sobre os modelos de gestão organizativa, funcional e técnica das mesmas.

Considerando as exigências deste tipo de função, surgiu a questão quanto à pertinência dos critérios de seleção para este cargo, que atualmente se limitam à exigência de o coordenador ser médico da equipa da USF, não existindo outros requisitos prévios, nomeadamente ao nível das competências em gestão, além da categoria profissional.

Dias e Moniz (2019) consideram que nas USF todos os profissionais da equipa multidisciplinar devem contribuir para a gestão da unidade. Realçam que os enfermeiros têm vindo a desenvolver funções de gestão, coordenação, planeamento, organização e controlo das unidades de saúde. De acordo com esta perspetiva, considera-se uma mais valia conhecer a perceção das equipas multidisciplinares quanto aos requisitos de elegibilidade para o cargo de coordenação.

2.2 Objetivos e questões de investigação

O presente estudo tem como finalidade contribuir para a melhoria dos processos de gestão das USF. Neste sentido, definiu-se como questão de partida: “Como é que os profissionais que integram as equipas das USF percecionam as atividades de gestão nelas desenvolvidas?”

Foram estabelecidos os seguintes objetivos do estudo:

- Conhecer a perceção dos profissionais que integram as equipas das USF sobre os modelos de gestão em uso;
- Conhecer as atividades de gestão de coordenação nas USF;
- Compreender como é que profissionais que integram as equipas das USF se organizam no desempenho das diferentes atividades de gestão;
- Compreender a perceção dos profissionais que integram as equipas das USF sobre as características/habilitações que relevam para o desempenham atividades de gestão;
- Compreender o papel dos enfermeiros na gestão das USF.

Tendo por base o exposto, as questões que nortearam o estudo foram:

- Como é que os profissionais de saúde que integram as equipas das USF percecionam os modelos de gestão em uso nas unidades?
- Como são desenvolvidas as atividades de gestão de coordenação nas USF pelos profissionais de saúde que integram as equipas?
- Como se organizam as atividades de gestão desempenhadas pelos profissionais que integram as equipas das USF?
- Qual a perceção dos profissionais que integram as equipas das USF sobre as características/habilitações que relevam para o desempenho das atividades de gestão?
- Como é que os profissionais de saúde que integram as equipas das USF percecionam o papel dos enfermeiros na gestão?

2.3 Tipo de estudo

Considerando os objetivos propostos, entendemos como adequado desenvolver a presente investigação com base no paradigma qualitativo, do tipo exploratório, descritivo, permitindo compreender o fenômeno em estudo, explorar as suas dimensões, tendo a perspectiva dos participantes.

A investigação é descritiva, na medida que pretende conhecer a percepção dos participantes, categorizar e conceptualizar as problemáticas inerentes ao objeto de estudo (Fortin, 2009).

Cada pessoa tem uma percepção única sobre a realidade, pelo que o contributo de cada participante, num determinado contexto, releva e amplia a compreensão dessa mesma realidade.

2.4 Contexto e participantes do estudo

Num estudo de investigação qualitativa, não existe um número exato de pessoas a entrevistar, uma vez que *a priori* não se consegue ter certeza da qualidade das informações necessárias para o estudo, decidindo o investigador continuar as entrevistas até à saturação teórica de dados.

O presente estudo decorreu num ACeS da região Norte do país. Participaram 15 profissionais das equipas das USF. Como critérios de exclusão consideraram-se profissionais com experiência inferior a três anos e profissionais médicos em cargo de coordenação.

A amostra, caracterizada como de conveniência não probabilística intencional, pelas suas capacidades de comunicação e experiência importantes para o estudo (Rosado et al., 2012), foi composta por 15 profissionais de saúde: seis enfermeiros, cinco assistentes técnicos e quatro

médicos. A distribuição por gênero incluiu 12 mulheres e três homens, cujas idades variavam entre 30 e 60 anos, com uma média de 46,4 anos.

Em relação à experiência profissional, a maioria (14 participantes) possuía mais de 10 anos de serviço USF Modelo B, enquanto apenas um profissional tinha três anos de experiência.

Quanto às habilitações literárias, 10 participantes possuíam licenciatura, dois tiveram formação pós-graduada e os três restantes tinham o nível de escolaridade mínimo, o 12º ano.

No que diz respeito à pós-graduação em gestão, relevante para este estudo, dois participantes já possuíam essa certificação, e um participante encontrava-se a frequentar o curso.

Dos participantes, quatro tinham uma de entre as seguintes formações pós-graduada: cuidados paliativos, supervisão clínica, saúde materna e obstétrica e em saúde familiar.

2.5 Procedimento de colheita de dados

A investigação com abordagem qualitativa privilegia os métodos de colheita e tratamento de dados flexíveis, que favorecem o aprofundamento dos conhecimentos sobre os fenômenos (Fortin, 2009). Neste sentido, uma das estratégias de colheita de dados mais utilizadas nos estudos qualitativos é a entrevista. Nunes (2013) refere que as entrevistas têm a finalidade de converter a informação transmitida por uma pessoa em dados, tornando possível aceder ao que pensa, ao que sente, às suas crenças, aos seus valores, à medida que relata as suas experiências.

A entrevista é particularmente útil no sentido em que permite a partilha das experiências por parte dos participantes, fornecendo informações reais dos seus quadros de referência, informações profundas, com flexibilidade, usando a sua própria linguagem (Quivy & Campenhoudt, 2008).

Face à natureza do presente estudo, para a colheita de dados recorreu-se à entrevista semiestruturada, tendo sido construído um instrumento estruturado em três blocos (Anexo 1). O primeiro integra os objetivos do estudo como forma de legitimação da entrevista. O segundo é um conjunto de questões com vista à caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes, tais como: género, idade, grupo profissional, habilitação académica, experiência profissional em USF modelo B, formação na área da gestão e especialidades. O terceiro compreende cinco questões abertas, no sentido de orientar os entrevistados na partilha das perspetivas individuais sobre o tema em questão e de acordo com as suas vivências nesse contexto.

A colheita de dados foi realizada de 4 de abril a 26 de maio de 2023. O convite para a participação no estudo foi feito telefonicamente e por *email*, aproveitando esse momento para a introdução ao tema, esclarecimento dos objetivos do estudo e garantia de confidencialidade, por considerar, o investigador, que era um fator importante para a aceitação de participação (Anexo 4). Apenas três declinaram o convite referindo falta de disponibilidade para a realização da entrevista.

Foi realizado, *a priori*, um pré-teste da entrevista com um enfermeiro de outro ACeS, do qual resultou a necessidade contextualizar algumas das questões, e formular questões intermédias que permitissem clarificar e orientar o participante para o objeto da entrevista (Anexo 1).

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade de cada participante, realizadas em local escolhido pelo mesmo, em horário pós-laboral e com duração média de 45 minutos. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra mediante a autorização dos participantes e assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da ARS quanto à participação em estudo de investigação (Anexo 2) e quanto à gravação da entrevista (Anexo 3).

Quivy e Campenhoudt (2008) referem que a saturação de dados é evidenciada quando não se consegue obter informação diferente da que já se obteve. Neste estudo, a saturação de dados foi atingida com 15 entrevistas, transcritas na íntegra e enviadas aos participantes a fim de obter a aceitação e autorização para a etapa seguinte.

2.6 Considerações éticas

A ética é definida por Fortin (1999, p. 116) como “a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta [...] como o conjunto de permissões e de interdições que tem enorme valor na vida dos indivíduos e em que se inspiram para guiar a sua conduta”. O mesmo autor considera que todos os investigadores estão sob a responsabilidade penal, civil e deontológica, alusivas às leis e às regras internas que regem as associações profissionais (Fortin, 1999).

Os estudos qualitativos caracterizam-se pela maior proximidade entre o investigador e os participantes, pelo que se torna imprescindível manter uma preocupação constante e o respeito pelos princípios éticos, particularmente no que concerne à confidencialidade dos dados obtidos no decorrer de toda a investigação e à privacidade dos participantes (Fortin, 2009).

No sentido de cumprir com os princípios éticos adstritos ao estudo foi solicitada autorização ao Conselho Clínico e RAI do ACeS onde este foi desenvolvido, tendo sido obtido o parecer favorável.

Foi solicitada autorização à Comissão Ética da Administração Regional do Norte, tendo sido obtido parecer favorável com a referência CE/2023/45, em 20 de março.

O princípio da autonomia, que concede ao participante o direito de decisão quanto à participação ou não no estudo, foi garantido pelo consentimento livre e esclarecido para participação no estudo de investigação (Anexo 2).

O princípio da confidencialidade foi garantido pelo consentimento informado livre e esclarecido para a gravação da entrevista (Anexo 3), assegurando que os dados obtidos nas entrevistas seriam de uso exclusivo para o estudo, pela entrevistadora, sendo destruídos no momento da sua conclusão.

As entrevistas foram realizadas em local escolhido pelos participantes de forma a garantir o seu conforto, bem-estar e autonomia, aproveitando o investigador o momento de interação precedente ao início da entrevista formal para salientar a possibilidade de esclarecer dúvidas, assim como para relembrar a liberdade de escolha quanto à participação no estudo, considerando-se a

eventualidade de desistir a qualquer momento, respeitando desta forma os direitos fundamentais dos sujeitos no que se refere ao princípio da dignidade humana e autodeterminação (Fortin, 1999).

A identidade das entrevistas foi omitida durante todo o estudo, sendo codificadas (E1, E2, E3...) com o objetivo de garantir o anonimato das transcrições e citações, assegurando o princípio da privacidade e da beneficência. Fortin (1999, p. 117) refere que “o direito de anonimato e a confidencialidade é respeitado se a identidade do sujeito não poder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador”. Considerou-se que o estudo assegurou todos os direitos dos participantes.

2.7 Procedimentos de análise e tratamento de dados

A análise científica é constituída por diversas etapas, desde a ideia da temática até ao resultado do estudo, sendo fundamental, durante o processo, a organização do conhecimento que se destina à análise de conteúdo (Corujo et al., 2019).

Posteriormente à realização das entrevistas e à sua transcrição, segue-se a análise de dados recolhidos, a qual Bardin (2016) define como análise de conteúdo, e que tem por finalidade organizar os dados por sequência das etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Tendo em conta esta sequência, foi realizada uma primeira leitura flutuante das respostas das entrevistas para familiarização com o texto e compreender a informação transmitida. De seguida, foi realizada a seleção temática, que consiste em identificar os núcleos de sentido ou elementos semanticamente semelhantes para posterior categorização.

A análise dos dados recolhidos, posterior à realização das entrevistas e da sua transcrição, define-se como análise de conteúdo, caracterizando-se como um “conjunto de técnicas de análises das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de

conhecimentos relativos às condições de produção/receção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 2016, p. 25).

Diz a evidência que a forma selecionada pelo investigador para o tratamento de dados pode facilitar a sua análise, considerando-se vantajosa a utilização de aplicações informáticas capazes de armazenar grandes quantidades de informação e dados qualitativos, que permitem ainda manipular, analisar, atualizar e criar anotações nos documentos digitais (anteriormente em formato de texto) – contrariamente à análise tradicional manuscrita, que não permitia este tipo de facilidade e hiperligações entre os documentos. Considera-se, por isso, a utilização de aplicações informáticas na análise qualitativa uma recompensa pelo menor tempo despendido na análise e codificação (Streubert & Carpenter, 2011).

Neste estudo, recorreu-se à utilização do *software ATLAS.ti* como ferramenta de apoio à análise de conteúdo, facilitando particularmente a organização e processamento de dados no computador, sendo, porém, de ressaltar que as inferências e categorizações são igualmente decididas pelo investigador, de acordo com a sua base teórica (Júnior & Leão, 2018).

Esta fase da investigação tem por finalidade organizar os dados por sequência das etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação; durante a qual Bardin (2016) considera a importância de manter uma atitude de “vigilância crítica” perante os dados inferidos e de lhes atribuir significado. Assim, de forma a conferir rigor e profundidade ao processo, seguiu-se uma sequência pré-definida pelo autor.

Foi realizada uma primeira leitura, flutuante, sobre as respostas de todas as entrevistas de forma à familiarização com o texto e a obter uma compreensão sobre a informação transmitida, adquirindo uma perceção geral das mensagens obtidas. Bardin (2016) faz referência, para alguns casos, ao uso de computadores que auxiliem a análise de conteúdo aquando, por exemplo, da codificação das unidades de registo, quando estas são palavras.

A pré-análise define-se como a fase da organização dos dados recolhidos de forma a selecionar os documentos do *corpus* que irão ser submetidos à análise, atribuindo já nesta etapa códigos ou unidades de registo a palavras e/ou frases, considerando também a necessidade de codificar unidades de contexto. Uma vez selecionado o *corpus* para a análise de conteúdo, deve o

investigador rever os objetivos do estudo para que sejam ultrapassadas “compreensões instantâneas” (Bardin, 2016).

Segundo Berelson, citado por Bardin (2016, p. 13) a análise de conteúdo é “uma técnica de investigação que através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações”.

Para que a análise seja válida, quem analisa deve obedecer a categorias de fragmentação da comunicação, tendo em consideração as seguintes regras: exaustividade (esgotar a totalidade do texto), homogeneidade (os documentos devem obedecer a critérios de recolha de dados); pertinência (documentos devem ser adequados ao tema e ao objetivo) e exclusividade (a mesma unidade de registo não pode pertencer a duas categorias) (Bardin, 2016).

De seguida, foi realizada a seleção temática, caracterizada pela fase de exploração do material, que consiste numa leitura e estudo mais aprofundado do *corpus* com o intuito de identificar as unidades de registo e de contexto ou elementos semanticamente semelhantes, chamados unidades de codificação ou de registo (uma palavra, a frase, que permitem uma posterior categorização). Na realidade, segundo a mesma autora, esta fase etapa pode ser descrita como a implementação sistemática das decisões tomadas após uma pré-análise, objetiva e eficaz (Bardin, 2016).

Neste processo de organização de dados de conhecimento que caracterizam a pré-análise, foi possível identificar temas, nos discursos dos participantes, relevantes para o estudo. Da análise do *corpus*, surgiram 65 unidades de registo ou temas iniciais, caracterizadas também como unidades de significação, que posteriormente resultaram em categorias a tratar na fase de tratamento dos resultados, a inferência e interpretação (Bardin, 2016).

3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Esta última etapa, destinada à apresentação, análise e tratamento dos resultados do estudo, considerando-se o momento mais intuitivo, porém com maior necessidade de análise crítica e reflexiva (Bardin, 2006).

Neste estudo, emergiram da análise subcategorias e categorias, que foram agrupadas em torno de três domínios de atenção, no sentido de facilitar a análise e discussão dos achados (Quadro 5).

Quadro 5: Domínios do estudo

Percepção da gestão em uso na USF
Identificação do coordenador
Ambiente organizacional

3.1 Percepção sobre a gestão em uso na USF

No domínio “Percepção sobre a gestão em uso na USF”, agruparam-se as categorias **“Tipo de Gestão”** e **“Percepção sobre a coordenação”**. A primeira resulta da agregação das subcategorias **“Burocrática”, “Gestão partilhada”, “Atribuição de funções por grupo profissional”** e **“Limitações à autonomia da USF”**. A segunda resulta das subcategorias **“Impacto da liderança”, “Forças”, “Oportunidades de melhoria”** e **“Papel do coordenador”** (Quadro 6).

Quadro 6: Percepção sobre a gestão em uso na USF

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
TIPO DE GESTÃO	Burocrática
	Gestão partilhada
	Atribuição de funções por grupo profissional
	Limitações à autonomia
SOBRE PERCEÇÃO A COORDENAÇÃO	Impacto da liderança
	Forças
	Oportunidades
	Papel do coordenador

Tipo de gestão

Quanto à análise das subcategorias que deram origem à categoria “Tipo de gestão”, verificou-se que, de forma lata, os participantes consideraram que persiste um tipo de gestão de natureza burocrática; tendo, contudo, uma componente de partilha nos processos de gestão, com atribuição de funções pelos diferentes grupos profissionais, identificando-se a percepção da existência de limitações à autonomia das USF.

A gestão das organizações abrange uma interpretação dos objetivos organizacionais e a sua concretização através de funções e responsabilidades, a nível do planeamento, da organização, da direção e o controlo (Teixeira, 2022). Embora não exista um conceito universal de gestão, existe um consenso de que a gestão pretende uma alocação eficiente de todos os recursos disponíveis numa organização, a fim de alcançar os objetivos planeados (Abrantes, 2009, citado por Nunes, 2013).

As equipas são compostas por membros interdependentes, que devem coordenar as suas atividades para alcançar objetivos comuns. A autonomia pessoal, a responsabilidade, o reconhecimento adequado e a definição clara de funções são elementos que contribuem para um desempenho ideal da equipa. Desta forma, a gestão tem a responsabilidade de organizar e planear, de gerir recursos, tendo por base o conhecimento das normas, regras e necessidades da organização, tendo em vista atingir os objetivos. A gestão deficiente dificulta o alcance das metas, enquanto uma liderança treinada pode impedir a criação de metas ou visão (Diggele et al., 2020).

Na área da gestão, existe uma conexão direta com a administração dos recursos disponíveis na organização, que abrange recursos materiais, financeiros, humanos e tecnológicos (Costa, 2021).

A gestão ocorre com base em objetivos específicos e envolve a concordância de opiniões, com a finalidade de agir em prol do sucesso organizacional; conforme descrito na contextualização, o modelo de gestão adotado é fator que influencia a satisfação profissional e a qualidade dos cuidados e que resultou na rotura da gestão burocrática em detrimento da gestão descentralizada, participativa.

Gestão burocrática

A gestão burocrática caracteriza-se pela forma de gerir organizações com base na racionalidade, ou seja, na procura da eficiência pela obediência aos objetivos pretendidos. Essa estrutura organizacional é caracterizada pela definição clara de funções, autoridade e estabelecimento de regras. Segundo Weber, o poder refere-se à possibilidade de impor a própria vontade dentro de uma relação social, mesmo diante de resistências (Chiavenato, 2004; Bastos, 2014).

Os relatos dos participantes remetem para a existência de modelos de gestão burocrática em algumas USF, baseados na racionalidade para atingir fins ou objetivos e que, de certa forma, se reflete em algum descontentamento dos participantes:

[...] atualmente acho que temos um modelo mais autoritário [...] um modelo mais burocrático, [...] tem havido uma burocratização das coisas [...] o espírito da USF era a união e o trabalho em equipa, que se está a desvirtuar completamente. (E1)

Já estive em cargos de gestão de equipas e noto que a gestão na USF é ainda uma gestão retrógrada [...] acho que as gestões aqui na unidade são ainda muito de chefes, 'eu mando, eu quero, eu posso!' [...] e quem quer ser líder aqui é sempre um bocadinho abatido por quem é chefe. (E11)

[...] com a coordenadora anterior, o ambiente era totalmente diferente, as pessoas sentiam-se à vontade até para falar entre elas daquilo que sentiam [...] atualmente é um modelo de gestão muito vertical, o coordenador faz decisão esquecendo que a decisão parte de um Conselho Geral [...] a coordenadora leva muitas vezes decisões

para Conselho Geral e não questões para decidirmos entre todos [...] é muito modelo vertical. O modelo de gestão horizontal, preconizado nas USF, não existe nesta USF. (E14)

Segundo Venâncio (2017), o gestor burocrático concentra-se em obter resultados através do esforço da equipa para atingir a eficiência e eficácia operacional.

De acordo com o explanado na contextualização deste estudo, os modelos de gestão evoluíram ao longo das décadas, orientados pela criação de hierarquias e definição clara das funções rumo aos objetivos pretendidos. À gestão burocrática, considerada um modelo racional que impunha vontades, que conferia poder e influência à autoridade e às regras dos superiores, foram acrescentadas teorias comportamentais que se transformaram em modelos de gestão horizontais, de gestão descentralizada, com responsabilidade partilhada entre os profissionais das organizações, o que pressupõe o envolvimento dos colaboradores e uma gestão democrática (Bastos, 2014). A gestão descentralizada foi um dos marcos da NGP, preconizando a participação e responsabilidade partilhada de todos os profissionais.

Gestão partilhada

As USF foram pioneiras na adoção de modelos de gestão descentralizada na área da saúde. Estas unidades representaram uma mudança significativa em relação aos modelos tradicionais de gestão centralizada, ao conferir autonomia técnica, funcional e organizativa às equipas de saúde. A abordagem descentralizada permitiu às equipas das USF uma maior autonomia na tomada de decisões, na definição de processos de trabalho e na gestão dos recursos disponíveis. Essa maior autonomia contribuiu para a promoção da criatividade, da inovação e de melhoria contínua na prestação de cuidados de saúde, procurando atender de forma mais eficiente e eficaz às necessidades da população (Portaria n.º 212/2017,2017). Quanto ao modelo de gestão adotado pelo coordenador da sua USF, alguns participantes referem:

O trabalho de envolver e incluir as pessoas não pode cair só no líder [...] a equipa tem de ter voz ativa [...] a responsabilidade do coordenador, é o papel de empoderar a equipa. (E4)

[...] a coordenadora tem aquela maneira de ser um bocadinho... não diria ativa, mas imponente, [mas as decisões são tomadas em conselho geral]. (E5)

A nossa coordenadora [...] é uma pessoa muito ponderada muito direta muito franca e está aberta a sugestões. Não impõe as coisas... ela só impõe o que também lhe foi imposto a ela. (E8)

Os participantes reconhecem a existência de uma abordagem de gestão compartilhada; contudo, salientam a necessidade de o coordenador proceder à distribuição de tarefas, organização, planeamento e estabelecimento de diretrizes, com vista a alcançar os objetivos estipulados.

As USF caracterizaram essa transição, pois tinham princípios e legislação própria, baseados na satisfação profissional, como forma de garantir a eficiência e a eficácia dos cuidados de saúde primários. A descentralização permitiu uma maior autonomia, a promoção de ambientes de trabalho mais harmoniosos e melhores resultados organizacionais, que se refletiram na satisfação dos utentes e na melhoria da acessibilidade (Chiavenato, 2004; Decreto-Lei n.º 298/2007, 2007).

De acordo com Nancarrow et al. (2013, citado por Bastos 2014), a pesquisa revelou que equipas pequenas formadas por escolha própria tendem a promover processos de liderança mais fluidos, impulsionados pela maior participação na tomada de decisões, o que se traduz em maior eficácia da equipa. Essa constatação é corroborada pelo estudo de Silva et al. (2022) realizado no Brasil, onde a gestão e liderança foram percebidas como oportunidades para os demais profissionais. Nesse contexto, o estudo destacou que a implementação de um modelo participativo de gestão e liderança, caracterizado por uma comunicação horizontal, valoriza a motivação da equipa.

Outros participantes demonstraram opinião diferente assumindo como competência do coordenador fazer cumprir procedimentos, *timings* e objetivos, de forma colaborativa, envolvendo todos os profissionais nos processos de gestão e tomada de decisão:

O trabalho de envolver e incluir as pessoas não pode cair só no líder [...] a equipa tem de ter voz ativa [...] a responsabilidade do coordenador, é o papel de empoderar a equipa. (E4)

[...] aqui existe uma liderança democrática e partilhada. (E7)

Longe vai o tempo em que a coordenadora fazia tudo, fazia procedimentos, fazia regulamentos, fazia PAIS [Planos de Acompanhamento Interno] e agora começou a delegar. (E14)

Os resultados do estudo corroboram que a gestão tem o papel de se adaptar às condições organizacionais, compreender as necessidades comportamentais, reabilitar recursos humanos, mesmo diante da sua escassez, além de motivar e influenciar a mudança organizacional. Nesse sentido, a descentralização é vista como um elemento fundamental para estimular a criatividade e a inovação dentro da organização (Madureira & Rodrigues 2006). Tavares (2010, citado por Bastos, 2014) também considera que a abordagem democrática e participativa estimula o envolvimento dos profissionais no processo de decisão. No estudo de Neves (2017), os participantes consideraram existir nas USF climas de cooperação e relações de confiança para atingir objetivos comuns. Assim, cumprindo os princípios das USF, cooperação, solidariedade e gestão participativa, todas as funções são distribuídas pelos profissionais da equipa de acordo com as suas competências, de forma a melhorar o seu desempenho e aumentar a sua satisfação profissional (Decreto-Lei n.º 298/2007, 2007).

Atribuição de funções por grupo profissional

De acordo com a legislação que orienta as USF, as equipas multiprofissionais são consideradas equipas motivadas, com uma cultura de responsabilidade compartilhada, baseadas na reflexão crítica das suas práticas e na confiança mútua. Essas equipas regem-se por princípios como conciliação, cooperação, solidariedade, autonomia, articulação, avaliação e gestão participativa (Decreto-Lei n.º 298/2007, 2007).

Um dos princípios fundamentais da criação destas unidades é a gestão participativa, que deve ser adotada por todos os profissionais da equipa, como uma forma de melhorar o desempenho e aumentar a satisfação profissional (Decreto-Lei n.º 298/2007, 2007), daí que esteja implícita a distribuição de funções por todos os seus elementos, tendo em consideração as competências específicas de cada profissional.

A gestão participativa permite a colaboração efetiva entre os membros da equipa, promovendo uma abordagem integrada no cuidado aos pacientes e na gestão das atividades da USF.

Relativamente à distribuição das funções, os participantes consideraram que ainda existe o cuidado de incentivar os membros da equipa a expressar suas disponibilidades para assumir responsabilidades de acordo com as suas áreas de formação ou especialização. Em reunião de Conselho Geral, os profissionais são incentivados a envolver-se nas funções e responsabilidades da gestão da USF de forma a poderem cumprir as exigências em cada área de atuação. Apesar de destacarem como vantagem a disponibilidade voluntária dos profissionais para assumir essas funções em vez de serem impostas, esse facto tem vindo a refletir-se numa sobrecarga para os mesmos. Devem, por isso, ser definidas estratégias para incentivar o trabalho em equipa, incluindo todos os elementos na responsabilidade partilhada característica das USF.

A decisão da distribuição das funções é feita pelo coordenador, pelo Conselho Técnico e voluntariado de elementos, tendo em conta as competências de cada um, por exemplo, os enfermeiros com especialidade em saúde infantil ficam com o programa da saúde infantil. As áreas de especialização eram adequadas às pessoas com competências da área [...] sendo que, neste momento, na USF, essa distribuição já não é equitativa [...] embora existam microequipas há sempre sobrecarga de um ou dois elementos e neste momento existem elementos com muitas tarefas que ficam ainda mais sobrecarregados. (E1)

As tarefas são distribuídas por vários profissionais [...] cada um tem a sua tarefa [...] quando vão surgindo situações novas, essas tarefas novas são propostas a alguns elementos, que às vezes aceitam, outras vezes é mais ou menos forçado, mas alguém tem de ser. (E2)

Existem sempre pessoas com áreas atribuídas: gestão de material, o Conselho Técnico [...] quem estiver disponível, quem se voluntariar acaba por facilitar a distribuição de funções. Se não for voluntariado, aí é imposto! Mas não é muito frequente, aparece sempre alguém [...] há pessoas que são movidas pelo interesse pessoal, há pessoas que são movidas por fazer o bem à equipa, há pessoas que gostam simplesmente de fazer, também há pessoas que se encostam. (E4)

No interior de uma equipa, todos os membros são importantes e todos desempenham um papel fundamental no processo de tomada de decisão e na qualidade das ações realizadas (Lucas, 2010). Cada profissional traz suas próprias experiências, conhecimentos e habilidades, que

contribuem para o trabalho em equipa e o sucesso da organização, ao apresentar diferentes pontos de vista, ideias e soluções, que conseqüentemente enriquecem as reflexões e os trabalhos a apresentar (Freitas, 2023).

Como afirma Lucas (2010) a interdisciplinaridade combina conhecimentos e habilidades que se refletem na melhoria dos resultados. As responsabilidades devem, por isso, ser distribuídas de acordo com as áreas de especialização, de forma a garantir uma maior competência que beneficiará toda a equipa. É importante promover a boa comunicação e o respeito dentro da equipa, para que todos se sintam valorizados e reconhecidos, e sejam encorajados a contribuir com as suas ideias e opiniões, refletindo-se posteriormente num ambiente satisfatório e produtivo.

De acordo com os relatos de Magalhães (2012), foram identificadas categorias relacionadas com as características da organização. Os participantes enfatizaram princípios como “justiça” e “igualdade” na distribuição de práticas, reconhecimento e valorização dos profissionais, os quais promovem cuidado e respeito independentemente das posições hierárquicas. “As organizações deixaram de ser marcadas pela divisão rígida de funções, fragmentação de tarefas, especialização de conhecimentos, hierarquização e centralização de informações para dar o lugar a uma polivalência” (Magalhães, 2012, p. 9).

O novo modelo de gestão adotado envolve a distribuição de tarefas entre os diversos membros da equipa. O coordenador atribui responsabilidades aos enfermeiros, médicos e secretários clínicos, cada um individualmente, ou em microequipas, assumindo uma área específica, em conformidade com as diretrizes da gestão participativa, conforme estabelecido na legislação (Decreto-Lei n.º 298/2007, 2007). Em consonância, o estudo de Bastos sugere que essa abordagem de gestão partilhada tem como objetivo melhorar o desempenho organizacional e aumentar a satisfação profissional, resultando em benefícios para toda a equipa (Bastos, 2014). O estudo elaborado por Pinheiro (2019) identifica como responsabilidade do coordenador, enquanto gestor da equipa, a atribuição de tarefas, processo que deve ocorrer através do empoderamento dos membros da equipa.

Limitações à autonomia

As USF desenvolvem as suas atividades com autonomia organizacional, funcional e técnica, estando articuladas com outras unidades funcionais. As USF são parte integrante do centro de saúde e possuem uma relação formalizada de compromisso assistencial com o ACeS. Anualmente, é estabelecido um compromisso assistencial com apresentação de uma carta de compromisso acordada entre o coordenador da USF e o Conselho Clínico do ACeS. Nessa carta, são definidos os objetivos, metas e responsabilidades da USF em termos de prestação de cuidados de saúde à população, garantindo acessibilidade e compromisso assistencial (Decreto-Lei n.º 298/2007, 2007).

Os participantes relataram uma sensação de perda de autonomia ao longo do tempo, no que se refere à tomada de decisões, devido às pressões e mudanças que estão a ocorrer no SNS. Os participantes expõem que:

A autonomia é sempre relativa. Porque nós temos as indicações do ACeS, que direcionam muito a nossa liberdade, a nossa liberdade é muito relativa. (E4)

Aquando da criação da USF em 2008 o modelo de gestão tinha por base uma autonomia em relação a todos os profissionais de saúde e equipa, a nível de organização, a nível funcional e técnico [...] há algum tempo para cá, na minha perspetiva, perdemos muita autonomia no que diz respeito às imposições vindas do ACeS, que dificultam muito o nosso trabalho [...] provoca uma reorganização da equipa alterando o normal funcionamento da USF [...] a equipa desorganizada [...] a equipa fica estruturalmente afetada. (E15)

A reflexão dos participantes vai ao encontro das alterações que o SNS tem vindo a sofrer nos últimos anos. Por um lado, é do conhecimento dos profissionais que as USF possuem autonomia, o que implica uma certa liberdade de gestão e tomada de decisões em relação aos cuidados de saúde que prestam. No entanto, também é sentido que essas unidades estão cada vez mais adstritas às orientações da direção do ACeS. Do estudo de Neves (2017) considerou que a duplicidade hierárquica e funcional sentida, pela existência de gestões intermédias, tem levado a uma perda de autonomia profissional.

Isso pode refletir as mudanças em curso no SNS, como é mencionado no novo estatuto do SNS. Esse estatuto prevê a criação de uma Direção Executiva do SNS, responsável por coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde, preparar a governação clínica com a governação de saúde, garantir o ACeS ao SNS, emitir normas e orientações, monitorar o desempenho do SNS, promover a participação pública, entre outras competências (Decreto-Lei n.º 52/2022, 2022).

As orientações da direção do SNS podem afetar a autonomia das USF, uma vez que as unidades devem seguir as normas e orientações da Direção Executiva do SNS, necessitando também da validação das decisões pelo coordenador, selecionado, já não pela equipa multidisciplinar, mas por decisão do diretor executivo do SNS, tendo em conta a opinião do Conselho Executivo do ACeS (Decreto-Lei n.º 52/2022, 2022). Esta alteração é sem dúvida o reflexo da perda de autonomia das USF, que perdem o direito à escolha do seu líder, podendo de alguma forma refletir-se no ambiente organizacional e na satisfação dos profissionais, pela falta de identidade com a pessoa que lidera, e na qualidade dos cuidados. O estudo sobre o Momento Atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal 2021/2022, elaborado pela USF-AN, faz referência a essas mudanças, constatando o foco e maior autonomia do diretor executivo e do ACeS, realçando a opinião de que a “maioria dos coordenadores considera que a autonomia do ACeS afeta a autonomia das USF” (Biscaia et al., 2022, p. 14).

Considerando as remodelações do SNS, cria-se uma expectativa sobre a autonomia da USF, pois é de conhecimento geral a proposta de alteração da legislação das USF, em consequência da criação das ULS.

Perceção sobre a coordenação

A segunda categoria deste tema “Perceção sobre a coordenação” emergiu das subcategorias: **Impacto da liderança, forças, oportunidades e papel do coordenador**. Os participantes consideraram que o tipo de liderança em vigor nas unidades de saúde onde exercem funções e o papel desempenhado pelo coordenador têm impacto na equipa, identificando nesse sentido as forças e oportunidades de melhoria para a coordenação.

Impacto da liderança

Hunter (2004, citado por Lima, 2019) define liderança como sendo uma habilidade para influenciar pessoas de forma entusiasta, com a finalidade alcançar objetivos com o trabalho de equipa.

Os participantes podem perceber a coordenação como eficiente e eficaz quando têm um líder inspirado, competente e capaz de motivar a equipa.

A definição de liderança de Rego e Cunha (2016, citados por Venâncio, 2017) enfatiza o impacto na influência das pessoas. De acordo com estes autores, a liderança envolve a capacidade de uma pessoa influenciar outros indivíduos, profissionais, para que ajam em conjunto, em direção a objetivos comuns, o que significa que os líderes têm a responsabilidade de articular uma visão, estabelecer metas e motivar os membros do grupo para alcançar esses objetivos.

Porém, salienta-se que ao longo do estudo torna-se evidente alguma confusão entre os termos de gestão/liderança, sendo a gestão mais voltada para o planeamento e os processos organizativos, recursos humanos e materiais e, por sua vez, a liderança apresenta maior enfoque na motivação, na influência, no estímulo e direção, razão pela qual se complementam contribuindo para o funcionamento eficaz em organizações de sucesso (Diggele et al., 2020).

Os participantes do estudo consideraram que a liderança tem impacto na forma como os elementos da equipa se envolvem no trabalho da USF, considerando ser importante existir uma identidade com o líder, assim como visualizarem atitudes interventivas por parte dele, que promovam o envolvimento e responsabilidade de todos. Os participantes expõem que:

As equipas ficam desgastadas emocionalmente e produtivamente, por não se identificarem com o seu líder. (E2)

Nem todos se aplicam e trabalham da mesma forma, todos sabemos que há pessoas que não fazem nada e a coordenação também nada faz, desde que o trabalho apareça feito [...] entendo que uma coordenadora sozinha não pode fazer tudo, terá que haver um espírito de equipa [...] o que sinto é que quando se faz o trabalho bem feito, não só, não se é reconhecido, como também quem não fez trabalho nenhum está no mesmo patamar, então é desmotivante! (E5)

Nas reuniões, pelo menos uma vez por mês, a nossa coordenadora faz questão de exibir os resultados, fazer os desvios, tomar medidas corretivas para manter o 'bom rumo'. No fundo, tem a preocupação de nos conduzir aos resultados. (E10)

Acho que se tem perdido muitas qualidades, acho que as coisas estão a ficar banalizadas. Acho que hoje em dia tudo se pode... (E11)

Segundo Venâncio (2017), a eficácia da liderança dentro de uma organização reside na habilidade de o líder aliar o que precisa de ser feito com a forma como deve ser executado. Essa responsabilidade implica o papel de motivar e inspirar toda a equipa para objetivos comuns. O mesmo autor atribui o sucesso das organizações às pessoas que nela trabalham, líderes e liderados, porém, considera que a liderança compreende competências de persuasão, com estratégias motivacionais, competências estas que não são comuns a todos os líderes no desempenho do cargo.

Com base na afirmação de Zanotto et al. (2015, citado por Ribeiro et al., 2019), o papel do líder é essencial para inspirar e incentivar os colaboradores a desenvolverem uma visão ampla e compartilhada dos objetivos da organização.

Coelho (2017) e Cunha et al. (2016) concordam com Goleman (1998), afirmando que as competências para alcançar o sucesso na liderança são, na sua maioria, habilidades emocionais e sociais, uma vez que as atitudes e o estado emocional dos líderes exercem influência sobre os seus colaboradores e que esta influência é bidirecional.

Assim, fica subentendida a importância e o impacto que o comportamento do líder pode influir na motivação e no desempenho das equipas. Dolan e Pineda (2009, citados por Pinheiro, 2019) enfatizam, no seu livro *Os dez mandamentos para a gestão de pessoas*, que a capacitação e o desempenho desses profissionais têm um impacto significativo no desempenho geral da organização. O estudo realizado por Silva e seus colaboradores, sobre gestão e liderança na percepção dos enfermeiros, também constatou que os líderes das várias áreas enfrentam a tarefa complexa de administrar e coordenar o conhecimento, assim como de promover as competências e o desempenho dos membros da sua equipa (Silva et al., 2022).

Assim sendo, é fácil de perceber o impacto que o comportamento do líder pode ter na motivação das equipas, consideradas como forças.

Forças

Segundo Silva et al. (2016), os líderes que conquistam a confiança e a colaboração da equipa envolvendo todos os elementos no planeamento, na prestação e na avaliação, facilitando as relações interpessoais, estarão a investir numa identidade e no sucesso da instituição.

Os participantes destacaram alguns pontos fortes da coordenação por considerarem que têm um impacto significativo na equipa, promovendo um ambiente de trabalho saudável, colaborativo e produtivo.

A coordenadora tem tudo muito, muito organizado, muito delineado [...] tem sido sempre ela a eleita, porque toda a gente a considera muito organizada [...] a nossa coordenadora é uma boa líder, é uma boa gestora [...] eu acho que com um líder assim é que nós conseguimos ir a bom porto, se não era tudo muito mais complicado [...] o ponto forte é não deixar passar as coisas. (E3)

Na verdade, eu não tenho grande queixa da minha coordenadora, mas sei que é uma realidade que não existe em todos os lados. (E4)

Acho que temos a unidade mais ou menos organizada, sistematizada, toda a gente sabe mais ou menos qual é o seu trabalho. (E7)

[...] neste momento, acho que temos uma pessoa equilibrada, uma pessoa sensata [...] o ponto forte é termos uma pessoa ponderada que não dita regras, mas expõe situações e tenta resolvê-las, sem criar problemas; neste momento, é a grande vantagem da unidade. Tenho bastantes expectativas relativamente a esta coordenação, pois não denoto uma posição de chefia [...] acho que agora não se quer mandar [...] é muito aberta à opinião dos outros, gosta de liderar, gosta de dar algumas ideias. (E11)

Acima de tudo, eu acho que a máquina está oleada. Tantos anos que passaram e a equipa está orientada para objetivos [...] é ótimo ter uma pessoa que consegue delegar tarefas, que tenta puxar pelas pessoas, ainda que se calhar não escolha a melhor forma de chegar até nós [...] quando se delega é sinal de confiança, isso é bom. (E14)

Do relato dos participantes denota-se uma identificação com o seu líder. Apesar de considerarem que existem muitos aspetos a melhorar, relatam da sua experiência aprendizagens ao longo dos anos, que tiveram a sua base na influência da coordenação, a criação de equipas que se respeitam, que sabem o que fazer e quando fazer, a orientação por objetivos, a confiança, a união. Valores que foram pensados para as equipas das USF aquando da sua criação.

Efetivamente, a liderança desempenha um papel fundamental no desenvolvimento da identidade e no envolvimento dos profissionais, promovendo uma cultura de valores compartilhados, comunicação aberta e apoio aos membros da equipa.

Nunes e Gaspar (2014) afirmam que a força relativa dessa identificação e envolvimento influencia diretamente o desempenho e o comprometimento dos indivíduos com a organização em que estão inseridos.

O facto de as equipas se sentirem incluídas nos processos de decisão da USF, partilhando responsabilidades e objetivos, reflete-se no ambiente organizacional, criando compromisso e identificação com a instituição, proporcionando também a satisfação dos profissionais (Bastos, 2014).

De acordo com Costa e Rocha (2018), os gestores exercem uma função crucial nas organizações, uma vez que as suas habilidades, conhecimentos e experiências têm um impacto direto na eficiência e qualidade dos serviços, especialmente na área da saúde. Portanto, a necessidade de aprimorar as habilidades de gestão na saúde é evidente, a fim de melhorar a qualificação dos procedimentos de trabalho.

O estudo realizado por Barros Neto e Silva (2004, citado por Lima 2019) destaca a importância da liderança e da gestão de pessoas no contexto organizacional, especialmente em momentos de crise. Para eles, o papel do líder é fundamental para guiar e direcionar a sua equipa de maneira eficiente, garantindo a coesão e o sucesso do grupo. Os mesmos autores consideram ser necessário que os gestores adotem uma nova postura, atualizando seus valores e a sua visão de liderança, de forma a estarem alinhados com as necessidades da sociedade atual. Assim, Lima (2019) considera existir uma evidência de que a liderança e a gestão de pessoas causam impacto nas equipas, razão pela qual deve ser vista como um desafio que não está ao alcance de todos.

Oportunidades

A liderança desempenha um papel essencial na criação de um ambiente de confiança dentro da organização, o que, por sua vez, promove a satisfação dos profissionais. Ao criar um ambiente de confiança, a liderança estabelece relações sólidas e transparentes com os profissionais,

promovendo a abertura e a comunicação eficaz, que conseqüentemente os faz sentir valorizados e respeitados (Ntioku, 2014).

Os participantes destacaram como aspetos a melhorar na coordenação, a necessidade de maior abertura e liberdade de expressão, maior capacidade de ouvir, um investimento na empatia com os profissionais, maior flexibilidade e maior disponibilidade por parte dos líderes para com a equipa. Sentem que não existe a liberdade para cada um se expressar, devido ao receio de retaliações, o que reflete medo, característica que limita a inovação, a criatividade e a evolução das instituições. Além disso, mencionaram a pouca diversidade na distribuição de tarefas e a falta de motivação.

O que devia melhorar é a relação interpessoal! As pessoas têm de saber separar coisas pessoais e as coisas profissionais, para que toda a gente se sinta bem, ninguém tem de gostar de ninguém, mas respeitar-se a nível profissional [...] em relação à gestão, o apoio está um bocado centralizado numa pessoa, em uma ou duas enfermeiras e isso devia ser descentralizado. (E2)

Muitas vezes os coordenadores são bons clínicos, mas não são bons como pessoas... [...] dever-se-ia melhorar a capacidade de escuta, ter mais empatia, maior flexibilidade, maior disponibilidade [...] devia haver mais abertura [...] os profissionais deviam sentir-se mais confortáveis a dizer aquilo que sentem sem receio de retaliação. Muitas vezes isso não acontece, a abertura. (E3)

Acho que o líder tem de compreender além daquilo que lhe é dito... tem de ser muito observador para conhecer os profissionais que tem [...] mais do que quem lhe vai contar coisas. E às vezes é isso que se calhar falha um bocadinho na minha unidade. (E4)

O que devia melhorar era o espírito de liderança [...] perante uma situação de conflito, deve-se explorar ambas as partes ou toda a equipa. [...] às vezes falta na realidade alguma frontalidade [...] a coordenadora poderia ser mais incisiva e nas situações não frontais, intervir para que se esclareça abertamente as situações. (E5)

Barros Neto (2001, citado por Lima, 2019) realça que um líder eficaz deve possuir habilidades excepcionais de comunicação, uma vez que a liderança depende fundamentalmente da capacidade de se comunicar de maneira clara e efetiva. A comunicação desempenha um papel crucial na construção de relacionamentos, na transmissão de informações e na capacidade de inspirar os outros a alcançarem metas compartilhadas. Um dos papéis fundamentais do líder,

segundo Lima (2019), além da comunicação, é a capacidade de manter um clima tranquilo e equilibrado em situações complexas.

Numa equipa multidisciplinar de saúde, a comunicação deve ser entendida como uma necessidade vital, pois a sua ausência poderá comprometer o desempenho das equipas pondo em risco a qualidade de cuidados. Sem uma comunicação eficiente, torna-se difícil exercer uma liderança eficaz.

Para Motta (2001, citado por Ntieku, 2014) a liderança envolve a demonstração de apoio e confiança, assim como a valorização da interdependência entre os membros, evidenciando o respeito pelas individualidades de cada um.

Os participantes consideraram também que as capacidades comunicacionais dos coordenadores devem melhorar de forma a investir nas relações interpessoais.

Penso que a coordenação deve melhorar um bocadinho a nível de comunicação [...] não há tempo ou cuidado [...] e quando se vai falar do assunto já não vale a pena [...] gostava também de ver maior rotatividade nas tarefas, não permitindo que os profissionais se sintam na zona de conforto. (E10)

[...] quando se trabalha com pessoas, tem que existir inter-relações pessoais e quando se quer gerar um ambiente e quando se quer que as pessoas sigam modelos escolhidos, tem que se saber liderar [...] um aspeto negativo na coordenação anterior, se calhar pela idade, era a não adesão a base do online (E11)

Para Pinheiro (2019), o coordenador como líder de uma equipa multidisciplinar deve adquirir a capacidade de motivar os profissionais de forma a alcançar o melhor desempenho. Por sua vez, Júnior (2022) partilha a visão de que os profissionais motivados têm uma maior propensão para se comprometerem com as suas organizações.

Diggele et al. (2020) destacam a importância das habilidades de liderança e gestão na educação em saúde para alcançar resultados eficazes. Essas habilidades incluem a capacidade de coordenar equipas, promover a colaboração e tomar decisões estratégicas visando o desempenho da organização de saúde. Segundo eles, o líder atual é aquele que procura equilibrar autonomia e responsabilidade, que valoriza o trabalho em equipa e tem como foco principal a melhoria dos resultados.

A opinião dos participantes corrobora o estudo de Paiva (2022), que apurou a priorização, por parte dos gestores, nas questões administrativas e técnicas, que resultam diariamente numa gestão mais burocrática, justificada pela necessidade de tempo para a organização e planeamento do serviço.

Vitória (2019) considera que “líderes tecnicamente competentes, mas desprovidos de competências relacionais, serão incapazes de gerir devidamente as suas equipas e de se relacionarem proficuamente com subordinados, pares, superiores e entidades externas à organização”.

Segundo Drucker (2010, citado por Pinheiro, 2019), um bom gestor deve reunir aptidões relativamente à tomada de decisão, ser um bom comunicador dentro e fora das organizações, ser mediador, ter competências em planeamento, ter conhecimentos na área de sistemas de informação.

No estudo de Silva et al. (2022) sobre gestão e liderança na perceção dos enfermeiros em três países, em Portugal os participantes deram especial importância à comunicação, por a considerarem facilitadora da gestão. Por sua vez, os participantes de Espanha relevaram as relações interpessoais para o exercício da liderança. Em contrapartida, no Brasil, os participantes referiram uma maior preocupação com o planeamento e aquisição de conhecimentos que capacitem os profissionais de forma a assegurar a qualidade de cuidados. Assim, considera-se fundamental que os coordenadores adquiram competências na equipa, capazes de assegurar o papel adequado ao cargo.

Papel do coordenador

O modelo de gestão partilhada preconizado para as USF pressupõe uma assunção de responsabilidades de gestão formais ou informais que abrangem todos os profissionais, constatando-se uma necessidade de aquisição de competências, em particular quando assumido o papel de coordenador, do qual se espera capacidade para gerir e motivar equipas, promover mudanças, comunicar de forma eficaz, negociar, gerir conflitos (Vitória, 2019).

Pinheiro (2019) considera que um coordenador competente é também um bom gestor e um bom líder; porém, é de opinião que as competências para a gestão das USF não surgem espontaneamente, considerando que existe uma necessidade de as direções/administrações o reconhecerem, para que se possa investir na mudança e na melhoria. A autora entende que o papel do coordenador está a ser descurado não lhe sendo atribuído real valor, considerando que este facto poderá comprometer os objetivos da USF, uma vez que não existem requisitos formativos para o desempenho do cargo, nem estratégias seletivas de avaliação de competências, considerando ser crucial uma formação mínima em gestão para o desempenho deste cargo.

Dos relatos dos participantes relativamente ao papel do coordenador, estes assumiram que ele deve tomar posições na resolução de conflitos de forma assertiva, por exemplo na responsabilização de todos e no seu contributo para os resultados. Consideraram que deve representar e defender a equipa, implementando estratégias de motivação e o envolvimento de todos, disponibilizando tempo para a equipa quando ela necessita. Demonstraram algum desconforto aquando da ausência na resolução de problemas, constatando falhas de intervenção, não como chefia, mas de incentivo e responsabilização de toda a equipa.

Apesar de ser da competência do coordenador gerir os conflitos, muitas vezes está tão ocupado, por também ser médico, que não tem tempo para isso [...] às vezes é difícil não tomar posições [...] a posição a tomar não é fácil, mas tem de ser assertiva. Falar de forma assertiva, dizer o que tem de se dizer sem menosprezar ninguém, sem juízos de valor, sem tentar prejudicar ninguém. (E1)

As principais causas dos conflitos interpessoais nas empresas estão relacionadas com o sentimento de desvantagem relativamente à distribuição de funções, à atribuição das responsabilidades em projetos e grupos de trabalho, a diferenças de personalidade, ao desajuste de informação/comunicação, à escassez de recursos, situações que se conjugam com as características pessoais dos profissionais e à falta de coordenação (Cavalcanti, 2006; Figueiredo, 2012).

Segundo Figueiredo (2012), é essencial saber gerir o conflito de modo construtivo, para que o mesmo resulte em autocrítico e criativo. Rahim (1992, citado por Almeida, 2015) destaca a importância de abordar os conflitos de maneira eficaz, considerando não apenas os resultados

organizacionais, mas também as necessidades individuais dos elementos do grupo. Uma gestão adequada dos conflitos permite lidar com diferenças de opinião e diferentes interesses interpessoais, procurando soluções que atendam aos objetivos coletivos e respeitem os valores e princípios de todos os envolvidos. Assim, considera que as estratégias de gestão de conflitos desempenham um papel essencial nas organizações de saúde, para que se possa promover o desempenho geral da organização e, simultaneamente, atender às necessidades sociais, morais e éticas dos profissionais.

Dimas et al. (2005) no seu estudo sobre os conflitos e a sua gestão no desempenho e na satisfação das equipas, concluíram que a diminuição do conflito dentro do grupo e a capacidade de gerir conflitos de forma colaborativa, aumentam a satisfação dos elementos da equipa, potenciando também o seu desempenho na equipa.

Na opinião de algumas equipas do estudo de Marques-Quinteiro et al. (2020), a gestão de conflitos foi considerada preponderante para o seu sucesso, contrariamente a outras que sofreram consequências fatais devido à sua incapacidade de coordenação e tomada de decisão.

O estudo corrobora a opinião de Lima (2019), que considera que quando um líder se envolve ativamente na resolução de conflitos e problemas da equipa, fortalece as relações entre os seus elementos, permitindo a coesão da equipa.

Os participantes observam que há uma confusão persistente entre os papéis de liderança e chefia, considerando esse um aspeto a melhorar. Destacam a importância da motivação, estímulo e incentivo como estratégias essenciais para envolver e responsabilizar a equipa.

O papel do coordenador é representar e defender a equipa e às vezes há pessoas que têm a mania que são patrões e não são [...] às vezes falta alguém pôr-se de pé e bater com a mão na mesa [...] principalmente para as pessoas que não trabalham tanto, que não cumprem os objetivos, estas devem ser chamadas a atenção e serem informadas de que existe uma porta de saída. (E2)

O coordenador não tem o papel de mandar, tem o papel de partilhar trabalho, de organizar e de orientar o trabalho [...] evidentemente que tem que existir o envolvimento das pessoas [...] quando não há o envolvimento de todas as pessoas por mais que o coordenador tente puxar para cima, não se consegue [...] cada um tem a sua responsabilidade na gestão de diversas áreas [...] as pessoas têm que fazer as coisas, quando não são feitas é da competência do coordenador chamar à atenção. (E7)

[...] eu acho que aqui não há um líder, mas há um chefe [...] Um chefe manda, um líder executa, no meu entender [...] acho que a gestão deveria interferir... mas tenho visto que as coisas chegam à gestão, mas não estou a ver as coisas a mudar após lá chegar.
(E11)

Afonso (2010, citado por Venâncio 2017) aponta que a distinção entre Chefia e Liderança reside na capacidade de o líder controlar os seus colaboradores, considerando, porém, que apesar dessa diferença conceitual, ambos desempenham um papel crucial na administração organizacional. Por sua vez, Watkins (2012, citado por Venâncio 2017) destaca a transição de chefe para líder como um processo que requer educação e preparação, considerando que não é uma transição automática e pode não ser adequada ao perfil ou à vocação de todos.

Este estudo corrobora o estudo de Lima (2019) no que se refere à confusão entre a chefia e a liderança. Os gestores entrevistados consideraram que a chefia é imediata pela urgência na resolução de algo, contrariamente à liderança, a qual consideram que se estabelece ao longo do tempo em conjunto com a relação de confiança. Em consonância, no estudo de Lobo (2020) evidenciou-se a imposição como estratégias de gestão de conflitos no dia a dia, embora os gestores afirmem preferir o diálogo para mediar conflitos.

Segundo Venâncio (2017), liderar é um desafio que vai além das capacidades de muitos profissionais. Não se trata apenas de dar ordens, mas sim de persuadir os profissionais a realizar as ideias propostas pelo líder. Essa persuasão é alcançada através de estímulos motivacionais, que permitem aos subordinados realizar as suas tarefas com habilidades técnicas e sociais, de forma emocionalmente positiva. Contudo, será também necessário que os coordenadores adquiram essas competências de comunicação, de resolução de conflitos, de persuasão. Características que segundo alguns autores podem já existir na pessoa, mas que normalmente devem ser aprendidas e treinadas.

Freitas (2019) acrescenta que o gestor, ao desempenhar o papel de mediador de conflitos, deverá ser perspicaz, no sentido de perceber se esses conflitos poderão ser benéficos para a organização, necessitando para isso de ter autocontrolo e assumir um papel de negociador.

Os achados deste estudo revelam-se em consonância com o estudo de Martins et al. (2020), no qual se evidenciou que os gestores utilizam com mais frequência estratégias de imposição de

conduta, realçando a necessidade de aquisição de conhecimentos na área da gestão de conflitos, considerando que é um facilitador na gestão de pessoas, na melhoria do relacionamento interpessoal, na tomada de decisão e negociação. Acrescentam também que os conflitos são inevitáveis quando existe interação pessoal e que podem trazer benefícios para o ambiente de trabalho, quando bem resolvidos, o que, segundo os autores, se atinge através do investimento no conhecimento e aperfeiçoamento dessa área (Martins et al., 2020).

Os gestores entrevistados no estudo de Paiva (2022, p. 58) “reveem-se num papel de chefe/líder, aquele que é capaz de motivar uma equipa, sendo facilitador do seu processo de aprendizagem. Para o efeito, deve ser detentor de vários conhecimentos que não se prendem apenas com os de enfermagem, mas também com os de gestão e liderança”.

A pressão que as organizações de saúde sofrem para atingir objetivos exige, segundo Luís (2016, p. 16), “lideranças e líderes astutos, que saibam instituir empatia com os seus colaboradores, mas, e acima de tudo, que saibam compreender os sinais que a parte externa projeta, que interajam com ela e que sejam flexíveis o suficiente de modo a responder em tempo oportuno”.

As teorias de liderança e motivação assumem um perfil “ideal” para o líder, atribuindo especial importância a qualidades e características da sua personalidade. Porém, consideram mais importante a adequação relativa a cada situação, a cada organização, a cada equipa e a cada líder (Venâncio, 2017), sendo que, muitas vezes, serão necessárias estratégias diferentes para a mesma atividade (Martins et al., 2020).

Em suma, no estudo de Gomez-Torres et al. (2021), foram identificados os papéis essenciais para a coordenação em contexto de gestão. Estes papéis incluem: o *Negociador*, responsável por defender as suas ideias e angariar recursos externos de forma fundamentada; o *Diretor*, que atua com planeamento, definição de metas e diretrizes claras; o *Facilitador*, que promove o trabalho de equipa, a coesão e a resolução de conflitos; o *Mentor*, que se dedica ao desenvolvimento individual dos membros da equipa; o *Coordenador*, responsável pela eficácia da estrutura e do fluxo de trabalho; e o *Inovador*, que busca novas abordagens e soluções. Esses papéis desempenham uma função crucial na gestão e liderança eficazes dentro das organizações (Gomez-Torres et al., 2021).

3.2 Identificação do coordenador da USF

No domínio “Identificação do coordenador da USF”, agruparam-se duas categorias que emergiram da análise: **“Elegibilidade”** e **“Mandato do coordenador”**. A categoria “Elegibilidade” emergiu do agrupamento das subcategorias: **“Restrições”**, **“Formação em saúde”**, **“Formação em gestão”**, **“Motivação para o exercício da coordenação”** e **“Perfil para o cargo de coordenação”** (Quadro 7).

Quadro 7: Identificação do coordenador da USF

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
ELEGIBILIDADE	Restrições
	Formação em saúde
	Formação em gestão
	Motivação para o exercício da coordenação
	Perfil para o cargo
MANDATO DO COORDENADOR	

O coordenador desempenha o papel de “coordenar” a equipa, ou seja, ele é responsável por garantir a harmonia funcional da equipa, promovendo a participação de todos os membros, em vez de simplesmente dar ordens ou dirigir o grupo (Carrapiço et al., 2017).

Um coordenador, ou gestor em saúde, é um profissional que desempenha um papel de liderança, sendo responsável por desenvolver e capacitar a equipa, de avaliar e motivar a colaboração e o desempenho conjunto, comunicar assertivamente, resolver conflitos, negociar metas e tomar decisões (Diggele et al., 2020). Apresenta também como função planear, organizar, supervisionar as atividades de uma instituição ou unidade de saúde garantindo a eficiência e a eficácia dos serviços, assim como promover a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde (Decreto-Lei n.º 298/2007, 2007).

Elegibilidade

Sobre a elegibilidade, categoria que emergiu da análise, na teoria tradicional do direito eleitoral, é definida como um direito público de ser votado para um cargo eletivo, direito esse atribuído aos cidadãos que preencham as condições de elegibilidade, isto é, os requisitos positivos ou critérios de seleção (Mello, 2020). Considerando o conceito de elegibilidade para a seleção de um coordenador de uma USF, pelos profissionais da instituição, a elegibilidade poderá ser compreendida como um direito de os profissionais escolherem ou serem escolhidos para o exercício do cargo, estando a candidatura condicionada aos requisitos estabelecidos tanto pela legislação, como pelos profissionais da instituição, de acordo com as suas expectativas e necessidades, tendo em conta experiências anteriores.

Assim, nesta categoria, identifica-se a subcategoria “**Restrições**”, visto terem sido identificadas pelos participantes algumas restrições e critérios de elegibilidade para o cargo de coordenador da USF.

Restrições

Quanto a esta subcategoria, os participantes consideraram como grande limitação, na identificação do coordenador, o facto de ser uma função exclusiva do grupo profissional médico. Os profissionais, em sua maioria, consideram que a candidatura ao cargo deveria ser alargada a outros grupos profissionais. De facto, é uma situação que tem vindo a gerar algum mal-estar, pois, nas equipas que reflitam falta de identificação dos profissionais com o seu líder, não será um processo fácil de contornar. Existem condicionantes que dificultam o processo, principalmente quando são equipas pequenas, sem disponibilidade de outros profissionais médicos para assumir o cargo; além disso, as votações são muitas vezes esquecidas, propositadamente ou não, renovando-se automaticamente os mandatos. Em equipas desgastadas, será uma problemática ainda mais difícil para resolver, uma vez que não sentem liberdade para relembrar que deve existir uma votação. Ainda assim, os profissionais são confrontados pela exigência de maioria de dois terços para a seleção do coordenador. Situações em que um outro elemento da equipa tenha maioria dos votos, não atingindo os dois terços, são momentos sentidos como constrangedores, pois revelam muito

do estado emocional da equipa. As várias votações até chegar aos dois terços, são sentidas como pressão, acabando por levar a cedências de voto dos profissionais que receiam contribuir para o mal-estar da equipa. De facto, a possibilidade de alargar a candidatura a outros profissionais da equipa seria uma mais-valia pela diversidade de experiências, capacidades comunicacionais, características pessoais e perfil para liderança, que pudessem refletir-se positivamente na equipa.

Há USF em que existe mesmo a obrigatoriedade de a coordenação passar por todos os profissionais médicos, mas na minha opinião não acho que não deve ser só médico, acho que também poderia ser um enfermeiro ou um secretário clínico. (E1)

Nós estamos numa unidade, convinha que fosse um profissional de saúde devido às questões clínicas, que fosse um bom líder e com alguns conhecimentos de gestão [...] eu acho que também um enfermeiro poderia ser coordenador. (E3)

Acho que a coordenação devia obrigatoriamente passar por todos os grupos [...] nem sequer vejo qual a necessidade de a coordenação ser só médica. Porque é que dentro de uma USF o coordenador tem de ser sempre um médico, independentemente das competências de todos os outros profissionais que cá estejam? (E14)

De acordo com o Decreto-Lei n.º 298/2007, o coordenador de uma equipa é obrigatoriamente um médico, sendo eleito democraticamente pela equipa em Conselho Geral. Gomes et al. (2016) abordam no seu estudo os desafios enfrentados pelos enfermeiros, após a descentralização dos serviços de saúde no Brasil, tanto na prestação de cuidados como na gestão das USF. Assumem que o enfermeiro possui o perfil adequado, uma vez que apresentam conhecimentos e habilidades nas áreas de saúde e de administração para gerir os Serviços Únicos de Saúde (SUS), um modelo semelhante ao das USF.

Por sua vez, Luís (2016, p. 127) considera que o perfil de administradores, diretores e outras chefias, quer médicos, quer enfermeiros, está muito orientado para uma diversidade de qualidades que favorecem a “liberdade, inovação, a criatividade, regras e controlo”. Por outras palavras, espera-se que esses profissionais possuam características que estimulem a liberdade de pensamento e a tomada de decisões inovadoras e criativas, aderindo simultaneamente a regras e regulamentos estabelecidos para garantir um ambiente organizado e controlado.

O autor supracitado considera que a contratação de gestores competentes, líderes eficazes, assim como profissionais capacitados e comprometidos, juntamente com uma transformação da

cultura organizacional do *laissez faire* para uma cultura centrada no cliente, requer um processo de aprendizagem, estudo e superação de desafios. Esses elementos são essenciais para impulsionar a melhoria contínua da organização. As mudanças devem ser aprendidas, analisadas e confrontadas para promover uma nova abordagem no ambiente de trabalho, priorizando as necessidades dos clientes. Segundo o autor, todo o processo é contínuo e desafiador, mas essencial para melhorar a qualidade dos serviços e atender às expectativas da comunidade (Luís, 2016).

Segundo Júnior (2022), a enfermagem apresenta-se como a categoria profissional mais representativa nas instituições de saúde a nível mundial. O enfermeiro gestor (EG) é o líder, na primeira linha, na administração do serviço e da equipa, por ser detentor do conhecimento concreto, alicerçado nos padrões éticos e deontológicos da profissão, e na esfera da gestão em enfermagem.

Esta diversidade de autores é corroborada, de certa forma, pelo estudo, considerando a dificuldade sentida pelos participantes no que se refere à eleição para o cargo de coordenador, por ser restrita apenas a uma equipa profissional, uma vez que os participantes atribuem competências aos enfermeiros gestores qualificados no âmbito da gestão de equipas.

Mais do que a função, para mim, é a pessoa que conta [...] Se considerarmos que aquele indivíduo é capaz de assumir e gerir a equipa e que esta o reconhece como representativo, então porque não? (E13)

Este estudo corrobora os resultados do estudo de Neves (2017), ao verificar haver consenso entre assistentes técnicos, médicos e utentes sobre as qualidades e competências dos enfermeiros em situações de elo entre os intervenientes, conferindo-lhes qualidades em termos de proximidade, disponibilidade, relacionamento empático e comunicacional, elementos fundamentais para a união da equipa e a cultura organizacional, das quais emergem valores como a confiança e o respeito.

A Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança (APEGEL) destaca que o enfermeiro gestor possui competências que garantem a segurança das boas práticas, atribuições adequadas de recursos e conhecimento, consolidando a segurança do paciente. Além disso, o enfermeiro gestor desempenha um papel central na garantia da efetividade dos cuidados, liderando projetos e criando condições propícias para uma prática adequada (Guerra, 2009). Também Ribeiro

(2012) considera que a gestão dos cuidados de enfermagem é essencial para alcançar metas de qualidade, eficiência e eficácia nos cuidados de saúde em Portugal.

Formação em saúde

De acordo com a diretiva do Ministério da Saúde, ser profissional de saúde requer formação que lhe confira habilitação adequada ao exercício da sua atividade sendo obrigatória a inscrição na respetiva ordem, quer sejam enfermeiros, médicos, farmacêuticos, nutricionistas ou psicólogos.

Um dos fatores de sucesso do SNS tem surgido pela qualificação e o desenvolvimento técnico-científico dos seus profissionais. Assim, de acordo com o descrito no regulamento do exercício profissional do enfermeiro (Regulamento n.º 101/2015, 2015, p. 95), baseado no Decreto-Lei n.º 104/98: “A Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.”

A legislação reconhece o enfermeiro como um indivíduo com formação especializada em enfermagem com habilitações científicas, técnicas e humanas, reconhecidas legalmente, para prestar cuidados de saúde e de bem-estar aos pacientes (Regulamento n.º 101/2015, 2015).

Por sua vez, também o médico é o profissional legalmente habilitado para o exercício da medicina, definido pela Ordem dos Médicos como tendo um perfil profissional “capacitado para o diagnóstico, tratamento, prevenção ou recuperação de doenças ou outros problemas de saúde, e apto a prestar cuidados e a intervir sobre indivíduos, conjuntos de indivíduos ou grupos populacionais, doentes ou saudáveis, tendo em vista a proteção, melhoria ou manutenção do seu estado e nível de saúde” (Decreto-Lei n.º 177/2009, 2009).

As USF são unidades constituídas por equipas multiprofissionais, sendo que apenas os enfermeiros e os médicos apresentam habilitações certificadas para a prestação de cuidados a nível da prevenção, promoção ou tratamento da população. O coordenador da equipa é o médico identificado na candidatura e designado pelo despacho que aprova a constituição da USF (Decreto-Lei n.º 298/2007, 2007). No que se refere à seleção do coordenador, os participantes revelaram

atribuir importância a requisitos como a formação em saúde, a formação em gestão, a motivação para o exercício da função e o perfil para o cargo.

Os participantes consideraram que a coordenação deve ser assumida por um profissional com conhecimentos na área da saúde, atribuindo, por essa razão, a possibilidade de esse cargo ser ocupado apenas por médicos e enfermeiros:

Nos moldes em que as USF trabalham acho que o coordenador deverá ser alguém com habilitações superiores, porque considero mais sensato experienciar na prática o que se vai coordenar. (E5)

Em termos de gestão, eu acho que os senhores enfermeiros estão ao nível dos senhores doutores para poderem estar na coordenação de uma unidade [...] em relação aos assistentes técnicos isso é mais difícil, pois mesmo havendo licenciados, existe sempre a falta de conhecimento da parte clínica. (E10)

[...] sem dúvida alguma que, embora tenhamos administrativos que têm formação académica, não diria um assistente técnico como coordenador, pois existe sempre a falta de conhecimento da parte clínica [...] mas se calhar um médico ou um enfermeiro que tenha essas características, acho que poderiam ser coordenadores. (E11)

Os participantes do estudo destacam a importância do nível de formação dos assistentes técnicos, reconhecendo que o grau académico desse grupo profissional se tem vindo a elevar. No entanto, também eles reconhecem que essas qualificações académicas não são suficientes para suprir as lacunas do conhecimento clínico desse grupo.

Os enfermeiros desempenham um papel crucial na gestão das Unidades de Saúde da Família (USF). No Brasil, são os enfermeiros que assumem o desafio de gerir as USF, incluindo coordenação, planeamento, organização e controlo das atividades de saúde. São considerados os profissionais mais capacitados para gerir USF, pois tem a sua maior evidência no processo de cuidar e de gerir (Ceolin et al., 2020).

O desafio da gestão leva em conta a complexidade das necessidades locais, sendo a formação em gestão uma necessidade na formação de base, por se considerar que os enfermeiros devem ser dotados de habilidades, conhecimentos e competências que permitam a compreensão e a autonomia em tarefas de gestão, capacitando-os para gerir problemas, trabalhar em equipa, colaborar em equipas multiprofissionais, numa ação pautada pelos princípios éticos. Este estudo

conclui que os enfermeiros devem possuir um conjunto diversificado de competências na área de gestão, essenciais para administrar de forma eficaz uma USF, dada a complexidade do cargo, e que, para tal, esses conhecimentos devem ser incluídos no ensino de base (Dias & Moniz, 2019;).

Os resultados estão em consonância com os dados obtidos no estudo elaborado pela CNCSP (Comissão Nacional para a Reforma dos Cuidados Primários) sobre os secretários clínicos, que evidencia uma crescente qualificação académica deste grupo profissional, porém não na área da sua atuação nas USF. Estes profissionais consideraram que a experiência proveniente dos anos de serviço pode, em certa medida, contribuir para uma melhoria de competências, porém realçam que a formação não deve ser descurada particularmente em instituições de saúde. Os participantes percecionam também uma falta de investimento na formação dos profissionais das várias unidades funcionais por parte do ACeS e da ARS (CNCSP, 2018).

Tendo em conta as investigações já realizadas, a USF-AN elaborou o estudo “7x7 Medidas para os Cuidados de Saúde Primários” (Alves et al., 2022), no qual são apresentadas sugestões de melhorias para as USF, entre as quais criar a carreira de secretário clínico, de forma a garantir a permanência destas pessoas na profissão. O relatório anual intitulado “Momento Atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal 2021/2022” tem como finalidade encontrar soluções para a melhoria dos problemas identificados pelos coordenadores, os quais também apontaram, como medidas futuras, as necessidades formativas que valorizem a atividade do secretariado clínico, definindo competências diferenciadoras que possibilitem a criação de uma estrutura formativa, com intenção de criar uma nova carreira especial (Biscaia et al., 2022).

Formação em gestão

De acordo com Abreu (2001, citado por Ribeiro, 2012), a formação é descrita como um processo de aprendizagem, que influencia o desenvolvimento do indivíduo em termos cognitivos, afetivos, motores, relacionais e transformadores.

Fernandes et al. (2009, p. 1542) definem competências de gestão como “um conjunto de características percebidas nas pessoas que envolvem conhecimentos, habilidades e atitudes que

levam a um desempenho superior, pelo que de facto se mostra necessário a aquisição de saberes clínicos, centrados na qualidade de cuidados de excelência aos utentes.

A gestão de qualquer organização de saúde, seja pública ou privada, é considerada uma tarefa complexa que requer a atuação de profissionais especializados e comprometidos com a realização dos objetivos do serviço. Isso significa que é necessário contar com gestores capacitados e dedicados, que possuam o conhecimento e as habilidades necessárias para gerir efetivamente os desafios específicos do setor da saúde (Luís, 2016). Assim, uma gestão eficaz é fundamental para garantir o funcionamento adequado da organização e para alcançar os resultados desejados em termos de prestação de serviços de saúde de qualidade.

Os participantes do estudo consideraram também importante a formação em gestão como atributo relevante para a seleção do cargo de coordenador, uma vez que reconhecem que as habilidades e competências adquiridas são fundamentais para o desempenho das suas responsabilidades, assim como da sua competência para lidar com os desafios da própria liderança:

Não considero que, para a coordenação, ter formação de gestão em saúde seja importante, mas ajuda [...] ter alguma formação em gestão de conflitos, comunicação, se calhar ajudaria a melhorar os processos de gestão. Porque não um enfermeiro, por exemplo? Há enfermeiros que tem formação em gestão de saúde e nunca serão coordenadores. (E1)

Os participantes reconhecem que:

[...] a gestão não está no curso base de medicina nem na sua especialidade. O médico tira o curso de medicina como o enfermeiro tira o de enfermagem [...] na minha perspetiva, acho que a formação sobre gestão deveria ser um requisito para a coordenação da unidade [...] ter formação não só de gestão em si e da organização, mas também de liderança, de como trabalhar as pessoas e o seu comportamento [...] não é nenhuma luta de classes, é uma questão de que seria uma mais-valia poder-se escolher entre mais profissionais, com as qualificações, naturalmente, pois na minha USF nenhum médico tem gestão, contrariamente aos enfermeiros. (E4)

O discurso dos participantes é congruente com a opinião de Nelson Guerra, presidente da Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança, dado referir que “os Enfermeiros da área de gestão constituem uma estrutura fundamental para a garantia da qualidade dos cuidados de saúde prestados à população. Este é um aspeto óbvio que só quem não conhece o sistema ou

não tem como prioridade a efetividade da prestação de cuidados de saúde, pode questionar.” (Guerra, 2009).

Qualquer organização de saúde, seja um hospital de alta complexidade ou um centro de saúde, requer, segundo Luís (2016), uma gestão especializada composta por profissionais dedicados a alcançar os objetivos finais do serviço que lideram; sendo, por isso, mais difícil de ser realizada por um gestor que não tenha formação adequada na área nem interesse em atualizar os seus conhecimentos e habilidades em gestão. A APEGEL destaca que a gestão é uma área de atuação essencial da enfermagem, sendo fundamental para garantir a qualidade dos cuidados oferecidos em todas as unidades de saúde.

A partir de 2015, a Ordem dos Enfermeiros (OE) estabeleceu, no Regulamento n.º 101/2015 (2015), as competências acrescidas em gestão em enfermagem, com o objetivo de capacitar os profissionais para uma maior eficiência na resposta às necessidades de cuidados de saúde da população. Essas competências foram descritas como habilidades adicionais que permitem aos enfermeiros gestores desempenhar um papel estratégico na melhoria dos serviços de saúde (Regulamento n.º 101/2015, 2015).

Os participantes assumiram que, com competências adquiridas através da formação em gestão,

[...] qualquer grupo, poderia assumir uma coordenação, mas que tivesse efetivamente uma formação na área, uma especialidade, um mestrado, uma pós-graduação [...] Ninguém me garante a mim que nós não possamos ter um administrativo, por exemplo, com um curso superior até na área da gestão [...] Se calhar faria muito mais sentido do que termos como coordenador um médico. (E14)

A pesquisa de Gomez-Torres et al. (2021) dá especial importância à formação dos gestores na área de saúde pública. Existe, segundo os autores, a necessidade de desenvolver competências específicas, considerando estratégias de formação que visem capacitar os gestores a tornarem-se líderes de sucesso, capazes de melhorar a produtividade do ambiente de trabalho de maneira estruturada.

Canário, em 1991 (citado por Ribeiro, 2012), já destacava que o conceito de formação abrange não apenas a obtenção de qualificações acadêmicas, mas também um processo contínuo de desenvolvimento de competências. Essa formação é vista como um percurso individual que envolve a aquisição de conhecimentos e está integrada numa trajetória pessoal de crescimento e aperfeiçoamento da aprendizagem.

A formação em gestão engloba uma grande diversidade de disciplinas, descritas para a certificação da competência acrescida avançada de gestão, num total de 30 ECTS. São disciplinas obrigatórias na pós-graduação em Gestão de Serviços de Enfermagem: Comportamento Organizacional, Economia da Saúde e Finanças; Gestão da Qualidade, Gestão de Recursos Humanos, Gestão de Conflitos e Liderança e Governança Clínica (OE, 2018)

Os participantes consideraram a formação como crucial para o cargo de coordenador de uma USF, na área da:

*Gestão de conflitos (E1),
Formação em liderança (E2),
Formação em recursos humanos e formação em relacionamento interpessoal (E3).*

Conforme mencionado por França (2013), a formação desempenha um papel crucial na gestão dos recursos humanos e está diretamente relacionada com o alto desempenho das organizações. Nesse sentido, ela deve ser considerada como uma estratégia motivadora, que tem o potencial de aumentar a satisfação profissional no ambiente organizacional. O estudo de Bastos (2014) reflete também, entre os participantes, a ausência de formação na área de gestão, considerando que essa falha como negativa para a organização, razão pela qual sugere que as organizações devem investir na formação contínua, individual e em grupo adequada às funções que cada um desempenha.

Na opinião de Vitória (2019), “o modelo de governação preconizado para as USF, exige dos profissionais de saúde a assunção de responsabilidades formais e/ou informais de liderança e gestão. A avocação de tais funções requer destes profissionais, assumindo eles ou não o papel de coordenador(a) (a liderança formal da USF), competências de liderança tão vastas como a

capacidade de motivar equipas, de gerir mudanças, de comunicar eficazmente uma visão/uma ideia, de negociar, de resolver conflitos, de estabelecer parcerias e/ou objetivos.” (Vitória, 2019).

Por sua vez, no estudo de Paiva (2022), os participantes consideram que também os gestores devem ser incluídos nos processos formativos de forma a contribuir para a valorização pessoal. O estudo de Ceolin et al. (2020) também concluiu que, apesar de os enfermeiros serem os profissionais com mais competências para a gestão das USF, no Brasil, as suas competências de gestão devem ser aprimoradas através do seu ensino no curso de enfermagem.

Motivação para o exercício da coordenação

Maciel (2011) considera que a motivação desempenha um papel fundamental em todas as etapas e que é indispensável para o processo de mudança. Ela resulta do envolvimento e do comprometimento conjunto na realização de um projeto em comum. Segundo Lima (2022, p. 29), “a motivação corresponde ao conjunto de motivos que levam o indivíduo a realizar um determinado ato, no plano científico a motivação corresponde aos motivos internos e/ou externos que levam um determinado indivíduo a realizar uma ação”. Em contexto de profissional, a forma como a organização e a sua estrutura são configuradas pode influenciar a motivação e o comportamento dos seus funcionários (Silva et al., 2015).

Freitas (2018) destaca no seu estudo a difícil situação no SNS, onde a escassez dos recursos humanos nas unidades de saúde e o cansaço dos profissionais contribuem para a falta de motivação dos gestores.

O regulamento interno de cada USF descreve, de acordo com a legislação, as decisões da equipa no que se refere à identificação do coordenador, considerando ou não a disponibilidade voluntária, a rotatividade para o cargo ou apenas o período de mandato e reeleição. Sendo a coordenação uma função acrescida à função principal de medicina familiar e, portanto, uma sobrecarga para o profissional que a assume, os participantes são de opinião de que os coordenadores devem ser selecionados entre quem se sente motivado e com capacidade para o cargo.

Eu acho que toda a gente devia passar pelo processo de coordenação desde que o queira [...] há pessoas que não querem mesmo ser coordenadores por não terem perfil... (E1)

Eu acho que obrigar não vai dar bom resultado [...] se a pessoa não quer, acho que não vai dar fruto [...] se a pessoa está disponível à partida, tem de estar com vontade de trabalhar. (E2)

Acho que as pessoas têm de gostar e tem de querer. Só devem ir para um lugar de gestão as pessoas que dizem, 'eu não me importo e até gosto do trabalho'. (E7)

Quem não quer, pode não estar motivado e a equipa pode ficar parada... não há esta tal liderança, não há este tal empenho... (E12)

Katz (1970, citado por Chiavenato, 1994) afirma que o sucesso de um gestor depende mais do seu desempenho e da forma como lida com pessoas ou situações do que das suas características pessoais. Isso ocorre porque o desempenho é resultado das habilidades adquiridas, incluindo a capacidade de transformar conhecimento em ação para atingir os resultados desejados.

Chiavenato (1994) defende a visão de que a motivação humana é afetada por uma variedade de necessidades e que pode ser passageira, considerando que as motivações também poderão ser temporárias. Marquis e Huston (1999, citados por Ribeiro, 2012) fazem distinção entre a motivação intrínseca, impulsionada pelo indivíduo, e a extrínseca, influenciada pelo ambiente de trabalho ou por recompensas externas. Segundo estes autores, ambas influenciam a produtividade e satisfação no trabalho, por um lado a motivação intrínseca relacionada com os valores e aspirações pessoais e, por outro lado, a motivação extrínseca, que, no caso das USF, poderá ser sustentada pelos incentivos financeiros. Torna-se, então, essencial que os indivíduos estejam motivados e valorizem o seu desempenho e produtividade para alcançar essa motivação interior.

A motivação para assumir qualquer cargo de gestão pressupõe, além das capacidades e competências, também a aceitação de um desafio, considerando o compromisso em manter os resultados da equipa na direção dos seus objetivos, assim como na melhoria de todos os seus processos, transformando e incentivando o envolvimento de todos, conforme os princípios das USF.

Do relato dos participantes conclui-se que devem assumir o cargo de coordenação, os profissionais que manifestem vontade e disponibilidade para assumir esse desafio, comprometendo-

se com os objetivos da equipa. Foi também referido um sentimento de comunicação, falta de cuidado que poderá ser justificada pelas exigências atuais e sobrecarga de trabalho, que provocam, conseqüentemente, um sentimento de desvalorização e falta de reconhecimento. Nesse sentido, os profissionais pensam que são essenciais algumas características pessoais, associadas às competências aprendidas na formação para os cargos de gestão.

Perfil para o cargo

Um coordenador de uma unidade de saúde é um profissional responsável por liderar e gerir atividades da instituição, sendo que desempenha um papel crucial na organização e coordenação das equipas de saúde. Segundo Nunes (2013), a eficácia enquanto gestor compreende um perfil adequado e equilibrado, bem como habilidades para enfrentar os desafios dos serviços no dia a dia, incentivando e motivando os profissionais da instituição.

De acordo com a visão de Luís (2016), ser um gestor competente na área da saúde é uma tarefa complexa, pois além de administrar recursos de forma eficiente e enfrentar desafios, também considera crucial ter resiliência para lidar com as críticas. Além disso, o seu objetivo principal é conseguir ganhos em saúde. Assim, o autor considera importante conhecer o perfil e as características do gestor, ou de qualquer funcionário com poder de decisão, de forma a selecionarem-se profissionais adequados para estes cargos.

Os líderes devem possuir habilidades sólidas de organização e gestão do tempo, ser capazes de estabelecer relacionamentos profissionais, demonstrarem habilidades políticas e, acima de tudo, ter fortes habilidades de comunicação (Diggele et al., 2020).

Segundo Ribeiro (2012), citando Santos e Miranda (2007), na área da saúde, é de extrema importância o papel desempenhado pelo gestor, o qual deve possuir habilidades para administrar pessoas, lidar com diferentes interesses, acompanhar as atualidades, gerir mudanças e conflitos, além de ser capaz de mobilizar recursos, demonstrar disponibilidade e dedicação, entre outros aspetos. Destacam também a necessidade de o gestor atuar como um agente que promova harmonia.

Fernandes et al. (2009) assumem que as competências da gestão são como pilares de qualquer organização, razão pela qual consideram que a capacidade de gerir uma equipa de saúde exige requisitos quanto ao perfil do profissional. Os mesmos autores consideram que as competências em gestão são fundamentais para qualquer organização, especialmente no contexto da equipa de saúde, porém, acrescenta que para gerir de forma eficaz, é necessário possuir um perfil equilibrado e habilidades para enfrentar os desafios e limitações do serviço. No entender de Nunes (2013), a gestão deve estimular e incentivar a contribuição dos profissionais, promovendo a motivação das pessoas envolvidas. Os líderes devem possuir habilidades sólidas de organização e gestão do tempo, serem capazes de estabelecer relacionamentos profissionais, demonstrarem habilidades políticas e, acima de tudo, terem fortes habilidades de comunicação (Diggele et al., 2020).

Dos dados recolhidos, destacam-se algumas características que caracterizam o perfil de líder desejado pelos participantes:

Um coordenador, acima de tudo, deve ser perspicaz, ser bom comunicador e ser mesmo líder, ter perfil [...] não pode ir à frente nem atrás, deve estar no meio da equipa para a envolver. O coordenador deve sempre ouvir as duas partes. (E1)

[...] deve ser um bom comunicador [...] deve ser uma pessoa que ouve [...] uma pessoa capaz de motivar as pessoas [...] de ter aquele instinto de procurar as capacidades que cada um tem de melhor [...] tem de ser um agregador e de ser um motivador [...] tem de uma pessoa de pessoas, mas ao mesmo tempo tem de ser uma pessoa de organizações [...] independentemente de ser médico ou enfermeiro ou secretário clínico, ser uma pessoa que tenha perfil, motivação e vontade. (E4)

[...] acho extremamente importante que o coordenador seja justo, imparcial, humilde e líder, só assim conquista uma equipa. (E5)

Um verdadeiro líder é aquele que cuida daqueles que lidera [...] esta característica não depende puramente da formação académica, mas da pessoa em si [...] de lhe serem reconhecidas competências de liderança pelos outros elementos da equipa [...] considero importante a maturidade, comunicação coerente, humanismo, isenção, imparcialidade, reforço positivo em vez de negativo, tais como atitudes de tentativa de humilhação. (E13)

Os desejos dos participantes refletem tudo o que consideram ser importante num líder, aspetos que vão para lá da sua formação, a qual lhe confere aprendizagens e habilidades. Na

realidade, a percepção que se retira dos relatos é que têm necessidade de um líder que impulse, que capacite, que motive e que valorize as características e capacidades pessoais de cada profissional. Este tipo de liderança é definido como liderança transformacional (Diggele et al., 2020). Percebe-se que os profissionais das USF têm necessidade de líderes com atributos pessoais na área das relações interpessoais, da comunicação e da inteligência emocional, humanização, assim como do reforço positivo.

Os relatos do estudo estão de acordo com os resultados do estudo de Lima (2019), ao concluir que a grande capacidade de liderança reside na aptidão para a gestão e na capacidade de, através de uma gestão eficaz de conflitos, gerar inovação e desenvolvimento na equipa que lidera, considerando também o *feedback* como ferramenta de motivação e relacionamento entre líderes e colaboradores, alinhados no sentido de um mesmo objetivo. Para tal, na opinião de Vitória (2019), liderar uma equipa exige competências relacionais a ser aprendidas.

Gestores competentes são aqueles que estão sempre em processo de aprendizagem e que impulsionam as suas equipas e as suas organizações para um nível superior de desempenho com vista a atingir metas da organização (Freitas & Odélios, 2018). De igual forma, o estudo de Paiva (2022) evidencia a opinião dos participantes, os quais consideram ser fundamental a participação dos gestores em processos formativos como forma de contribuir para a valorização profissional.

Mandato do coordenador

O termo mandato refere-se ao período de tempo durante o qual uma pessoa ou grupo de pessoas é autorizado a exercer uma função ou a ocupar um cargo. O Decreto-Lei n.º 298/2007 não estabelecia o tempo de mandato para a coordenação; por isso, o período de tempo para eleição ou renovação do mandato era uma decisão de cada USF.

A lei da limitação de mandatos a nível autárquico (Lei n.º 46/2005) impõe um limite temporal de três mandatos consecutivos para os cargos de presidente de câmara e presidente de junta de freguesia. Essa limitação tem como objetivo principal evitar que os autarcas estejam no

poder por um período prolongado com posições de liderança, prevenindo possíveis abusos de poder e lideranças autocráticas (Freitas, 2017; Lei n.º 46/2005, 2005).

Ao limitar o número de mandatos consecutivos, a lei promove uma maior participação e diversidade de liderança, permitindo que novos candidatos tenham a oportunidade de ocupar os cargos e contribuir com novas ideias e visões. Desta forma, a democracia é fortalecida ao evitar a concentração excessiva de poder e ao fomentar a alternância política. A lei incentiva também uma gestão responsável e eficiente, uma vez que os autarcas conhecem a limitação de tempo para o cumprimento de resultados (Freitas, 2017).

Em Portugal, existem dez entidades com funções de regulação da atividade económica dos setores privado, público e cooperativo, que são reconhecidas como entidades reguladoras, das quais apenas o Banco de Portugal e a Entidade Reguladora para a Comunicação Social não são abrangidas pela lei da limitação de mandatos; em todas as outras estão previstas uma limitação de mandato (Ribeiro et al., 2021).

O novo estatuto do SNS apresenta já essa alteração, considerando o regime de exercício de funções dos coordenadores, a sua designação por um período de três anos, renovável por iguais períodos (Decreto-Lei n.º 52/2022, 2022).

O regulamento interno de cada USF pode ser alterado de acordo com as decisões tomadas em Conselho Geral, onde serão revistos regras e procedimentos, bem como as responsabilidades dos profissionais. Assim, os participantes consideram ser vantajoso a rotatividade dos coordenadores, mesmo não tendo passado pela experiência, pois consideram a hipótese de descobrirem pessoas com novas ideias. Acrescentam que a coordenação não deve estar limitada a dois anos, quando a equipa se sente bem e o trabalho flui, porém, os cargos de gestão não devem manter-se por tempo indeterminado, tanto pelo risco de abuso de poder, como pela acomodação característica do cansaço.

Neste novo regulamento interno não está descrito que deva ser rotativo, como estava no anterior, apenas está descrito o tempo de cada coordenação, sendo o período de votação de 2/2 anos. (E1)

Na minha USF, relativamente ao processo de liderança, temos preconizado votação anual para a eleição do coordenador devido aos fatores motivação, de desempenho e incentivo nas relações humanas [...] não gostando do seu desempenho, muda no ano seguinte. (E15)

Apesar das divergências no que se refere ao regulamento interno de cada USF, os participantes expõem as suas percepções sobre o período de mandato, considerando que deva existir alguma rotatividade entre os elementos, apontando aspetos negativos quanto à permanência de longos anos no cargo:

Existem unidades em que o coordenador está cinco mandatos, o que faz com que se sintam os reis ou rainhas do reino porque, para o bem ou para o mal, essa função também cria vícios. (E11)

[...] considero que não deve ser sempre o mesmo coordenador e deveria estar descrito no regulamento interno, um limite máximo para a coordenação da mesma pessoa [...] ao fim de x de tempo deve rodar, pois começam a criar-se zonas de conforto na pessoa que continuará a coordenar sem nenhuma atração. (E7)

O facto de ser sempre a mesma pessoa acaba por criar muitos hábitos e as pessoas vão-se acomodando... acaba por ser sempre a mesma coisa. (E3)

[...] considero que posições hierarquicamente superiores, se estiverem muito tempo estagnadas, acabam por dar uma ideia de poder às pessoas que as ocupam. (E5)

A experiência dos profissionais permitiu-lhes sugerir um período tempo adequado para uma coordenação; consideram que, apesar de ser importante uma delimitação do número de mandatos, também deveria existir um período mínimo que permitisse ao coordenador uma adaptação ao cargo:

Acho que deve existir um limite de seis anos para o mesmo coordenador. (E5)

Um ano nunca é suficiente, até porque muitas vezes é o tempo que se demora na adaptação e o tempo de colocar a unidade a funcionar corretamente. O segundo já dá para fazer outro tipo de trabalhos, no entanto considero que não deve um limite de dois anos, quando tudo corre bem. Por outro lado [...] deve existir um limite inferior a dez anos de coordenação (E11)

O coordenador é eleito de três em três anos conforme o descrito no regulamento interno [...] O ambiente organizacional da equipa tem sido orientado pela mesma pessoa há 12

anos. Considero três mandatos consecutivos razoável para o mesmo coordenador, pois que mais tempo poderá trazer riscos de congelamento de papéis/attitudes e um acomodar conseqüente (E13)

De acordo com o explanado pelos relatos dos participantes e pela lei de mandatos, é de considerar que a estagnação de pessoas em cargos de gestão contraria a democracia, a inovação e a criatividade no ambiente organizacional.

3.3 Ambiente organizacional

No domínio “Ambiente organizacional” agruparam-se as categorias “**Comunicação interdisciplinar**”, “**Envolvimento**”, “**Motivações**”, “**Clima organizacional**” e “**Formação**”. Esta última resultou da agregação das subcategorias “**Perceções sobre a formação disponibilizada**” e “**Necessidades de formação**” (Quadro 8).

Quadro 8 – Ambiente organizacional

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
COMUNICAÇÃO INTERDISCIPLINAR	
ENVOLVIMENTO	
MOTIVAÇÕES	
CLIMA ORGANIZACIONAL	
FORMAÇÃO	Perceções sobre a formação disponibilizada
	Necessidades de formação

O ambiente organizacional compreende todos os elementos e circunstâncias que envolvem uma organização, englobando tanto fatores internos como externos que influenciam o seu funcionamento e os seus resultados. Refere-se ao contexto no qual a organização está inserida e interage com as diversas partes interessadas, como os profissionais, os clientes e a sociedade em geral (Cruz & Ferreira, 2012).

Para Mateus (2018), as organizações são sistemas abertos que devem ter a capacidade de se adaptar e reorganizar diante de desafios internos e externos. Para alcançar o sucesso, segundo o autor, é essencial desenvolver uma cultura organizacional que promova a adaptação e a competitividade, pois quando sólida e claramente definida, cria uma identidade compartilhada e um compromisso com a instituição, incentivando a confiança e a união coletiva. Essa complementaridade entre cultura organizacional e modelos de gestão é um fator crucial para o sucesso das organizações.

Segundo Maximiano (2000, citado por Silva et al., 2015), os comportamentos são um dos elementos mais importantes da cultura organizacional. Além destes, a cultura organizacional também engloba valores, rituais, crenças, hábitos e outros aspectos que condicionam o comportamento das pessoas dentro da organização. A cultura organizacional perdura ao longo da existência da organização – ou pelo menos em parte dela –, definindo normas e expectativas de comportamento dos seus profissionais, influenciando a forma como as tarefas são realizadas e como as relações são estabelecidas. Portanto, compreender e alinhar os comportamentos com a cultura organizacional é fundamental para promover um ambiente de trabalho saudável e alcançar os objetivos da empresa (Silva et al., 2015).

Comunicação interdisciplinar

A comunicação pode ser compreendida como um processo no qual existe um emissor, que é a pessoa que transmite a mensagem, e um receptor, que é a pessoa que recebe e interpreta a mensagem. Embora a comunicação seja essencial para a troca de informações, ideias e emoções, é importante reconhecer que ela pode ser recebida e interpretada de várias formas, sendo que essa subjetividade na interpretação pode influenciar a qualidade comunicação e a compreensão da mensagem (Lucas, 2010). O autor considera que, numa equipa, todos os elementos assumem igual importância pelo seu contributo individual para a organização, uma vez que tudo traz em si, comunicação, podendo a sua ausência (mal-entendidos, perdas de informação, conflitos) comprometer o ambiente organizacional e o funcionamento da equipa. Venâncio (2017, p. 22) acrescenta que “saber como comunicar e a quem comunicar é uma vantagem competitiva na hora

de liderar grupos de trabalho e de conquistar relacionamentos com o meio exterior”. Para Carnegie (2021), a forma como se diz o que se diz, na atualidade, é um fator decisivo para vencer ou falhar. Refere que “os grandes líderes da governação [...] são todos hábeis na capacidade de comunicar eficazmente” (p. 75). No entanto, essa capacidade, não inata, deve ser adquirida quando desejada, de forma a poder ser utilizada para estimular e entusiasmar as equipas a alcançarem os seus objetivos.

Pelo exposto, percebe-se que é fundamental estar atento a esses desafios e adotar estratégias para garantir uma comunicação adequada dentro das instituições, o que inclui o cuidado na utilização de linguagem clara e ouvir ativamente, promovendo sempre esclarecimentos que garantam a compreensão dos profissionais da equipa. Os participantes referem que a comunicação está comprometida, pois sentem pouca liberdade para expor as suas opiniões, receando retaliações ou conflitos, adotam também, como estratégia, a pressão por pares em reuniões de grupo profissional, como forma de evitar reações mais diretivas em reunião geral.

Nós temos reuniões multidisciplinares, mas também temos reuniões de pares, reuniões só de enfermagem, só de médicos e só de secretariado clínico, e acabamos por falar ali livremente uns com os outros [...] nestas reuniões aproveitamos para fazer pressão de pares, para que a coordenadora não tenha que ser tão diretiva, não ter que dizer ‘Eu quero que trabalhes’, ‘Eu quero que tu faças’ [...] o sentir liberdade para se expressar em reunião geral poderá não ser transversal a todas as pessoas, mas eu sim [...] a noção que tenho é que a relação entre os membros da equipa administrativa, médicos e enfermeiros é boa. (E4)

Devemos falar quando precisarmos de dizer determinadas coisas, saber ouvir para escutar, e acho que se está a perder muito isso [...] acho que o ambiente organizacional está a piorar [...] se uma equipa tem medo de tomar decisões, com medo da gestão que está, isso é muito mau, porque aí o que prevalece é o medo [...] Isto não é um bom modelo de gestão. (E11)

O que o coordenador faz pelo ambiente organizacional, para a união da equipa, é uma paz podre [...] comunicação é muito importante e poderia melhorar. (E14)

A comunicação é um dos principais papéis da gestão, tão importante como a motivação e a liderança. É essencial que qualquer gestor possua habilidades de comunicação eficazes, uma vez que se torna condição essencial transmitir informações, orientações, conhecimentos a toda a

equipa. Sem comunicação, é difícil desenvolver processos de liderança, motivação, empatia, relacionamento dentro de uma organização. É importante saber como comunicar e com quem comunicar, pois isso torna-se uma vantagem competitiva ao liderar grupos de trabalho e estabelecer relações com o ambiente externo (Venâncio, 2017).

O mesmo autor, conforme Ruão (2008, citado por Venâncio, 2017), defende que a comunicação facilita a cooperação entre as pessoas e caracteriza uma identidade organizacional que se reflete em comportamentos, atitudes e valores das pessoas.

Os participantes demonstraram algum descontentamento e preocupação quanto ao futuro da gestão das USF, pois consideram que o ambiente organizacional, os seus valores e princípios estão a perder-se. O medo ou a falta de livre expressão é reflexo de uma comunicação interdisciplinar deficiente.

Lucas (2010) considera que a comunicação interdisciplinar é uma competência de extrema importância nas organizações de saúde. Ela desempenha um papel fundamental na garantia da continuidade dos cuidados ao indivíduo, permitindo o envolvimento dos profissionais e a partilha de conhecimentos e habilidades entre diferentes disciplinas. Ao mesmo tempo, cada profissional deve manter a responsabilidade individual pela qualidade dos cuidados prestados. O reconhecimento da importância da comunicação interdisciplinar tem levado a um maior foco nessa competência nas organizações de saúde, visando proporcionar uma assistência mais integrada e de melhor qualidade aos pacientes.

No estudo de Silva et al. (2022), os resultados das entrevistas a enfermeiros sobre gestão e liderança no trabalho, surgiram categorias que apontam para a necessidade de exercer influência, de comunicar, ouvir, motivar e desenvolver a equipa, para além das atividades de gestão conhecidas como o supervisionar, planear e implementar ferramentas de qualidade do cuidado. Os participantes realçaram a comunicação (saber ouvir) como forma necessária para a criação de laços de confiança e corresponsabilização dos profissionais, facto que, segundo os participantes, motiva as equipas reforçando as relações interpessoais (Silva et al., 2022).

No estudo de Lima (2019), defende-se que o *feedback* deve ser periódico e fazer parte das ferramentas da liderança, pelo seu efeito no alinhamento dos objetivos da organização e do relacionamento entre líder e colaborador. Nas USF, esse *feedback* está relacionado com os

resultados dos indicadores apresentados à equipa em reunião geral, momento em que se faz a leitura de desempenho individual e da equipa e se define estratégias para manter o foco nos resultados que se pretende atingir.

Envolvimento

Um profissional possui um alto nível de comprometimento afetivo com a organização quando se identifica com os valores desta e estabelece com ela relações positivas. Esse envolvimento faz com que o profissional se dedique à organização e ali decida permanecer, não por obrigação, mas devido à identidade e lealdade sentidas (Nunes & Gaspar, 2017).

Os participantes demonstraram insatisfação quando se referiram ao envolvimento da equipa, pois sentem falta de incentivo e motivação no trabalho. Apontam para o facto de os incentivos financeiros, sentidos inicialmente como motivadores da qualidade e brio profissional, não serem valorizados face à sobrecarga de trabalho. Além disso, tendo em consideração os valores e princípios das USF, os profissionais referiram estar a perder-se esse envolvimento e lealdade para com a sua unidade.

Em termos de ambiente organizacional era mais organizado [...] está a perder-se o trabalho em equipa nas USF [...] é um modelo que já não me satisfaz. (E1)

Há sempre quem trabalhe mais do que os outros. Nós falamos sobre isso, os indicadores mostram isso. (E8)

Há três anos que estou cá, acho que nem todos se esforçam da mesma forma [...] acho que o que falta aqui nesta unidade, sendo muito sincero, é certas e determinadas pessoas verem um decréscimo nos seus ordenados, durante um mês, e se calhar iriam perceber que alguma coisa falta no seu desempenho. (E11)

Ninguém quer estar aqui mais tempo, nem que seja para uma formação [...] elabora-se os procedimentos que vão a Conselho Geral e ninguém dá opinião [...] era bom crescermos com as opiniões dos outros [...] as pessoas não se querem envolver [...] sobra tudo para o mesmo. (E14)

Este estudo corrobora os resultados do estudo elaborado por Silva et al. (2022) por atribuírem importância ao envolvimento da equipa nas decisões da gestão, assim como da gestão no quotidiano da equipa, com a finalidade de manter a motivação no ambiente de trabalho (Silva et al., 2022). O bom relacionamento entre os elementos da equipa foi sentido como o maior motivador e gerador de satisfação no estudo de Souza et al. (2015), por o trabalho em equipa ser fundamental na área da saúde.

A metodologia de trabalho das USF assenta em vários princípios organizacionais, sendo um desses princípios a paridade de estatuto de todos os profissionais, aspeto que justifica o envolvimento de todos, em detrimento da responsabilização do líder (ERS, 2016). Porém, não se pode deixar de considerar que o coordenador assume as competências de gestão da equipa e da sua lista de utentes, sentindo-se também sobrecarregado. Segundo Parreira et al., “alguma da desaceleração na ação baseada em boas práticas, que pode, por vezes, ser observada nas organizações de saúde, está relacionada com o *empowerment* perdido por alguns líderes, resultante de políticas desincentivadoras que seria importante prevenir” (Parreira et al., 2017, p. 5).

A pesquisa de Bicho (2015) revelou os fatores considerados mais importantes para os profissionais de saúde, identificando em primeiro lugar o sentimento de realização, seguido da equipa, da remuneração e dos atributos de trabalho. O autor distingue a motivação da satisfação profissional, definindo a primeira como uma força impulsionadora e a segunda como a resposta emocional que o profissional tem relativamente ao seu trabalho. Estes dois fatores devem, porém, existir em comunhão em prol da melhoria do desempenho. Este estudo evidenciou que a motivação é influenciada por incentivos financeiros e não financeiros, identificando os médicos como os profissionais mais motivados e satisfeitos no ambiente de trabalho, seguidos dos enfermeiros e, por último, os assistentes operacionais (Bicho, 2015). O mesmo autor refere que para o grupo de profissionais de saúde é primordial o respeito mútuo, a confiança e a comunicação entre si.

Este estudo corrobora o estudo de Souza et al. (2015), o qual considera que as condições de trabalho nos estabelecimentos públicos se têm evidenciado como desajustadas à saúde dos profissionais, por falta de condições, falta de equipamentos e condições de segurança, que por sua vez se manifestam em insatisfação dos profissionais.

Em consonância, o estudo elaborado pela USF-AN sobre o “Momento atual dos Cuidados de Saúde Primários 2021/2022”, os coordenadores foram os participantes selecionados, por serem os profissionais que assumem a responsabilidade de resolver situações que ocorram entre a equipa durante a sua atividade. Os coordenadores, apesar de se mostrarem insatisfeitos com as condições da reforma, a falta de equipamentos ou a formação deficiente, mantêm o interesse em continuar a reforma dos cuidados. Nesse documento, são apresentados sete pilares e sete medidas para a sustentabilidade dos cuidados de saúde primários, com o objetivo de solucionar os maiores constrangimentos sentidos no dia a dia dos profissionais das USF (Alves et al., 2022). Da mesma forma, o estudo de Lobo (2020) identificou a existência de insatisfação dos profissionais, em contexto de trabalho, com a autonomia, pelo facto de não se sentirem envolvidos no planeamento estratégico da organização e com a falta de formação contínua e desenvolvimento pessoal, refletindo-se na insuficiente realização profissional; porém, realçou como fatores satisfatórios a possibilidade de desenvolver competências, o envolvimento na missão e nos objetivos da equipa, a satisfação com a função desempenhada, a responsabilidade partilhada, as reuniões de equipa, as oportunidades de inovação. Atribui especial importância à estabilidade do vínculo profissional, ao *status* e ao prestígio da instituição, conforme manifestados pelos utentes, e o orgulho por fazer parte de uma equipa competente (Lobo, 2020).

Não existem estudos sobre a coordenação das USF, sobre o que pensam ou sentem os coordenadores, a não ser estes relatórios de satisfação a nível nacional. Porém, foram publicados artigos de opinião na USF-AN que devem ser considerados. Nesse âmbito, na opinião de Vitória (2019), liderar uma equipa, seja ela grande ou pequena, exige habilidades interpessoais, conceituais e de liderança pessoal, pelo que líderes que apenas possuem competências técnicas, sem as habilidades interpessoais necessárias, não conseguirão gerir eficazmente as suas equipas nem estabelecer relações produtivas com colegas, subordinados, superiores e partes externas à organização. Por isso, é essencial, segundo Pinheiro (2019, p. 15), que “o desempenho do cargo de coordenador de uma USF deva estar dependente de uma formação mínima em gestão”.

O espírito de equipa resulta, na opinião de Venâncio (2017), da capacidade de o líder criar relacionamentos empáticos com o grupo. Nesse sentido, este deve assumir a pretensão de provocar um desejo de envolvimento de todos na realização das tarefas, com um fim em vista, contribuindo assim para a motivação do trabalho em equipa.

Um dos participantes considera que a entrada de novos elementos nas equipas traz uma nova dinâmica. Considerando-se a dificuldade de ser selecionado para prestar funções numa USF Modelo B, tal facto é sinónimo de muita sorte, segurança e reconhecimento. Assim, o profissional aceite pela restante equipa transmite uma energia de gratidão pela qual se envolve como forma de recompensa. Estes são os profissionais que vêm dinamizar a equipa, investindo na melhoria do clima organizacional e do ambiente daí gerado.

Neste momento, sinto a equipa bastante focada e unida nos nossos objetivos, impulsionada pela entrada de vários elementos novos, com maior motivação o que permite uma dinâmica de equipa mais forte e coesa. (E9)

Segundo Venâncio (2017), a construção da imagem institucional, assim como o seu sucesso, é fruto de um esforço persistente que envolve todos os intervenientes; porém, a projeção e o reflexo do seu sucesso (ou insucesso) são normalmente apontados ao líder da instituição. O mesmo autor considera que a motivação é um fator fundamental como complemento à liderança, pois estimula os recursos humanos nas organizações. Além dos sistemas de recompensas, é importante reconhecer que a motivação envolve aspetos também emocionais e psicológicos, justificando por essa razão o envolvimento e dedicação dos profissionais mais motivados.

Motivações

De acordo com a definição de Pinder (1998, citado por Júnior, 2022), o termo motivação para o trabalho refere-se a um conjunto de forças energéticas que podem surgir tanto dentro do indivíduo como fora dele, e que influenciam o seu comportamento no ambiente de trabalho. Essas forças impulsionam os indivíduos influenciando a forma como se comportam e se dedicam no trabalho. Os fatores intrínsecos estão relacionados com as características pessoais, como necessidades, valores, interesses e metas; já os fatores extrínsecos estão relacionados com estímulos externos, como as recompensas e o reconhecimento no ambiente organizacional (Júnior, 2022).

As recompensas, as oportunidades de crescimento, o ambiente positivo são fatores-chave que influenciam essa motivação, pelo que criar um ambiente organizacional satisfatório e envolver os profissionais nas decisões são estratégias essenciais para a motivação e para o bom desempenho da organização (Silva et al., 2015).

Os participantes consideraram que o coordenador líder devia investir mais no envolvimento e na motivação no trabalho, considerando o grupo como um todo. Referem também uma falta de recompensa no que se refere à valorização e reconhecimento do esforço dos mais dedicados, facto que conduz à desmotivação. Consideram ser fundamental que os coordenadores tomem consciência da necessidade de motivar os profissionais da equipa, apresentando o *feedback* e o reforço positivo aos que se envolvem.

Penso que se devia continuar a trabalhar todos os indicadores em prol da equipa [...] é preciso motivar os que são melhores, pois a motivação dos profissionais é um grande incentivo. Estando motivados são capazes de fazer coisas excelentes. (E1)

A minha opinião, relativamente ao modelo de gestão, é boa, mas com uma ressalva que, em termos de motivação, falta um bocadinho. (E3)

Para quê se cansar se não se é reconhecido pelo trabalho feito. Os louros são iguais para os que fazem e para os que não fazem [...] Nós somos avaliados pelos cliques que fazemos no Sclínico e isso não traduz trabalho real de ninguém (E5)

Toda a coordenação tem de tentar que as pessoas se motivem para o bem da Unidade. (E7)

Para fazer bem as pessoas têm de ter motivação. Cabe também à gestão motivar as pessoas nas áreas em que estão a trabalhar [...] as pessoas têm de ser motivadas [...] se alguns profissionais não estão tão bem, o coordenador tem de atuar, tomar medidas corretoras para que as coisas funcionem bem. (E12)

[...] na parte da motivação, se calhar as pessoas estão cansadas, é que são 14 anos de USF, de cliques e cliques, as pessoas estão cansadas, e ninguém quer ficar mais horas aqui [...] ao fim de 14 anos, já não somos as mesmas pessoas. (E14)

Este estudo contraria os resultados dos enfermeiros apresentados pelo estudo de Silva et al. (2022), que consideraram haver uma complementaridade satisfatória entre a gestão e a liderança. Estes entrevistados percecionam a gestão como planeamento, porém complementada

com o desenvolvimento e a motivação das equipas inerente à liderança, razão pela qual a sentem como satisfatória.

No estudo de Bastos (2014), os participantes esperam que as organizações estudem a melhor forma de motivar os seus colaboradores, envolvendo objetivos pessoais e da organização, tendo em conta o fator competitivo e de sucesso das organizações. Este estudo corrobora também o estudo de Lobo (2020), no qual os colaboradores destacam a importância de haver um maior investimento no envolvimento afetivo com a organização onde prestam cuidados, notando que isso aumenta a sua motivação e dedicação, o que melhora o seu desempenho. O estudo revela que o envolvimento (vínculo sentimental, afetividade com a organização), a realização e o poder (identidade e aceitação pelos outros) são pouco desenvolvidos nas organizações; há, portanto, uma perceção de pouco reconhecimento e esforço, no sentido de uma maior unidade nas instituições, por parte dos órgãos de gestão. Acrescentam que colaboradores mais envolvidos e motivados se esforçam mais pela organização (Lobo, 2020).

Para Relvas (2018, p. 39), “a motivação é uma força ou tensão capaz de desencadear e manter uma ação, direcionando o comportamento para um fim determinado. É um estímulo que faz com que as pessoas procedam de uma determinada maneira para atingir os seus objetivos, que envolve fenómenos emocionais, biológicos e sociais”. Embora se atribua aos coordenadores o papel de motivarem, também eles parecem estar insatisfeitos, pelo descrito no “Estudo do momento atual da Reforma dos cuidados de Saúde Primários 2021/2022”, que descreve em pormenor as melhorias sugeridas pelos coordenadores, os quais, segundo os responsáveis pela análise do relatório, entendem que, para tal evolução (a nível de sistemas de informação, equipas mais completas, equipamentos e instalações necessários à resolução de problemas, uma gestão intermédia competente e com os recursos necessários; serviços para apoiar o desenvolvimento das equipas e a resolução de conflitos; contratualização de serviços que promovam a efetividade e a eficiência e que faça as equipas, os serviços e o corpo gestor cumprirem os seus compromissos), será necessário criar equipas dedicadas, agora sob a alçada da Direção Executiva do SNS (Biscaia et al., 2022).

As medidas sugeridas para a melhoria das USF, que constituem o Pilar IV do estudo USF-AN, apontam para a definição de requisitos em cada equipa para se tornar “USF Positiva”, com o objetivo de garantir a satisfação profissional, a motivação e o espírito de ajuda. Outra das medidas sugeridas,

e que podem ser inerentes a cada equipa, é contribuir para a criação de “USF formativas”, promovendo o desenvolvimento dos seus profissionais através de formação graduada e contínua, implementando também internamente os seus planos de formação (Alves et al., 2022).

Perante tantos problemas atuais das USF, os profissionais manifestam algum cansaço pela sobrecarga de trabalho, a preocupação pelo desempenho da unidade e o cumprimento da carta de compromisso. Isto gera, ao fim de tantos anos, uma insatisfação entre os profissionais, que são obrigados a priorizar os registos informáticos que avaliam os indicadores, face à atenção e dedicação aos utentes. O relato de um participante, relativamente ao cansaço gerado pelos “cliques” informáticos que garantem a contagem das intervenções de enfermeiros e médicos para cumprimento dos indicadores, está em consonância com a opinião de Carvalhido (2020), que relata, no seu artigo publicado pela Ordem dos Médicos, que o atual modelo de consultas de medicina familiar engloba listas de utentes em excesso, com tempos de consulta diminuídos para metade do tempo. É muito o tempo gasto em “cliques”, estando os profissionais mais dedicados aos números e metas a alcançar, aos objetivos e indicadores. Percebe-se, portanto, a insatisfação relativamente aos modelos atualmente exigidos aos médicos e enfermeiros nos cuidados de saúde e ao seu pouco contributo para a literacia em saúde.

Assim, a motivação desempenha um papel fundamental na colaboração e aprendizagem mútua influenciando o trabalho em equipa no seu clima organizacional, conforme consideram os participantes do estudo Silva et al. (2022).

Clima organizacional

O ambiente de trabalho tem sido objeto de estudo por investigadores e psicólogos da área organizacional, por considerarem que, no contexto de trabalho, existem fatores capazes de influenciar o comportamento dos profissionais e consequentes resultados da organização. Alguns autores, como Martins e Veiga (2023), assumem que organizações mais flexíveis e com abertura a novas ideias apresentam profissionais mais proativos, considerando por isso que o clima organizacional incentiva a proatividade, a criatividade e a confiança dos seus elementos.

O clima organizacional é definido por Oliveira e Campello (2006, citados por Martins & Veiga, 2023) pelos valores, crenças e culturas assumidos na organização, influenciados pela cultura da organização.

O clima organizacional refere-se à forma como os funcionários, percebem e interpretam os eventos que ocorrem na organização. Segundo Tachizawa (2001, citado por Silva et al., 2015) o grau de satisfação dos membros de uma organização está diretamente relacionado com os sentimentos partilhados.

Neste estudo, de uma forma geral, os participantes consideram que existe sobrecarga de trabalho nas USF modelo B, pois, além do esforço assistencial, assumem também – e cada vez mais – trabalhos e funções consideradas de apoio à gestão. Porém, continuam a empenhar-se, realizando reuniões multiprofissionais estratégicas, que servem para se incentivarem entre si no sentido de assumir a conquista de objetivos em nome da equipa e da instituição com que se identificam.

Utilizamos as reuniões de pares para sabermos como é que vamos organizar o trabalho... como é que vamos colaborar para o atingimento dos indicadores [...] vamos estabelecendo estratégias para perceber como é que cada uma está a trabalhar determinada problemática e vamos partilhando opiniões umas com as outras [...] se todos cumprirem com as suas responsabilidades, não será necessário sobrecarregar os outros [...] na minha unidade, a noção que tenho é que a relação entre os membros da equipa administrativa, médicos e enfermeiros corre bem. (E4)

Ao novo modelo de gestão das USF, modelo de gestão participativa, acresce ao trabalho assistencial, funções de gestão a cada elemento da equipa [...] este aspeto traduz-se numa maior sobrecarga de trabalho, daí que as reuniões multiprofissionais sejam importantes, sejam benéficas para o trabalho em equipa. (E6)

O ambiente da equipa, de uma forma geral, é bom mesmo já trabalhando há 15 anos juntos, temos uma equipa coesa, disponível, sem ausências prolongadas, respeitando uns aos outros, mesmo com divergências de opinião. (E15)

O trabalho em equipa bem-sucedido, baseado numa comunicação efetiva entre os profissionais, é um fator importante para a satisfação profissional e pessoal. Para o alcançar, é essencial que cada membro reconheça o seu próprio papel e dos outros, assim como as competências de cada um, investindo na comunicação interdisciplinar. As instituições, ao promoverem uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e incentivarem o trabalho em

equipa, podem criar um ambiente propício para a partilha de conhecimento, a colaboração e a tomada de decisões conjuntas, benéficas para os utentes e profissionais (Lucas, 2010).

No estudo de António e Costa (2014), os resultados concluíram que os profissionais de saúde atribuem grande importância às reuniões realizadas entre pares, por permitirem a partilha de conhecimentos, o planeamento de funções, a criação métodos de trabalho e a liberdade de expressão, o que se reflete também no ambiente e no clima organizacional. Interessa ainda, segundo este estudo, que as funções de cada um sejam clarificadas, reduzindo a possibilidade de ambiguidades na equipa.

Segundo Abreu et al. (2013, citados por Martins & Veiga, 2023), uma organização que invista num clima organizacional e que mantenha os profissionais satisfeitos, será uma organização com grande potencial para atingir objetivos, devido à dedicação dos seus profissionais. Shahin et al. (2014, citados por Martins & Veiga, 2023) considera que o clima organizacional é capaz de ter um grande impacto na atitude dos profissionais, quando satisfeitos, gerando assim comportamentos de lealdade, envolvimento e partilha de conhecimento que serão vantajosos para a organização.

De acordo com Alvesson (2002, citado por Corvo, 2022), a cultura organizacional é considerada uma questão de relevo nas estratégias de gestão, uma vez que as dimensões culturais têm uma posição central na dinâmica das organizações.

Rocha et al. (2016) e Corvo (2022) consideram que o conhecimento da cultura organizacional é importante para se ter conhecimento sobre a capacidade dos indivíduos e das equipas para ultrapassarem situações problemáticas do dia a dia no trabalho.

A preocupação de que cada elemento realize as suas tarefas e mantenha um bom clima organizacional – como preconizado para as USF pelos princípios de cooperação, responsabilidades partilhadas, solidariedade, colaboração – parece estar de acordo com o estudo de Corvo (2022), ao demonstrar que a cultura de Clã prevalece nas USF examinadas, destacando-se nelas um líder produtivo e competitivo, que influencia a cultura organizacional, moldando-se a maneira como os membros pensam, sentem e agem. A presença desse líder sugere um foco na eficiência e nas metas, influenciando as tarefas. O autor conclui que a cultura organizacional tem um impacto profundo no desempenho da organização, tornando-se essencial compreendê-la para otimizar o funcionamento tanto das USF como de outras organizações. Em consonância, Neves et al. (2017, p. 47) consideram

que o “trabalho numa equipa multiprofissional e multidisciplinar implica um clima de cooperação, colaboração, de entreatajuda, de solidariedade, de confiança, de reciprocidade e transparência, sem comprometer a autonomia e gestão profissional, mas com compromisso e responsabilização partilhadas”. Segundo o autor, a tendência será para a cooperação cada vez maior das equipas com a finalidade de prestar cuidados de qualidade, para os quais contribui a formação continua dos profissionais. Corvo (2022) acrescenta que existe cooperação na equipa, quando esta colabora, comunica, partilha responsabilidades entre si, coordenando esforços no sentido de solucionar problemas e tomadas de decisão conjuntas, respeitando as competências de cada um.

Formação

A categoria “Formação” agrega as subcategorias **“Percepções sobre a formação disponibilizada”** e **“Necessidades de formação”**. Esta “consiste num processo que tem como objetivo a aquisição de novos conhecimentos por parte de um ou mais indivíduos que serão úteis para realizar uma dada função ou tarefa” (Lima 2022, p. 26), e que tem como finalidade a transmissão de conhecimentos, o desenvolvimento de competências específicas para a realização de tarefas, a transmissão de informação sobre a missão, os valores e a cultura organizacional. Desta forma, a formação constitui uma estratégia para aumentar a competitividade pelo seu contributo no desempenho e enriquecimento individual e profissional (Lima, 2022).

A formação profissional contínua refere-se à educação de adultos e tem como objetivo aprimorar competências, qualificações e novos conhecimentos, atualizando os já existentes (Lima, 2022). O Código de Trabalho prevê a formação profissional que garante a qualificação dos profissionais através do direito a 35 horas anuais de formação contínua, desenvolvidas em serviço ou não, tendo em vista aumentar a competitividade das empresas e a sua produtividade, valorizando a qualificação dos respetivos profissionais (Lei n.º 7/2009, 2009).

A aprendizagem é um processo contínuo que se estende ao longo da vida de um indivíduo. Após a obtenção da formação inicial para o desempenho profissional, surge a necessidade de

adquirir competências avançadas e conhecimentos que promovam o avanço tecnológico e científico, garantindo uma competência constante (Relvas, 2018).

O Regulamento n.º 101/2015 (2015) da carreira de enfermagem, fala sobre a importância da existência de sistemas que promovam maior inclusão, sustentabilidade, resiliência e capacidade de adaptação, estimuladas pelo papel essencial da formação profissional. Através dela, os profissionais são capacitados com conhecimentos e habilidades que os preparam para enfrentar novos desafios e assumir responsabilidades em áreas de intervenção ampliadas, especialmente em contexto de mudança cada vez mais exigentes. Os enfermeiros são profissionais dotados de competências “na área da investigação, docência, formação e assessoria, que contribuem para a evolução e melhoria da prestação dos cuidados de enfermagem” (Regulamento n.º 76/2018, 2018, p. 3478), sendo fundamental o reconhecimento dos enfermeiros gestores como meio de assegurar os padrões de qualidade dos cuidados das equipas que lidera, providenciando oportunidades de desenvolvimento profissional e pessoal, avaliando o desempenho, utilizando *feedback* construtivo, incentivando o trabalho em equipa. O enfermeiro com competências na área da gestão apresenta habilidades para a utilização ferramentas de comunicação, advocacia, negociação, *coaching* e supervisão (Regulamento n.º 76/2018, 2018).

Assim, a “formação profissional apresenta-se como um processo que tem por objetivo a aquisição de conhecimentos, capacidades, atitudes e formas de comportamento exigidos para o exercício das funções próprias duma profissão ou grupo de profissões em qualquer ramo de atividade económica” (Ordem Enfermeiros, 2016, p. 37).

Perceções sobre a formação disponibilizada

Os participantes consideram que a formação é uma forma de aprofundar conhecimentos, refletindo-se tanto a nível profissional como a nível pessoal, influenciando o ambiente organizacional.

Quanto mais formação cada um tiver nas suas áreas melhor é [...] a qualificação é importantíssima tanto na parte médica como enfermagem como administrativa [...] na classe médica deve-se manter, na classe de enfermagem acho que temos pessoas com muito valor na parte de gestão [...]. A qualificação é muito importante para a equipa. (E7)

A formação em serviço é deficiente, mesmo muito deficiente [...] eu faço muita formação extra, porque gosto de fazer partilhas, de ter novos conhecimentos [...] já fiz formação na área do reiki, na área do coaching, de comunicação assertiva, atendimento ao público, atendimento telefónico, enfim, de curta duração, mas aprende-se sempre [...] acho que enfermagem é uma classe que faz muita formação (E10)

Falta conhecimento! O conhecimento dá poder e a assertividade implica sempre que as pessoas tenham conhecimento [...] fazer muita formação em todas as áreas para dar conhecimento às pessoas, inclusive ao coordenador, para as pessoas serem mais assertivas. (E14)

No estudo de Bastos (2014), os participantes percebem a falta de formação, especialmente na área de gestão, como um obstáculo para o processo de mudança organizacional. Essa ausência de formação é vista pelos participantes como algo desfavorável à equipa. Portanto, as organizações devem promover um clima de aprendizagem constante quer do indivíduo quer em grupo, que vai muito para lá da formação base de cada profissional.

No estudo de Relvas (2018), afirma-se que a formação exerceu influência na mudança de comportamentos e no desenvolvimento da qualidade dos cuidados prestados pelos participantes; concluiu-se, porém, que fatores individuais como personalidade, competência, motivação, atitudes em relação ao trabalho e à carreira, aprendizagens, reações à formação e características sociodemográficas têm um papel fundamental na aplicação da formação no ambiente de trabalho, podendo favorecer ou dificultar sua implementação efetiva. Os resultados do estudo de Paiva (2022) consideraram que o desenvolvimento da formação contribui para a construção de equipas mais conhecedoras e preparadas para a superação de obstáculos, que é um dos maiores objetivos dos enfermeiros gestores (Paiva, 2022).

Segundo Proença et al. (2021), a formação contínua tem vindo a ser cada vez mais valorizada por promover conhecimentos práticos e processuais que permitem dar resposta a requisitos e normas legais, que orientam o exercício dos profissionais nos ambientes onde trabalham,

correspondendo a uma maior competitividade e humanização, desejadas para utentes e profissionais.

A formação em serviço é uma exigência das USF, elaborada pelo Conselho Técnico, que, através de um levantamento de necessidades, visa colmatar as necessidades de formação da equipa.

No decorrer das entrevistas, os participantes foram partilhando a insatisfação relacionada com a seletividade para as formações da ARS Norte, considerando que poucas vezes são selecionados, motivo pelo qual passam anos sem fazer formação em serviço. Não existindo estudos sobre essa questão, foi apurado por contacto com a ARS, Departamento de Formação, como se processa essa seleção, não existindo nenhum procedimento escrito estabelecido. Anualmente o ACeS elabora um plano de formação de acordo com as necessidades identificadas pelas várias USF para os três grupos profissionais. Essas necessidades são encaminhadas para o Departamento de Formação da ARS, que agiliza as formações de acordo com o grupo profissional identificado e as necessidades identificadas. Segundo apurado, aquando das inscrições dos profissionais, o Conselho Clínico do ACeS poderá exercer alguma seleção, justificada pelo cargo que cada profissional desempenha, ou enviar todas as seleções ao departamento, que por sua vez terá o cuidado de perceber, pela descrição dos profissionais, a contribuição que a formação pode ter para o desempenho especializado do profissional.

Correia (2010, citado por Proença et al., 2021) constata que a formação anteriormente vista como uma aspiração e reclamação dos trabalhadores, agora se apresenta como uma obrigação, devido à necessidade de cumprir os requisitos legais, normativos e competitivos que garantam as competências e qualidade de cuidados.

Conforme argumentado por Relvas (2018), a formação contínua dos enfermeiros deve ocorrer naturalmente no contexto de suas atividades contínuas, de modo integrado no trabalho e com o propósito de gerar conhecimento de maneira aplicada, ao invés de ser conduzida de forma desvinculada do ambiente de trabalho. Em consonância, no estudo de Gaspar (2018) sobre a formação de cuidados paliativos, é evidente a opinião dos médicos de família quanto à escassez de formação em Portugal nessa área, considerando a formação como fator que estimula a motivação, a sensibilização e o envolvimento profissional. O estudo destaca a formação como crucial para o

desenvolvimento profissional, por se refletir não só nos conhecimentos, mas também em atitudes e aptidões que melhoram a qualidade dos cuidados nas organizações de saúde, motivo pelo qual deve ser objeto de maior investimento.

Assim, a complexidade das funções internas e as exigências do ambiente levaram as organizações a abranger todos os setores no processo de formação, incluindo gestores e supervisores, habilitados ou não, em programas de aperfeiçoamento, com o objetivo de melhorar o seu desempenho dentro da organização (Sumbo, 2019).

Necessidades de formação

A OE (2015) considera como crucial, e da competência do enfermeiro gestor, o levantamento das necessidades de formação identificadas pela equipa, com a finalidade de conhecer as carências identificadas e promover a melhoria de conhecimentos em determinadas áreas, elaborando um plano de formação, num determinado espaço temporal, que permita à equipa adquirir conhecimentos, capacidades e atitudes para um melhor desempenho das suas funções (Regulamento n.º 101/2015, 2015).

Nas USF, a área da formação está adstrita ao Conselho Técnico, que tem como função elaborar o plano de formação interna de acordo com as necessidades dos profissionais da equipa. Os temas são normalmente diversificados, pelo que vão a votação para seleção dos temas que manifestem maior interesse e englobem todos os grupos profissionais.

Os participantes identificaram áreas de formação que consideraram importantes para a melhoria do ambiente organizacional, da equipa e da qualidade de atendimento. Consideraram que, cada vez mais, as USF têm utentes de origem estrangeira e que a maioria dos profissionais não tem conhecimentos para o atendimento em língua estrangeira, nomeadamente o inglês. Consideraram também que a formação em recursos humanos, comunicação e *coaching* é essencial quando se trabalha com pessoas e para pessoas. Os sistemas de informação, por sua vez, são sempre um fator de apoio ao atendimento de qualquer grupo profissional, de grande importância; porém, não tem existido formação nessa área.

Acho que faz falta ter mais formação no trabalho, mais tempo, tipo uma manhã ou uma tarde [...] team building. (E2)

Às vezes poderíamos fazer melhor e temos ali uma barreira linguística, o inglês. Existe sempre o plano de formação anual e nós pedimos formações no início do ano, mas depois acabamos por não fazer muito [...] acho importante todos termos formação na área da gestão de recursos humanos porque estamos todos a lidar com pessoas, a equipa e os utentes são pessoas. (E3)

O que acho que faria mais falta na minha equipa seria a comunicação, coaching, sistemas de informação, estes quando vêm são apenas para os médicos, os secretários clínicos não têm password para entrar. (E10)

De acordo com Santos (2008), a formação profissional tem-se tornado cada vez mais relevante ao longo do tempo, o que se deve não só ao aumento dos conhecimentos, mas também ao facto de os profissionais se sentirem motivados para se atualizarem e manterem em sintonia com a evolução da sua área. Assim, a formação profissional desempenha um papel crucial ao incentivar o desenvolvimento de atitudes e conhecimentos que atendam às necessidades dos profissionais nas organizações.

Sumbo (2019) considera, tal como Barón (2003), que a necessidade de formação pode ser compreendida como a diferença entre as habilidades que os trabalhadores possuem atualmente e aquelas que seriam necessárias para desempenhar as suas atividades de maneira satisfatória, o que, por sua vez, engloba adquirir novas competências, novas responsabilidades que permitam uma trajetória de desenvolvimento pessoal e profissional.

Relvas (2018) considera que a qualidade dos cuidados, em particular na profissão de enfermagem, depende do grau de formação e do conhecimento aplicado no desempenho das suas funções. Segundo esta autora, a formação contínua gera desenvolvimento tanto a nível pessoal, como profissional, e tem como finalidade a procura do cumprimento da qualidade dos cuidados exigida pela profissão.

Os relatos do estudo de Proença (2021) identificam a importância da formação, acrescentando, porém, que é necessário que ela permita uma maior participação e que ocupe mais tempo, de forma a ser possível investir em questões de humanização e gestão emocional, promovendo assim o espírito reflexivo e autocrítico.

No trabalho elaborado pela CNCSP, validado pelo grupo de trabalho da USF-AN, sobre os assistentes técnicos e a percepção das competências adequadas para o exercício das suas funções, foi referida, pelos participantes, a falta de competências para o exercício de algumas das suas funções, em resultado da ausência de formação para atendimento dos cidadãos migrantes, de formação em sistemas de informação e plataformas informáticas (ALERT, SGGT, MIMUF e SIARS), nomeadamente em áreas em que essa falta é mais sentida, como as línguas, a legislação, as normas de orientação para a atividade de assistente técnico, a governação clínica, a humanização e personalização, a gestão da qualidade, a gestão de unidades de saúde, a gestão de conflitos, a contabilidade, as reclamações, o atendimento e a inteligência emocional. O estudo faz referência à falta de investimento na formação dos profissionais pelas unidades funcionais, pelos ACeS e pelos serviços regionais e centrais (CNCSP, 2018).

O relatório 7 Medidas 7 Pilares, sugere mais formação baseada na evidência para as USF, considerando a aplicação dos incentivos institucionais em planos de formação-ação. Porém, esse incentivo não tem sido disponibilizado conforme contratualizado, daí que todos os processos formativos fiquem comprometidos. Assim, os profissionais vão-se desenvolvendo por investimento pessoal e pela formação contínua em serviço de acordo com o plano formativo da própria USF e do ACeS (Alves et al., 2022).

Torna-se crucial desenvolver estratégias para capacitar os profissionais de saúde, centrando-se não apenas nas aprendizagens pela experiência, mas também na validação e reconhecimento de competências, abrangendo temas identificados pelos participantes deste e de outros estudos, nomeadamente: governação clínica, gestão de conflitos, gestão partilhada, comunicação ou liderança (Alves et al., 2022).

CONCLUSÃO

Os cuidados de saúde primários são tidos como pilares do Sistema Nacional de Saúde, pela sua evolução, tanto a nível da qualidade de cuidados, como na contínua pretensão de manter o utente no centro desses cuidados.

Os profissionais de saúde têm acompanhado a evolução do sistema de saúde do qual fazem parte, adaptando-se às mudanças exigidas para garantir a procura contínua de cuidados de excelência.

A Nova Gestão Pública, que promoveu a descentralização da gestão nos cuidados de saúde, centrada no envolvimento e na responsabilidade partilhada dos profissionais, teve como grande marco a criação das USF, que tiveram como finalidade alcançar eficiência, eficácia e melhorias na saúde. No entanto, atualmente, os profissionais enfrentam outra fase de transformação nos cuidados primários de saúde, o que tem suscitado certa insegurança.

O cenário atual envolve uma reformulação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), cujo objetivo é esclarecer as funções e relações entre os diversos atores na área da saúde, reafirmando os princípios de universalidade, generalidade e gratuidade. A mudança mais significativa no estatuto do SNS é a introdução da Direção Executiva do SNS, responsável por coordenar os cuidados de saúde em todas as unidades do sistema e rever os estatutos das respetivas instituições.

As USF que fazem parte dos ACeS continuam a ser unidades de cuidados personalizados, mantendo equipas multidisciplinares de médicos, enfermeiros e assistentes técnicos com autonomia organizacional. Continuam a desenvolver a sua atividade com base em objetivos contratualizados que asseguram uma carteira básica de serviços. No entanto, houve uma mudança em relação à designação dos coordenadores das USF, que agora serão escolhidos pelo diretor executivo do ACES, mediante decisão fundamentada. A seleção não se baseará apenas na competência demonstrada na coordenação e gestão de equipas, mas também na competência técnica em cuidados de saúde primários, valorizando a formação na área de gestão em saúde.

Consequentemente, persiste o cargo de coordenação das Unidades de Saúde Familiar, subentendida à classe médica, por três anos, renovável por igual período.

A nova direção executiva do SNS acrescentou a intenção de manter a reforma dos cuidados de saúde, apostando na criação de Unidades Locais de Saúde (ULS), tendo por base um sistema informático que permita a partilha e a interoperabilidade da informação relevante do utente em cada serviço, proporcionando desta forma a melhoria na qualidade dos cuidados. A falta de conhecimento e de clareza sobre as mudanças futuras com a criação das ULS tem causado alguma apreensão entre os profissionais de saúde das equipas das USF.

Dos resultados obtidos, constatou-se que ainda existem USF com modelos de gestão burocrática, contrariamente ao preconizado para estas unidades de saúde, facto que gera algum descontentamento entre os profissionais. Estes, por sua vez, exibem alguma tolerância por perçoarem o esforço do coordenador ao fazer cumprir os objetivos em benefício da equipa. Consideram que os modelos de gestão têm vindo a ser mais burocratizados, talvez por sobrecarga de funções do coordenador no que se refere à organização e ao planeamento para dar resposta às crescentes exigências do ACeS e da ARS Norte.

Por sua vez, o estudo reflete que as USF que apresentam efetivamente uma gestão partilhada, tendo presente os princípios de conciliação, cooperação, solidariedade, autonomia, mantêm implícitas a distribuição de funções de acordo com as áreas de especialização de cada profissional, aproveitando os conhecimentos aprofundados de cada um em benefício da equipa em geral. Descreve-se, porém, um não envolvimento e responsabilização de todos os profissionais, refletindo-se em sobrecarga de alguns elementos, o que muitas vezes poderá gerar conflitos. Em consequência do descrito, é perçoada uma insatisfação relacionada com o papel do coordenador, pela ausência de atitudes corretivas em situações de incumprimento dos profissionais, ficando os outros sobrecarregados, assim como pelo sentimento de exclusão quando não lhes são atribuídas funções de gestão, provocando desta forma um distanciamento que se reflete no comprometimento do ambiente e clima organizacional. Para a assunção do cargo de coordenação, foram consideradas relevantes: a formação prévia na área da gestão, incluindo todas as disciplinas, conhecimentos e habilidades inerentes a essa área, como recursos humanos, gestão de conflitos, inteligência emocional, comunicação interdisciplinar e planeamento. Em geral, este estudo e outros estudos resultantes da pesquisa bibliográfica, em qualquer que seja a área, revelam

necessidades de formação contínua para a qualificação dos profissionais que se reflete na melhoria e no desempenho das organizações. Considera-se prioritária a revisão dos planos de formação anuais nos serviços, de acordo com as necessidades apontadas pelos trabalhadores, estimulando a frequência dos profissionais dos variados grupos, incluindo os gestores.

Como oportunidades de melhoria do papel de coordenador da equipa, o estudo indica a necessidade de melhorar a relação interpessoal, de ter mais tempo disponível para a equipa, de ser agregador, motivador e, principalmente, isento. Considera importante que um coordenador seja perspicaz, bom comunicador, mediador de conflitos, humilde, democrático, assertivo, que transmita maturidade, comunicação coerente, humanismo, isenção, imparcialidade, reforço positivo. Assume que a liderança transformacional que influencia, estimula e cria direção será a que mais se encaixa nos modelos de liderança das USF. O estudo realça também a necessidade de o coordenador ter conhecimentos a nível de *coaching*, como ferramenta para a melhoria do desempenho; considerando de extrema importância a recolha e partilha de *feedback*, num processo colaborativo, incentivando os profissionais a aumentar o seu desempenho e a capacidade de adaptação, fomentando a proximidade, a comunicação assertiva e interdisciplinar e o reforço positivo como estímulo à criatividade. A competência comunicacional deve ser adquirida – como qualquer outra qualificação lecionada em cursos de saúde –, tendo em conta que a aprendizagem não se relaciona apenas com a capacidade de ser claro, mas, mais importante, de aprender escutar ativamente e de forma acolhedora.

As características pessoais dos coordenadores são entendidas como fatores que influenciam a gestão e a liderança de equipas, razão pela qual se considera necessário rever requisitos para a identificação dos profissionais para esse cargo, valorizando tanto essas características pessoais como a formação académica, as quais lhes permitam adquirir competências, habilidades e atitudes de gestor e de líder. O estudo constatou que deve ser alargada a oportunidade de eleição a outros profissionais da equipa com competências e perfil para o cargo, quando disponíveis, nomeadamente os enfermeiros, por a equipa lhes reconhecer conhecimento clínico, competências e capacidades para o cargo de coordenação.

Os resultados apontaram o desejo de se rever o tempo de mandato para cada coordenador, por se considerar que as pessoas não se devem perpetuar nos cargos de gestão, pelo risco assumirem atitudes de poder, contrariando a democracia e gestão descentralizada, assim como pela

possibilidade de acomodação, que se refletirá no desempenho e envolvimento da equipa. Da mobilidade desses cargos, poderão surgir novas ideias, novos estímulos e atitudes de liderança diferentes, com benefício para a equipa e o seu desempenho. O estudo aponta para a necessidade de ser estabelecido um limite máximo de mandatos para a mesma pessoa, legislado e descrito em regulamento interno.

Os depoimentos revelaram que a formação é escassa para todos os grupos profissionais e que deveria existir um maior investimento na área do conhecimento científico, considerando que a aquisição de conhecimento em saúde induz à excelência de cuidados, proporcionando maior proatividade, responsabilização e autonomia. São necessários programas de aperfeiçoamento a nível de formação contínua que promovam o desenvolvimento pessoal e profissional, no qual os gestores também devem ser incluídos. A formação profissional gera vantagens e valor para a organização, razão pela qual deve ser assumida como um planeamento para a capacitação dos profissionais.

Em suma, pelos dados recolhidos, consideram-se atingidos os objetivos do estudo, no que se refere à perceção dos profissionais quanto à gestão das USF. Primeiramente, conseguimos conhecer a perceção dos profissionais que integram as equipas das USF sobre os modelos de gestão em uso. Com recurso a entrevistas, investigámos e compreendemos as atividades de gestão e de coordenação nas USF, assim como a forma como os profissionais se organizam para desempenhar as suas atividades e funções. Também conseguimos compreender a perceção dos profissionais das equipas das USF sobre as características e habilitações relevantes para o desempenho das atividades de gestão, da qual foi unânime a necessidade de uma preparação formativa em gestão. Por último, explorámos o papel dos enfermeiros na gestão das USF, para a qual foram considerados profissionais muito importantes como apoio à gestão, pelas competências demonstradas na sua atividade. Assim, com base na investigação realizada e nos resultados obtidos, podemos concluir que todos os objetivos propostos foram alcançados com sucesso. Esta dissertação contribuiu para uma compreensão mais profunda da gestão nas USF e das perceções e práticas dos profissionais que nelas trabalham. Dos depoimentos, ressaltam aspetos que merecem reflexão, relativamente ao sentimento de perda de autonomia das USF e de degradação do ambiente e clima organizacional, à necessidade de maior envolvimento, relação interpessoal, comunicação e motivação. O estudo revela que os participantes sentem cansaço e alguma preocupação pelo futuro das equipas.

Como limitações do estudo, realço a dificuldade de agendamento das entrevistas em modo presencial, tanto pela falta de disponibilidade dos profissionais como pela preferência, característica da dos nossos dias, para a realização de reuniões *on-line*. Como dificuldades sentidas, identifico a escassez de estudos relacionados com o tema. Os estudos anuais elaborados pela USF-AN sobre a reforma dos cuidados de saúde primários foram, de certa forma, uma referência para este trabalho, porém não aprofundam a percepção dos coordenadores relativamente ao seu desempenho no cargo, aos seus constrangimentos, às suas limitações, expectativas e necessidades, assim como também não apresentam qualquer informação sobre o que sentem os restantes elementos da equipa. Sugere-se que sejam realizados mais estudos, aprofundados, sobre as USF, a sua organização e liderança, no sentido de promover a reflexão autocrítica, a inovação e o desenvolvimento.

Com base nos resultados deste estudo e na valorização do que sentem os profissionais de saúde que constituem as USF, sugere-se futuras investigações no sentido de aprofundar as questões relacionadas com as insatisfações relatadas pelos participantes, considerando as suas expectativas e sugestões de melhoria no ambiente organizacional, a nível de gestão e requisitos para a liderança, comunicação interdisciplinar e investimento na formação dos profissionais, como forma de continuidade e reconhecimento da excelência de cuidados que as USF têm vindo a prestar.

Termino referindo a enorme vontade que me animou a escrever esta dissertação: a vontade de que o meu estudo possa contribuir para uma reflexão sobre os modelos de gestão adotados nas USF; que possa contribuir para realçar as forças e criar novas oportunidades para os profissionais de saúde, que continuam a esforçar-se diariamente pelo bom desempenho e pelo prestígio das USF Modelo B; em suma, que possa dar voz a estes profissionais e ao seu labor quotidiano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A. K. V. (2015). *Gestão construtiva de conflitos em contexto de saúde: estudo numa USF da zona centro de Portugal* [Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. <http://hdl.handle.net/10284/5334>
- Alves, A. M., Biscaia, A., Correia De Campos, A., Pereira, A., Moreno, B., Figueiredo, C., Afonso, C., Gonçalves, I., Reis, I., Rodrigues, J., Luís, J., Rocha, B. L., Gomes, R., & Carneira, R. (2022). *7x7 Medidas para os Cuidados de Saúde Primários. Uma Equipa de Saúde Familiar para todos*. Unidades de Saúde Familiar – Associação Nacional. <https://www.usf-an.pt/7x7-medidas-para-os-csp/>
- António, P. A. S., & Costa, M. C. (2014). *Perceção de profissionais de saúde relativamente ao trabalho em equipa, em unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados* [Dissertação de mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.] Repositório Científico Lusófona. <https://recil.ensinulusofona.pt/handle/10437/5489>
- Araújo, J. F. F. E. (2005). *A reforma do Serviço Nacional de Saúde: o novo contexto de gestão pública*. Universidade do Minho. Núcleo de Estudos em Administração e Políticas Públicas (NEAPP). NEAPP Documento de Trabalho. Série I 9. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/3225>
- Barbosa, P. A. A. (2018). *Descentralização na organização e gestão do Serviço Nacional de Saúde e dos cuidados de saúde primários em Portugal* [Tese de doutoramento, Universidade Nova Lisboa]. Repositório da Universidade Nova de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10362/87081>
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Bastos, A. M. P. (2014). *Novo Modelo De Gestão Nas Unidades De Saúde Familiar: A Perceção Dos Enfermeiros*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. <http://portal.esenf.pt>
- Bicho, P. S. P. F. (2015). *A motivação e a satisfação dos profissionais de saúde numa instituição hospitalar de especialidade oncológica* [Dissertação de mestrado, Universidade Europeia]. RCAAP –Repositório Comum <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9329>
- Biscaia, A. R., & Heleno, L. C. V. (2017). A reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal: Portuguesa, moderna e inovadora. *Ciência e Saúde Coletiva*, 22(3), 701–711. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>
- Biscaia, A. R., Pereira, A., Alves, A. M., Carneira, R., & Rocha, L. (2022). *O momento atual da reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal 2021/2022*. Unidades de Saúde Familiar – Associação Nacional. <https://www.usf-an.pt/momento-atual/qualidade->

organizacional-estudo-o-momento-atual-da-reforma-dos-cuidados-de-saude-primarios-em-portugal/

- Borges, A. R. D. (2021). *A relevância do papel do enfermeiro com competências de gestão nas USF* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://web.esenfc.pt/?url=ZGdfjIRe>
- Branco, A. G., & Ramos, V. (2001). Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2, 5–12. <https://run.unl.pt/handle/10362/101321>
- Carnegie, D. (2021). *A arte de comunicar com sucesso*. Objetiva.
- Carvalho, J. (2020). *Literacia em saúde nos cuidados de saúde primários*. Página institucional da Ordem dos Médicos. <https://ordemdosmedicos.pt/literacia-em-saude-nos-cuidados-de-saude-primarios/>
- Carvalho, M. T. G. (2006). *A nova gestão pública, as reformas no sector da saúde e os profissionais de enfermagem com funções de gestão em Portugal* [Tese de doutoramento, Universidade de Aveiro]. Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/4621/1/206895.pdf>
- Cavalcanti, A. C. R. (2006). *O gestor e seu papel na gestão de conflitos: um estudo de caso em empresa de varejo de vestuário masculino* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais]. Repositório Institucional da Universidade Federal de Minas Gerais. https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ELPS-6VDGR6/1/antonio_carlos.pdf
- Ceolin, A. C., Silva, J. F. F., Lins, R. R., & Almeida, D. M. V. S. (2020). Performance of nursing professionals as managers in family health units. *Performance of Nursing Professionals as Managers in Family Health Units*, 1–14.
- Chiavenato, I. (1994). *Recursos humanos* (3.ª ed.). Atlas.
- Chiavenato, I. (2004). *Introdução à teoria geral da administração* (7.ª ed.). Atlas.
- CNCSP. (2018). *Coordenação nacional de cuidados de saúde primários. Perfil de funções e competências dos secretários clínicos dos cuidados de saúde primários*. Página do Serviço Nacional de Saúde. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/PerfilFuncoesCompSecClinicoCSP.pdf>
- Coelho, C. C. F. (2017). *Mudança organizacional e “esvaziamento” da liderança? Perceção dos enfermeiros nos cuidados de saúde primários* [Dissertação de mestrado, Universidade do Minho]. <https://hdl.handle.net/1822/48372>
- Corujo, L., Revez, J., & Silva, C. G. (2019). Organização do conhecimento durante o Processo de Investigação: utilização do ATLAS.ti em duas teses de doutoramento. In *Actas del IV Congreso ISKO España y Portugal, Sociedad Internacional para la Organización del Conocimiento (ISKO) – Capítulo Ibérico, Zaragoza* (349–361). <https://doi.org/10.5281/zenodo.3739397>

- Corvo, T. J. S. R. (2022). *A importância da cultura organizacional no desempenho organizacional o caso das unidades de saúde familiar: modelo B da região do Algarve*. [Dissertação de mestrado, Universidade do Algarve]. Repositório da Universidade do Algarve. <http://hdl.handle.net/10400.1/19286>
- Costa, L. A., & Rocha, D. F. (2018). Bureaucracy and public management: Ministry of Health analysis. *Brazilian Journal of Occupational Therapy*, 26(3), 632–645. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1639>
- Costa, T. (2021). *Gestão contemporânea – Princípios, tendência e desafios*. Edições Sílabo.
- Cruz, S. G., & Ferreira, M. M. F. (2012). Perception of organizational culture in public health facilities with different management models. *Referência. Revista de Enfermagem*, 3(6), 103–112. <http://www.index-f.com/referencia/2012/r36-103.php>
- Cunha, I. C. K. O., & Balsanelli, A. P. (2014). Ambiente de trabalho e a liderança do enfermeiro: Uma revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(05), 938–943. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000500022>
- Cunha, M. P., Rego, A., Cunha, R. C., Cabral-Cardoso, C., & Neves, P. (2016). *Manual de comportamento organizacional e gestão*. Editora RH.
- Declaração de Alma-Ata. (1978). Conferência internacional sobre cuidados primários de Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. <https://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>
- Decreto-Lei n.º 104/98 do Ministério da Saúde. (1998). Diário da República: I Série A, n.º 93. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/104-1998-175784>
- Decreto-Lei n.º 298/2007 do Ministério da Saúde. (2007). Diário da República: I Série, n.º 161. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/298-2007-640665>
- Decreto-Lei n.º 177/2009. (2009). Diário da República: I Série, n.º 149. <https://files.dre.pt/1s/2009/08/14900/0504705053.pdf>
- Decreto-Lei n.º 118/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: I Série, n.º 149. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561>
- Decreto-Lei n.º 73/2017 do Ministério da Saúde. (2017). Diário da República: I Série, n.º 118. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/73-2017-107541409>
- Decreto-Lei n.º 52/2022 da Presidência do Conselho de Ministros. (2022). Diário da República: I Série, n.º 150. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>
- Despacho Normativo n.º 9/2006 do Ministério da Saúde. (2006). Diário da República: I Série B, n.º 34. https://www.simedicos.pt/fotos/editor2/ficheiros/2006_02_16_Despacho_Normativo_9_2006_Regulamento_USF.pdf

- Dias, R. M., & Moniz, M. A. (2019). Competências gerenciais do enfermeiro na estratégia saúde da família: percepção de graduandos de enfermagem. *Revista Cuidado é Fundamental Online*, 11(4), 1048–1052. <https://doi.org/10.9789/2175>
- Diggele, C. Van, Burgess, A., Roberts, C., & Mellis, C. (2020). Leadership in healthcare education. *BMC Medical Education*, 20, 1–6. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02288-x>
- Dimas, I. D., Lourenço, P. R., & Miguez, J. (2005). Conflitos e desenvolvimento nos grupos e equipas de trabalho: uma abordagem integrada. *FPCEUP – Artigo Em Revista Científica Nacional*, 103–119. <https://hdl.handle.net/10216/102154>
- Entidade Reguladora da Saúde (ERS) 2016. *Estudo sobre as unidades de saúde familiar e as unidades de cuidados de saúde personalizados*. Página da Entidade Reguladora da Saúde. https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1792/ERS_-_Estudo_USF_e_UCSP_-_final.pdf
- Fernandes, L. C. L., Machado, R. Z., & Anschau, G. O. (2009). Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (Suplemento 1), 1541–1552. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800028>
- Fernandes, M. M. (2013). *Unidades de saúde familiar – Impacto sócio económico* [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.5/6514>
- Ferreira, M. F., & Silva, C. F. R. (2012). Reformas da gestão na saúde – Desafios que se colocam aos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência, III série*, 8, 85–93. <https://doi.org/10.12707/RIII1238>
- Figueiredo, L. (2012). *A gestão de conflitos numa organização e conseqüente satisfação dos colaboradores* [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati – Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/8865>
- Fortin, M.-F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lusociência.
- Fortin, M-F. (Ed.). (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- França, V. M. (2013). *Contributo da formação para o elevado desempenho organizacional: Um estudo de caso de uma entidade formadora*. [Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra]. Estudo Geral – Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/23239>
- Freitas, P. J. P. (2017). Limitação de mandatos e gestão de finanças autárquicas: O caso português [Dissertação de mestrado, Universidade de Aveiro]. Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. <http://hdl.handle.net/10773/23558>
- Freitas, C. (2023). Trabalho em equipa na saúde. *Açoriano Oriental*, 30 de abril. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28716/30_04_2023-21883-p%C3%A1gina-1-geral.pdf

- Freitas, C. G. M. (2018). *Gestão em enfermagem: O perfil de competências* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. RCAAP – Repositório Comum. <https://core.ac.uk/download/pdf/223220525.pdf>
- Freitas, C. J. M. (2018). *Gestão do tempo dos enfermeiros gestores na unidade local de saúde de Matosinhos: estudo de caso* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. RCAAP – Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/25780>
- Freitas, P. F. P., & Odelius, C. C. (2018). Managerial competencies: An analysis of classifications in empirical studies. *Cadernos EBAPE.BR*, 16(1), 35–49. <https://doi.org/10.1590/1679-395159497>
- Gaspar, D. B. P. (2018). *Motivação Profissional para a prestação de Cuidados Paliativos. A Experiência dos Médicos de Família* [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa] Repositório Institucional da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/39638>
- Gava, G. B., & Dias, H. (2018). A reforma dos cuidados de saúde primários: Êxitos e desafios da experiência portuguesa. *NAU Social*, 9(16), 19–39. <https://doi.org/10.9771/ns.v9i16.31411>
- Gomes, D. R., Abreu, A., Machado, M., Gomes, D. R., & Mattos, M. P. (2016). Gestão na estratégia de saúde da família: desafios para o(a) enfermeiro(a). *Revista de Ciências da Saúde e Sociais Aplicadas do Oeste Baiano*, 1(2), 1–18. <http://fasb.edu.br/revista/index.php/higia/article/view/126>
- Gomez-Torres, D., Peres, A. M., Zago, D. P. L., Rocha de Souza, M. A., Ruceli Toniolo, E. B., & Bernardino, E. (2021). Competências requeridas para gestores que atuam na atenção à Saúde Pública/Coletiva: Scoping Review, *New Trends in Qualitative Research* 8, 362–373. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.362-373>
- Guerra, N. (2009). *Apresentação. O enfermeiro gestor*. Página da APEGEL – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança. <http://www.apegel.org/paginas/apresentacao>
- Júnior, L. A. S., & Leão, M. B. C. (2018). O software Atlas.Ti como recurso para a análise de conteúdo: Analisando a robótica no ensino de ciências em teses brasileiras. *Ciência & Educação (Bauru)*, 24(3), 715–728. <https://doi.org/10.1590/1516-731320180030011>
- Júnior, S. S. S. (2022). *A motivação na prática do enfermeiro gestor: um contributo para o comprometimento organizacional* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://web.esenfc.pt/?url=rzMSSlOM>
- Lei n.º 56/79 da Assembleia da República. (1979). Diário da República: I série, n.º 214. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/56-1979-369864>
- Lei n.º 27/2002 da Assembleia da República. (2002). Diário da República: I Série A, n.º 258. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/27-2002-425487>
- Lei n.º 46/2005 da Assembleia da República. (2005). Diário da República: I Série A, n.º 165. <https://files.dre.pt/1s/2005/08/165a00/50685069.pdf>

- Lei n.º 7/2009 da Assembleia da República. (2009). Diário da República: I série, n.º 30. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/7-2009-602073>
- Lima, M. J. S. (2019). *Compreendendo o papel do gestor enquanto líder, nos momentos de crise, na gestão de pessoas* [trabalho de conclusão de curso de pós-graduação MBA, Universidade do Sul de Santa Catarina]. Repositório Universitário da Ânima (RUNA). <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/12036>
- Lima, F. J. C. (2022). *Abandono da formação profissional* [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/56954>
- Lobo, V. L. C. P. (2020). *A cultura organizacional como gatilho da motivação e satisfação do trabalho* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Tomar]. RCAAP – Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/36485>
- Lucas, H. P. (2010). Comunicação interdisciplinar em saúde: importância e desafios. *Nursing. Edição Portuguesa* 257. <https://forumenfermagem.org/site/comunicacao-interdisciplinar-em-saude-importancia-e-desafios/>
- Luís, P. F. M. (2016). *Estudo da relação entre a estratégia organizacional, a liderança, a cultura organizacional e a inovação: caso de estudo do centro hospitalar Barreiro Montijo, EPE* [Dissertação de Mestrado, Universidade Autónoma de Lisboa]. Camões: Repositório Institucional da Universidade Autónoma de Lisboa. <http://hdl.handle.net/11144/2656>
- Maciel, C. M. F. (2011). *Mudança Organizacional e Liderança de Enfermagem* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro]. Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. <http://hdl.handle.net/10773/7516>
- Madureira, C., & Rodrigues, M. (2006). *A administração pública do século XXI: Aprendizagem organizacional, mudança Comportamental e reforma administrativa. Comportamento Organizacional e Gestão*, 12, 153–171. <http://hdl.handle.net/10400.12/4990>
- Magalhães, N. A. G. (2013). *Unidades de saúde familiar: o seu papel na reforma dos cuidados de saúde primários* [Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra.] Estudo Geral – Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/85679>
- Magalhães, R. M. C. P. N. (2012). *Compreender a polivalência em contexto organizacional: contributos da psicologia do trabalho* [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati – Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/15603>
- Marques-Quinteiro, P., Abrantes, A., Costa, P., Curral, L., Graça, A. M., Passos, A. M., & Santos, C. M. (2020). Teamwork in Portugal: A decade of progress. *PSICOLOGIA*, 34(1), 24–42. <https://doi.org/10.17575/psicologia.v34i1.1468>
- Martins, L. P., & Veiga, H. M. S. (2023). A influência do clima organizacional nos comportamentos de cidadania organizacional em profissionais de uma ONG do setor da saúde. *Organizações em Contexto*, 19(37). <https://doi.org/10.15603/1982-8756/roc.v19n37p479-524>

- Martins, M. M., Trindade, L. L., Vandresen, L., Amestoy, S. C., Prata, A. P., & Vilela, C. (2020). Estratégias de gestão de conflitos utilizadas por enfermeiros gestores portugueses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73, 1–8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0336>
- Mateus, D. A. V. (2018). *Modelos de gestão e tipos de cultura organizacional – O perfil dos administradores hospitalares portugueses* [Trabalho final do curso de especialização em Administração Hospitalar, Universidade Nova de Lisboa]. Repositório da Universidade Nova de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10362/73615>
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP). (2006). *Linhas de prioritária para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários*. Página do Serviço Nacional de Saúde. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Linhas-de-Acao-Prioritaria-para-o-Desenvolvimento-dos-CSP.pdf>
- Neves, M. M. A. M. (2017). *Perspectivas e expectativas sobre a enfermagem nas equipas de saúde num centro de saúde* [Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/30389>
- Nunes, A. M. M. M. (2013). *A gestão empresarial hospitalar na perspectiva dos gestores hospitalares* [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.5/6407>
- Nunes, E. M. & Gaspar, M. F. (2017). A qualidade da relação líder-membro e o empenhamento organizacional dos enfermeiros. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51(18). <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016047003263>
- Paiva, N. A. B. (2022). *Modelos de prática de gestão em enfermagem nos cuidados de saúde primários*. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto. RCAAP – Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/43870>
- Parreira, P., Mónico, L. & Carvalho, C. (2017). *Liderança e seus efeitos*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Pinheiro, A. P. (2019). Envolvimento dos médicos na liderança e gestão dos cuidados de saúde primários O papel do coordenador de uma unidade de saúde familiar como gestor. *Revista Portuguesa de Gestão e Saúde*, 22, 11–15. https://spgsaude.pt/website/wp-content/uploads/2017/12/rpgs022_11-15.pdf
- Pisco, L., & Pinto, L. F. (2020). De Alma-Ata a Astana: O percurso dos cuidados de saúde primários em Portugal, 1978-2018 e a génese da medicina familiar. *Ciência e Saúde Coletiva*, 25(4), 1197–1204. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31222019>
- Portaria n.º 1368/2007 do Ministério da Saúde. (2007). Diário da República: I Série, n.º 201. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEEC_Portaria_1368_2007.pdf
- Portaria n.º 301/2008 dos Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. (2008). Diário da República: I Série, n.º 77. <https://dre.tretas.org/dre/232734/portaria-301-2008-de-18-de-abril>

- Portaria n.º 212/2017 dos Ministérios das Finanças e da Saúde. (2017). Diário da República: I Série, n.º 138. <https://dre.tretas.org/dre/3035138/portaria-212-2017-de-19-de-julho>
- Porter, M. E. (2006). *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Harvard Business School Press. https://www.hbs.edu/ris/Publication%20Files/20060502%20NACDS%20-%20Final%2005012006%20for%20On%20Point_db5ede1d-3d06-41f0-85e3-c11658534a63.pdf
- Porter, M. E. (1990). *Competitive strategy*. MCB UP.
- Proença, R., Vaz, H., & Pais, S. (2021). O papel da formação profissional contínua no processo de humanização do ambiente hospitalar. *Onco.News*, 42, 30–37. <https://doi.org/10.31877/on.2021.42.04>
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais* (5.ª ed.). Gradiva.
- Regulamento n.º 101/2015 da Ordem dos Enfermeiros (2015). Diário da República: II série, n.º 48. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf
- Regulamento da Formação Profissional de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros. (2016). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/6153/regulamentoformacaoprofissionaloe.pdf>
- Regulamento n.º 76/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II série, n.º 21. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8151/regulamento-n%C2%BA-76_2018-regulamento-da-compet%C3%Aancia-acrescida-avan%C3%A7ada-em-gest%C3%A3o.pdf
- Relvas, R. (2018). *Implementação e organização da formação em serviço na USF SALUS* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. RCAAP – Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/23528>
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 86/2005 da Presidência do Conselho de Ministros. (2005). Diário da República: I Série B, n.º 81. <https://dre.tretas.org/dre/184953/resolucao-do-conselho-de-ministros-86-2005-de-27-de-abril>
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005 da Presidência do Conselho de Ministros. (2005). Diário da República: I Série A, n.º 181. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/157-2005-156182>
- Rocha, F. L. R., Gaioli, C. C. L. O., Camelo, S. H. H., Mininel, V. A., Vegro, T. C. (2016). Organizational culture of a psychiatric hospital and resilience of nursing workers. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), 765-72. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690501>

- Rodrigues, M. Â. V., & Araújo, J. F. F. E. (2005). *A nova gestão pública na governação local*. Comunicação apresentada no 3.º Congresso Nacional de Administração Pública, Oeiras, Portugal, 2005. <https://hdl.handle.net/1822/4545>
- Rosado, A., Mesquita, I., & Colaço, C. (2012). *Desporto e atividade física: Métodos e técnicas de investigação qualitativa*. Universidade Técnica de Lisboa.
- Ribeiro, S. (2012). *Gestão de cuidados de enfermagem: A implementação da formação em serviço na unidade de saúde familiar quinta da prata* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. RCAAP – Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/8448>
- Ribeiro, R. F., Silva, L. M. S., Leal, E. A. O., & Fernandes, F. S. (2019). Perfil de liderança dos gestores em instituições públicas de ensino municipais. *Revista Valore, Volta Redonda, 4 (Edição Especial)*, 415–425. <https://revistavalore.emnuvens.com.br/valore/article/view/381>
- Ribeiro, F. B., Castro, F. R., & Colaço, L. (2021). *Entidades reguladoras – Nomeação de membros, duração e cessação de mandato: Enquadramento nacional e internacional*. Divisão de Informação Legislativa e Parlamentar – DILP. <https://ficheiros.parlamento.pt/DILP/Publicacoes/Sinteses/56.EntidadesReguladoras/56.pdf>
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, M. D. P. B. (2013). *Metodologia de pesquisa* (5.ª ed.). Penso.
- Santos, C. I. M. B. (2020). *A nova gestão pública e os cuidados de saúde: O empenhamento dos enfermeiros* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. RCAAP – Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/37134>
- Santos, E. M. C. P. (2008). *Formação em serviço e desenvolvimento profissional: Desafios e constrangimentos no processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros* [Dissertação de mestrado, Universidade do Algarve]. Sapientia – Repositório da Universidade do Algarve. <http://hdl.handle.net/10400.1/429>
- Saraiva, C. A. P. (2011). *A nova gestão pública e a satisfação profissional dos enfermeiros Visão sobre a satisfação profissional de enfermeiros em hospitais – Entidades Públicas Empresariais relativo à mudança organizacional oriunda da nova gestão pública* [Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior]. UBibliorum – Repositório Digital da UBI. <http://hdl.handle.net/10400.6/2986>
- Silva, V. L. S., Camelo, S. H. H., Soares, M. I., Resck, Z. M., R., Chaves, L., D. P., Santos, F. C., & Leal, L. A., (2016) Práticas de liderança em enfermagem hospitalar: Um self de enfermeiros gestores. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 207, 1-8. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016099503206>
- Silva, G. T. R., Varanda, P. A. G., Santos, N. V. C., Silva, N. S. B. da Salles, R. S., Amestoy, S. C., Teixeira, G. A. da S., & Queirós, P. J. P. (2022). Gestão e liderança na percepção de enfermeiros: um caminhar à luz da burocracia profissional. *Escola Anna Nery*, 26. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0070>

- Silva, L. R. F., Mousquer, L. D., Schadeck, M., & Rodrigues, L. A. (2015). A influência da motivação na produtividade do trabalho na representação comercial. *Revista de Administração IMED*, 5(3), 241–249. <https://doi.org/10.18256/2237-7956/raimed.v5n3p241-249>.
- Sinek, S. (2019). *Os líderes comem por último*. Lua de Papel.
- Sousa, P. A. F. (2009). O sistema de saúde em Portugal: Realizações e desafios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, 884–894. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000700009>
- Souza, M. F., I. C. Sousa, Vidal, E. C. F., Vidal, E. C. F., & Marinho, M. N. A. S. B. (2015). Fatores contributivos para motivação dos profissionais de saúde da atenção básica de saúde. *Cadernos de Cultura e Ciência*, 13(2), 100–110. <http://dx.doi.org/10.14295/cad.cult.cienc.v13i2.863>
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2011). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. Lusodidacta.
- Sumbo, H. B. (2019). *Formação profissional contínua nas organizações: Relevância do diagnóstico de necessidades de formação* [Relatório de estágio de mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/41332>
- Tavares, M. S. M. (2019). *Reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal. Impacto da implementação das unidades de saúde familiar – USF* [Dissertação de mestrado. Universidade da Beira Interior]. UBibliorum – Repositório Digital da UBI. <http://hdl.handle.net/10400.6/8853>
- Teixeira, S. (2022). *Gestão das organizações* (4.ª ed.). Escolar Editora.
- Veiga, H. M. S., Porto, J. B., & Laboissière, M. C. (2011). Comportamento pró-ativo nas organizações e sua relação com clima organizacional. *Contabilidade Gestão e Governança*, 14(2), 98–113. <https://revistacgg.org/index.php/contabil/article/view/263>
- Veloso, G. G., Bandeira-De-Mello, R., & Malik, A. M. (2013). Analysis of the value – Based health care delivery model in light of strategy theories. *Revista Alcance-Eletrônica* 20(4), 495–512. <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/14982>
- Venâncio, P. M. M. (2017). *Liderança e motivação nas organizações: O papel do líder na construção da imagem institucional* [Dissertação de mestrado, Universidade Nova de Lisboa]. RUN – Repositório da Universidade Nova de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10362/30061>
- Vitória, A. (2019). *As competências de liderança nas equipas de saúde familiar*. Página da USF-UN. <https://www.usf-an.pt/artigos-de-opiniao/as-competencias-de-lideranca-nas-equipas-de-saude-familiar/>

ANEXOS

ANEXO 1 – GUIÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Estrutura da Entrevista

Bloco I – Legitimação da Entrevista

Com a realização das Entrevistas pretendemos colher informação que nos permita alcançar os seguintes objetivos:

- Conhecer a perceção dos profissionais que integram as equipas das USF sobre os modelos de gestão em uso;
- Conhecer as atividades de gestão de coordenação nas USF;
- Compreender como é que profissionais que integram as equipas das USF se organizam no desempenho das diferentes atividades de gestão;
- Compreender a perceção dos profissionais que integram as equipas das USF sobre as características/habilitações que relevam para o desempenho de atividades de gestão;
- Compreender o papel dos enfermeiros na gestão das USF.

Bloco II – Caracterização Sócio demográfica

Sexo:

Idade: |

Grupo Profissional:

Anos de serviço em USF:

Habilitações académicas:

Pós-graduações na área de gestão: Sim / Não

Outras pós-graduações:

Bloco III - Guião da Entrevista Semiestruturada

1 - Como descreve o modelo de gestão em uso na USF?

2 - Como perceciona o modelo de gestão em uso?

3 - Como se organizam as atividades de gestão desempenhadas pelos profissionais que integram as equipas das USF?

PONTOS A FOCAR DURANTE A ENTREVISTA

Perguntas	Pontos a focar
<p>:</p> <p>Como descreve o modelo de gestão em uso na USF?</p> <p>Fazer enquadramento</p>	<p>Como descreve o modelo de gestão da sua USF?</p> <p>As USF têm autonomia organizativa, funcional e técnica, de que forma considera que a sua USF é autónoma?</p> <p>Como são tomadas as decisões da equipa?</p> <p>Como descreve o ambiente organizacional da equipa?</p> <p>Relativamente á gestão, o que está descrito no regulamento interno da USF?</p>
<p>Qual a sua opinião relativamente ao modelo de gestão em uso?</p> <p>Esclarecer diferentes conceitos:</p>	<p>Tendo por base os conceitos de gestão e liderança qual a sua opinião relativamente á USF?</p> <p>Considera importante existir rotatividade da coordenação?</p> <p>Que aspetos sente que poderiam ser melhorados na gestão da USF?</p>
<p>Como se organizam as atividades de gestão desempenhadas pelos profissionais que integram as equipas das USF?</p>	<p>Como se organiza a USF relativamente á lista de utentes?</p> <p>Como são envolvidos os profissionais na gestão partilhada?</p> <p>Como são distribuídas as funções de gestão na USF?</p> <p>Quem distribui as funções de gestão?</p>
<p>Que características/habilitações considera serem relevantes para o desempenho das funções de gestão/coordenador?</p>	<p>Considera importante uma habilitação superior de base?</p> <p>Que outra habilitação considera importantes?</p> <p>Que características de personalidade considera importantes para a gestão de uma equipa?</p> <p>O que considera mais relevante como perfil para coordenação da equipa?</p>
<p>Como é que perceciona o papel dos enfermeiros na gestão das USF?</p>	<p>Tendo em conta que o estudo é de enfermagem considera-se importante perceber o que pensa relativamente ao papel dos enfermeiros na gestão e em que aspetos poderiam melhorar?</p> <p>Se considerar importante dar opinião sobre os outros profissionais a participar neste estudo, será também um excelente contributo.</p>

ANEXO 2 – CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Gestão das unidades de saúde familiar: A perspetiva dos enfermeiros, assistentes técnicos e médicos

Enquadramento: Trabalho realizado no âmbito da dissertação de Mestrado de Direção e chefia de serviços de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto, sob orientação da Professora Doutora Regina Pires e coorientação da Professora Doutora Luísa Andrade.

Explicação do estudo: O aparecimento das USF foi considerado um marco na reforma dos cuidados de saúde primários porque estrem alinhados com a missão da centralidade do doente, da eficiência e equidade para com as pessoas, famílias e comunidade. A gestão/coordenação das USF é realizada apenas pelo médico coordenador, função que acumula com a função principal de medicina familiar, em que delega funções de gestão em todos os restantes profissionais enfermeiros, assistentes técnicos e médicos, característica da gestão descentralizada. Atualmente a exigência única é o coordenador ser um médico da equipa da USF, ao invés de existirem outros requisitos prévios ao nível das competências em gestão que não se limitassem apenas à categoria profissional. Considerando as exigências deste tipo de função, torna-se pertinente conhecer a perspetiva dos profissionais quanto à gestão/coordenação e aos critérios de seleção para este cargo.

Para o efeito, solicito a sua participação numa entrevista semiestruturada com duração aproximada de 30 minutos que poderá decorrer presencialmente ou por videochamada, consoante a sua preferência. Para assegurar o rigor da análise dos dados recolhidos é necessário proceder à gravação da entrevista. Após a transcrição da mesma, esta ser-lhe-á enviada para validação do conteúdo.

Condições e financiamento: Trata-se de um estudo que não implica quaisquer gastos financeiros para os participantes e que não está sujeito a qualquer tipo de financiamento. A sua participação é voluntária, pelo que não existirá qualquer prejuízo caso não pretenda participar. Este estudo mereceu parecer favorável para a sua realização por parte da Comissão de Ética da ARS.

Confidencialidade e anonimato: Informa-se que será garantida a confidencialidade, anonimato e privacidade dos dados recolhidos, sendo estes usados exclusivamente para a realização do estudo. Os dados serão codificados para que as respostas não sejam vinculadas ao autor, e a sua identidade não será revelada durante ou após a realização do estudo. A sua desistência é possível, exceto em momento posterior ao tratamento dos dados. A recolha dos dados será feita por entrevista, estando garantida a privacidade e a possibilidade de ser interrompida em qualquer momento, se assim o desejar.

Identificação Investigadora: Sandra Irene Duarte Monteiro Pereira

N.º Cédula Profissional: 13979

Telefone: 963475881

Mail: sipereira@arsnorte.min-saude.pt

Assinatura:



Assinatura/s:

.....
.....

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%B9tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

ANEXO 3 – CONSENTIMENTO INFORMADO PARA GRAVAÇÃO DA ENTREVISTA

Consentimento Informado para Gravação

Sandra Irene Duarte Monteiro Pereira, mestranda na ESEP, no curso de Direção e Chefia em Serviços de Enfermagem, a realizar o estudo com o tema "Gestão das unidades de saúde familiar: A perspetiva dos enfermeiros, assistentes técnicos e médicos.

Pretende-se que os entrevistados que voluntariamente aceitaram convite para a participação e colaboração no estudo, sejam conscientes da importância das suas declarações e que o realizem da forma mais esclarecida possível. As entrevistas serão gravadas em suporte áudio, transcritas na íntegra e enviadas aos participantes para aceitação. Será garantido o anonimato e confidencialidade através da codificação das mesmas, assim como o direito à autodeterminação para participar na Investigação. O dado tem interesse exclusivamente para o estudo, sendo no final do mesmo destruídas todas as gravações.

O estudo tem como objetivos:

- Conhecer a perceção dos profissionais que integram as equipas das USF sobre os modelos de gestão em uso;
- Conhecer as atividades de gestão de coordenação nas USF;
- Compreender como é que profissionais que integram as equipas das USF se organizam no desempenho das diferentes atividades de gestão;
- Compreender a perceção dos profissionais que integram as equipas das USF sobre as características/habilitações que relevam para o desempenho de atividades de gestão;
- Compreender o papel dos enfermeiros na gestão das USF

Critérios de inclusão do estudo: Profissionais Enfermeiros, Assistentes Técnicos e Médicos do Aceso Maia/Valongo a exercer funções em USF Modelo B, com experiência mínima de 3 anos.

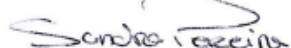
Declaro ter sido informado do tema do estudo, direitos de éticos de anonimato, confidencialidade e autodeterminação.

Assinatura _____

Qualquer esclarecimento adicional, estará a investigadora disponível através do contacto eletrónico sipereira@arsnorte.min-saude.pt

Grata pela Colaboração,

Sandra Irene Duarte Monteiro Pereira





ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

O Coordenador da Unidade de Saúde

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA
GRAVAÇÃO AUDIOVISUAL DE ENTREVISTA OU DE CONSULTA**

Confirmando que expliquei ao profissional, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ACTO acima referido. As gravações, feitas com conhecimento prévio do Coordenador desta Unidade de Saúde, destinam-se exclusivamente a ser utilizadas no estudo de Investigação, garantindo o anonimato através da codificação das entrevistas, ficando à guarda e responsabilidade da Investigadora: Sandra Irene Duarte Monteiro Pereira, mestranda no Curso de Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem.

É garantido que a presente autorização pode ser retirada, em qualquer altura, sem que isso cause qualquer prejuízo ou afete pessoa/ participante. Também é expressamente garantido que haverá destruição ou apagamento da gravação no final do estudo.

Nome legível do profissional de saúde responsável pela proposta:

Data/...../..... Assinatura

+++++

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/esclarecida. Verifique se todas as informações estão correctas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Declaro que concordo com o que foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, tendo podido fazer todas as perguntas sobre o assunto. Autorizo a realização do acto indicado nas condições em que me foram explicadas.

... .. (local), / / (data)

Assinatura

ANEXO 4 – CONVITE – CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

A gestão das Unidades de Saúde Familiar: a perspetiva dos enfermeiros, assistentes técnicos e médicos

CONTEXTUALIZAÇÃO E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Os Cuidados de Saúde Primários foram alvo de várias reestruturações devido à nova gestão pública, sendo o objetivo a criação de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) com autonomia administrativa e um novo modelo de governação, centrado na coordenação de equipas autónomas e contratualizações internas.

O aparecimento das USF foi considerado um marco na reforma dos Cuidados de Saúde Primários pelo facto de se manterem alinhados com a missão da centralidade do doente, da eficiência, da equidade para com as pessoas, famílias e comunidade, com envolvimento de todos os profissionais (médicos, enfermeiros e assistentes técnicos), considerando ainda os princípios de auto-organização e responsabilização da equipa, no sentido de uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e obtenção de ganhos em saúde (Biscaia & Heleno, 2017).

Todos os elementos da equipa, em cada uma das USF, contribuem para a qualidade dos cuidados, partilhando responsabilidades e funções. A gestão das USF é apenas realizada pelo médico coordenador, função que acumula face à função clínica, em que o seu papel principal é o do exercício de medicina familiar, o que significa que o seu papel enquanto gestor é sempre secundário face à prestação de cuidados (Pinheiro, 2019). Apesar de o órgão máximo ser o Conselho Geral, em que estão incluídos todos os elementos da USF, o coordenador tem a responsabilidade de desenvolver e capacitar a equipa, avaliar e motivar a colaboração e o desempenho conjunto, comunicar assertivamente, resolver conflitos, negociar metas, tomar decisões que envolvem todos os elementos da equipa e delegar tarefas. Na senda de Pinheiro (2019), naturalmente um coordenador (médico) pode não ter qualquer formação em gestão, pelo que, ficando responsável por esse cargo, terá de se autoformar e desenvolver um esforço complementar para responder positivamente às exigências impostas por um cargo de coordenação. Uma outra condicionante tem que ver com o facto de existir rotatividade do cargo de coordenador em algumas das USF, que vai alternando pelos diferentes elementos da equipa médica por votação, em Conselho Geral, dos restantes elementos da equipa, sendo o prazo do mandato definido em Regulamento Interno. Em alguns casos, e pese embora a pessoa eleita possa reconhecer não ser detentora de um perfil de liderança para assumir o cargo/funções, por pressão acaba por o assumir (Pinheiro, 2019).

Ao longo de catorze anos de exercício de funções numa USF modelo B, sob coordenação de variadíssimos perfis, tenho também constatado esse facto, lidando com alguns coordenadores que aceitaram o cargo não porque considerarem ter um perfil adequado, mas pela pressão imposta pela equipa ou pela exigência de uma rotatividade por espaço temporal descrita no Regulamento Interno. Sabe-se, porém, que as realidades de cada USF são distintas, pois que também acontece manter-se o cargo no mesmo profissional vários anos consecutivos, por indisponibilidade dos demais elementos da equipa, gerando conseqüentemente grande desgaste.

Esta minha experiência profissional em USF e uma certa incompreensão da premissa de que apenas médicos podem assumir este cargo de coordenação, sobretudo quando comparamos com o que já vem a acontecer na gestão dos Agrupamentos de Centros de Saúde, em que se conhecem vários diretores executivos com diversas qualificações profissionais, motiva-me à realização deste estudo, questionando-me se qualquer outro elemento da equipa multidisciplinar, com formação especializada, não teria o desejado perfil para a coordenação de uma equipa de USF, ou se um elemento com formação avançada em gestão, pertencente à equipa, mais habilitado para o cargo de gestor/coordenador de uma USF, não poderia ser detentor de competências de gestão e liderança.

Com o intuito de contribuir para a melhoria dos processos da gestão nas USF, ancora-se, assim, na seguinte questão de partida: Como é que os profissionais que integram as equipas das USF percecionam as atividades de gestão nelas desenvolvidas?

Assim, este estudo tem como objetivos:

- Conhecer a perceção dos profissionais que integram as equipas das USF sobre os modelos de gestão em uso;
- Conhecer as atividades de gestão de coordenação nas USF;
- Compreender como é que profissionais que integram as equipas das USF se organizam no desempenho das diferentes atividades de gestão;
- Compreender a perceção dos profissionais que integram as equipas das USF sobre as características/habilitações que relevam para o desempenham atividades de gestão;
- Compreender o papel dos enfermeiros na gestão das USF.

A apresentação da contextualização e a descrição dos objetivos, tem como finalidade permitir ao profissional convidado uma reflexão sobre o tema, permitindo uma decisão mais certa sobre o interesse e disponibilidade para colaborar no estudo, qualitativo.

Será garantida a confidencialidade dos dados da entrevista e anonimato, assim como a possibilidade de desistir da colaboração no estudo a qualquer momento.

Enfermeira Sandra Pereira

Contacto – 963475881

Fui devidamente informado(a) sobre o tema e objetivos de estudo, assim como da possibilidade de desistir a qualquer momento, pelo que decido colaborar , não colaborar (riscar o que não interessa) no estudo.

Ass. _____

Data :

ANEXO 5 – PERCEÇÃO SOBRE A GESTÃO EM USO NA USF

Domínio: Perceção sobre a gestão em uso na USF		
CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO/CONTEXTO
Tipo de gestão	Burocrática	<p>E1 – “Atualmente acho que é mais focado na liderança, um modelo mais autoritário, [...] um modelo mais burocrático [...] tem havido uma burocratização das coisas [...] o espírito da USF era a união e o trabalho em equipa, que se está a desvirtuar completamente.”</p> <p>E2 – “A nossa coordenadora assume um bocado o controlo tudo, então ela sabe que existem os <i>timings</i>, ela é que faz as reuniões [...] a nossa coordenação esta mais focada na gestão do que na liderança.”</p> <p>E4 – “Na teoria, é tudo muito teórico e muito democrático. Depois, na prática, há situações em que acabamos por estar dependentes uns dos outros.”</p> <p>E5 – “[...] a coordenadora tem aquela maneira de ser um bocadinho... não diria altiva, mas imponente.”</p> <p>E 11 – “Já estive em cargos de gestão de equipas e noto que a gestão na USF é ainda uma gestão retrógrada [...] acho que as gestões aqui na unidade (pois não conheço as outras realidades) são ainda muito de chefes, ‘Eu mando, eu quero, eu posso!’ [...] e quem quer ser líder aqui é sempre um bocadinho abatido por quem é chefe.”</p> <p>E14 – “[...] com a coordenadora anterior, o ambiente era totalmente diferente, porque as pessoas sentiam-se à vontade até para falar entre elas daquilo que sentiam [...] atualmente é um modelo de gestão muito vertical, o coordenador faz decisão, esquecendo que a decisão parte de um Conselho Geral [...] a coordenadora leva muitas vezes decisões para Conselho Geral e não questões para decidirmos entre todos [...] é muito modelo vertical. O modelo de gestão horizontal preconizado nas USF não existe nesta USF, pois há muitas coisas que não vão a votação... Quando nós temos um modelo de gestão tão autoritário, tão diretivo, se calhar as pessoas retraem-se [...] claro que nós não queremos uma pessoa que fosse tão autoritária, mas também viemos dum modelo <i>laissez faire, laissez passer</i>.”</p>

	<p>Gestão partilhada</p>	<p>E1 – “Um Líder ir à frente pode ser mal interpretado, pode ficar mal porque parece que é melhor do que os outros... Se for atrás, vai andar a empurrar os outros... Se for no meio, dá ideia de que ‘eu sou igual a vocês’ ‘estou a amparar todos’, ‘um bocadinho de um lado, outro bocadinho de outro’.”</p> <p>E6 – “O modelo de gestão existente é o de uma gestão partilhada, ausência de liderança formal em enfermagem.”</p> <p>E7 – “Gestão é isso! Há datas e há planeamento que muitas vezes podem ser ou não cumpridas [...] para isso é que existe o coordenador, para tentar fazer cumprir de forma a melhorar os resultados da unidade, é assim que funciona [...] todos os cargos de chefia são cargos solitários e são cargos que criam anticorpos, quando não os criam é porque não se está a funcionar a 100 %. O modelo de gestão da USF tenta ser o mais democrático possível [...] aqui existe uma liderança democrática e partilhada.”</p> <p>E8 – “Esta coordenadora é o melhor que já tivemos... acho que tem perfil para o cargo. É uma pessoa muito ponderada muito direta muito franca e está aberta a sugestões. Não impõe as coisas... ela só impõe o que também lhe foi imposto a ela.”</p> <p>E11 – “Acho que se tem perdido muitas qualidades, acho que as coisas estão a ficar banalizadas. Acho que, hoje em dia, tudo se pode.”</p> <p>E12 – “Em termos da relação de uns com os outros, eu considero que nós estamos quase numa segunda família. Primeiro temos a de casa e depois a do trabalho. Às vezes, são feitos uns lanchinhos ou jantares para irmos conhecendo os profissionais enquanto pessoas e não ser só trabalho. “</p> <p>E15 – “[...] não conseguimos ter um bom planeamento e uma boa execução com pressão e com datas impostas.”</p>
	<p>Atribuição de funções por grupo profissional</p>	<p>E1 – “Há distribuição de tarefas e trabalhos na área da gestão e um <i>timing</i> para apresentar os trabalhos. A decisão da distribuição das funções é feita pelo coordenador, pelo conselho técnico e voluntariado de elementos, tendo em conta as competências de cada um, por exemplo, os enfermeiros com especialidade em saúde infantil ficam com o programa da saúde infantil. As áreas de especialização eram adequadas as pessoas com competências da área [...], sendo que, neste momento na USF essa distribuição já não é equitativa [...]. Embora existam microequipas, há sempre sobrecarga de um ou dois elementos e, neste momento, como existem elementos com muitas tarefas ficam ainda mais sobrecarregados [...] há pessoas que tem 4 ou 5 tarefas ou funções e outras não tem nenhuma, contrariamente ao pressuposto das USF.”</p>

		<p>E2 – “As tarefas são distribuídas por vários profissionais, cada um tem a sua tarefa [...] distribui -se por grupos, [...] quando vão surgindo situações novas, tarefas novas são propostas a alguns elementos, que às vezes aceitam, outras vezes é mais ou menos forçado, mas alguém tem de ser [...] depois temos um problema típico do português que deixámos tudo para a última da hora.”</p> <p>E3 – “[...] em relação ao secretariado, é um bocadinho mais limitativo, porque normalmente nos planos de acompanhamento interno (PAI) os temas abordam assuntos muito mais clínicos e assim sendo, o secretariado não tem um papel tão ativo, porque é uma situação mais específica para a qual não temos formação.”</p> <p>E4 – “Existem sempre pessoas com áreas atribuídas: gestão de material, o conselho técnico [...] depois aqueles pequenos trabalhos que é preciso elaborar: como o plano de acompanhamento interno, os procedimentos [...] quem estiver disponível, quem se voluntariar acaba por facilitar a distribuição de funções. Se não for voluntariado, aí é imposto, mas não é muito frequente, aparece sempre alguém [...] há pessoas que são movidas pelo interesse pessoal, há pessoas que são movidas por fazer o bem á equipa, há pessoas que gostam simplesmente de fazer, há pessoas que se encostam. Temos a gestão de material, controle de infeção (PPCIRA), a gestão do risco, o carro de emergência, gestão de <i>stocks</i>, conselho técnico, temos o notifica, o Elo feridas. Há muitas áreas em que são requeridos elementos da equipa para serem interlocutores. São muitas vezes enfermeiros, sim, mas normalmente inclui-se um elemento de cada equipa [...] raramente os administrativos fazem trabalho de documentos da unidade, planos de acompanhamento interno, procedimentos [...] os administrativos não trabalham indicadores, atendem os telefones, marcam as consultas, mas não trabalham indicadores.”</p> <p>E5 – “A gestão de <i>stock</i>, material clínico médico e enfermeiros são os enfermeiros que gerem, os administrativos tratam do <i>stock</i> de secretaria [...] há um responsável na equipa de enfermagem e na equipa dos assistentes técnicos [...] a assiduidade quem trata é uma assistente técnica que envia para o ACES seguindo depois para a ARS”.</p> <p>E7 – “As funções de gestão distribuem-se em conselho geral, sendo atribuídas atividades e tarefas a cada um [...] agora já se esta a perder um pouco essa ideia de que toda a gente tinha de ser responsável de tudo, de todas as áreas de forma rotativa, a parte de enfermagem, a parte administrativa e na parte médica [...] todos os médicos tinham que ser coordenadores, no entanto há pessoas que não tem perfil...”</p>
--	--	---

		<p>E8 – “O conselho técnico vai rodando e é constituído por médico, administrativo e enfermeiro. Normalmente tem em conta as especialidades, se as pessoas não quiserem, depois perguntam quem é que está interessado.”</p> <p>E9 – “Os diferentes papeis na USF são delegados pelos profissionais, de forma democrática e rotativa de forma a dar a mesma oportunidade a todos os elementos [...] as funções de gestão são distribuídas por todos os elementos da equipa [...] cada grupo profissional elege ou delega o seu elemento, sendo este posteriormente aprovado em reunião de Conselho Geral.”</p> <p>E10 – “[...] sou eu que faço os horários, com ajuda de uma plataforma que aprendi numa uma formação que fiz. Consigo elaborar horários equitativos, manhã e tarde, também existe uma escala rotatividade para quando alguém falta, onde se percebe de quem é a vez de saltar para amanhã ou saltar para a tarde. Os horários são mesmo, equitativos, não há ninguém prejudicado por ter feito mais uma manhã, por ter feito mais uma tarde, eu acho que todas nós estamos muito contentes [...] eu confesso... eu não me sinto mal, de forma alguma, mas gostava que as tarefas rodassem para saber fazer mais, apesar que eu sou muito curiosa e sei fazer tudo.”</p> <p>E11 – “Há secretários que elaboram outro tipo de trabalho [...], alguns que são capazes de ter autonomia, de imprimir listagens de crianças, grávidas, diabéticos, hipertensos e serem eles próprios a convocar esses utentes. Eu acho que fui tendo mais autonomia, mas foi pelo meu tempo de trabalho e pelo meu reconhecimento enquanto profissional.”</p> <p>E13 – “Em cada grupo profissional, há uma pessoa responsável pela gestão das ausências, nomeadamente para assegurar um número mínimo de funcionários a trabalhar.”</p> <p>E14 – “A gestão, nomeadamente a gestão dos recursos humanos e a gestão do material são divididas [...] temos os administrativos a fazerem a gestão do material, por exemplo, e dentro deles a fazerem a gestão dos seus horários, a gerirem a forma de como eles próprios vêm trabalhar, quem vem, quem vai de férias [...] é uma gestão muito de cada grupo [...] as funções de gestão não são impostas [...] temos sempre um ou outro que se oferece [...] em enfermagem, anualmente decidimos quem é que faz a gestão [...] o conselho técnico em enfermagem roda sempre de 2 em 2 anos e já passou por toda a gente.”</p> <p>E15 – “[...] cada elemento tem as suas funções atribuídas e registadas [...] o regulamento interno foi elaborado por toda a equipa aquando da criação da USF sendo revisto anualmente por uma equipa que já está pré estabelecida para esta função, médico</p>
--	--	---

		<p>enfermeiro e administrativo [...] cada equipa faz a gestão das necessidades que considera fundamentais, existindo sempre a colaboração do secretário clínico, definido em cada microequipa, para fazer agendamentos de consulta convocações telefonemas o que seja necessário [...], tendo mais tempo disponível para gerir a lista do enfermeiro e do médico.”</p>
	Limitações à autonomia	<p>E4 – “A autonomia é sempre relativa. Porque nós temos as indicações do ACES, que direcionam muito a nossa liberdade, a nossa liberdade é muito relativa.”</p> <p>E6 – “A própria legislação atribui às USF autonomia organizativa, funcional e técnica, sublinhando que se encontram salvaguardados os conteúdos funcionais de cada grupo profissional.”</p> <p>E11 – “Fazendo uma comparação por mim, porque quando apanhei a primeira coordenação foi a primeira realidade que eu tive impacto, porque eu vim de uma UCSP, e nesta, sem dúvida alguma, como modelo B, verifiquei uma capacidade de resposta ao utente, uma maior capacidade de autonomia, havia essa abertura.”</p> <p>E13 – “Como USF modelo B que é, tem autonomia organizativa.”</p> <p>E15 – “Aquando da criação da USF em 2008 o modelo de gestão tinha por base uma autonomia em relação a todos os profissionais de saúde e equipa, a nível de organização, a nível de funcional e técnico [...] há algum tempo para cá, na minha perspetiva, perdemos muita autonomia no que diz respeito às imposições vindas do ACES, que dificultam muito o nosso trabalho [...] provoca uma reorganização da equipa alterando nossa o normal funcionamento da USF [...] a equipa desorganizada [...] a equipa fica estruturalmente afetada.”</p>
Perceção sobre coordenação	Impacto sobre a Liderança	<p>E1 – Na USF, os resultados dos indicadores não valorizam o trabalho de enfermagem, parece que valorizam só o médico [...] sentia-me irritada porque aparecia indicador apenas com o nome de cada médico, mas os resultados dos indicadores são da micro equipa, medico, enfermeiro e secretario clínico.”</p> <p>E2 – “As equipas ficam desgastadas emocionalmente e produtivamente por não se identificarem com o seu líder. “</p> <p>E5 – “Nem todos se aplicam e trabalham da mesma forma, todos sabemos que há pessoas que não fazem nada e a coordenação também nada faz, desde que o trabalho apareça feito [...] entendo que uma coordenadora sozinha não pode fazer tudo, terá que haver um espirito de equipa [...] o que sinto é que quando se faz o trabalho bem feito, não só, não se é reconhecido, como também</p>

		<p>quem não fez trabalho nenhum, esta no mesmo patamar, então é desmotivante!”</p> <p>E8 – “Acho que falta à gestão colocar-se um bocadinho no nosso lugar [...] não percebem que há situações em que tem que se intersubstituir os colegas ausentes, pois há agendamentos que não podem ser desmarcados. Não percebem que por essa razão têm de ficar mais elementos ao serviço.”</p> <p>E11 – “Acho que se tem perdido muitas qualidades, acho que as coisas estão a ficar banalizadas. Acho que, hoje em dia, tudo se pode.”</p> <p>E12 – Nem sempre os coordenadores são gestores [...] os coordenadores também se focam na sua atividade, pois são médicos de família, focam-se nas pessoas, no cidadão, nos seus utentes, mas a liderança é sempre necessária.”</p> <p>E15 – “[...] sou a favor de rotatividade de gestão e de todo o resto, uma vez que, na minha opinião, todos os elementos devem estar a par de tudo o que se passa na USF, para dar valor a cargos mais trabalhosos como por exemplo o Conselho técnico [...] não conseguimos ter um bom planeamento e uma boa execução com pressão e com datas impostas.</p>
	<p>Forças</p>	<p>E1 – “O facto de termos melhorado os cuidados de saúde primários para o utente, o facto de termos trabalhado como equipa; o facto de termos instalações próprias e recursos materiais e humanos que nos permitiram essa melhoria [...] o facto da monitorização dos resultados pela gestão, de termos aferido resultados e termos uma melhoria de qualidade cada vez mais avançada.”</p> <p>E3 – “A coordenadora tem tudo muito, muito organizado, muito delineado [...] tem sido sempre ela a eleita, porque toda a gente a considera muito organizada [...] a nossa coordenadora é uma boa líder, é uma boa gestora [...] eu acho que com um líder assim é que nós conseguimos ir a bom porto, se não era tudo muito mais complicado [...] o ponto forte é não deixar passar as coisas...”</p> <p>E4 – “Na verdade, eu não tenho grande queixa da minha coordenadora, mas sei que é uma realidade que não existe em todos os lados.”</p> <p>E7 – “Acho que temos a unidade mais ou menos organizada, sistematizada, toda a gente sabe mais ou menos qual é o seu trabalho.”</p> <p>E8 – “O médico coordenador é o médico que nos representa, que vai às reuniões com o Conselho Clínico, quando é solicitado, por</p>

		<p>exemplo na contratualização [...] esta coordenadora diz o que tem a dizer, é frontal e imparcial [...] fala com as pessoas, com os intervenientes e tenta esclarecer as coisas, nesse aspeto também é direta [...] o que for preciso resolver, resolve na hora! É célere a tomar decisões [...] Esta tem mesmo perfil para liderar, enquanto os anteriores não tinham [...] para o bem e para o mal, ela toma decisões, ela tenta resolver os conflitos, resolver os problemas a tempo e horas. Esta dá a cara pela equipa e faz-nos sentir protegidos.”</p> <p>E9 – “A minha apreciação do modelo de gestão da USF é positiva. Acredito que possam existir modelos de gestão melhores, mas é aquele que se vai adaptando melhor à nossa equipa, dados os recursos humanos e materiais disponíveis.”</p> <p>E10 – “Nas reuniões, pelo menos uma vez por mês, a nossa coordenadora faz questão de exibir os resultados, fazer os desvios, tomar medidas corretivas para manter o bom rumo. No fundo, tem a preocupação de nos conduzir aos resultados.”</p> <p>E11 – “[...] neste momento, acho que temos uma pessoa equilibrada, uma pessoa sensata no meu entender [...] o ponto forte é termos uma pessoa ponderada que não dita regras, mas expõem situações e tenta resolver situações sem criar problemas, neste momento, é a grande vantagem da unidade. Tenho bastantes expectativas relativamente a esta coordenação, pois não denoto uma posição de chefia [...] acho que agora não se quer mandar [...] é muito aberta à opinião dos outros, gosta de liderar, gosta de dar algumas ideias, embora inconscientemente também seja muito chefe.”</p> <p>E13 – “O aspeto positivo da atual coordenação é a mecanização de atitudes [...] considero o relacionamento interpessoal, o respeito, o aproveitar as diferenças interpessoais como uma mais-valia na equipa, assim como uma gestão e liderança mais adequadas.”</p> <p>E14 – “Claro que há pontos positivos na gestão. Acima de tudo, eu acho que a máquina está oleada. Tantos anos que passaram e a equipa está orientada para objetivos [...] é ótimo ter uma pessoa que consegue delegar tarefas, que tenta puxar pelas pessoas, ainda que se calhar não escolha melhor forma de chegar até nós [...] quando se delega é sinal de confiança, isso é bom...”</p> <p>E15 – “Os pontos fortes da gestão em uso são a motivação da equipa e a possibilidade de aquisição das mesmas experiências e conhecimentos por todos os elementos da equipa”</p>
	Oportunidades	<p>E1 – “Neste momento, não há um líder que diga ‘vamos trabalhar todos em conjunto para atingir um fim, aquele objetivo’.”</p>

		<p>E2 – “O que devia melhorar é a relação interpessoal! As pessoas têm de saber separar coisas pessoais e coisas profissionais, para que toda a gente se sinta bem, ninguém tem de gostar de ninguém, mas respeitar-se a nível profissional [...] em relação à gestão, o apoio está um bocado centralizado numa pessoa, em uma ou duas enfermeiras e isso devia ser descentralizado.”</p> <p>E3 – “Muitas vezes os coordenadores são bons clínicos, mas não são bons como pessoas... [...] dever-se-ia melhorar a capacidade de escuta, ter mais empatia, maior flexibilidade, maior disponibilidade [...] devia haver mais abertura [...] os profissionais deviam sentir-se mais confortáveis a dizer aquilo que sentem sem receio de retaliação. Muitas vezes isso não acontece, a abertura.”</p> <p>E4 – “Acho que o líder tem de compreender além daquilo que lhe é dito... tem de ser muito observador para conhecer os profissionais quem tem [...] mais do que quem lhe vai contar coisas. E, às vezes, é isso que se calhar falha um bocadinho na minha unidade.”</p> <p>E5 – “O que devia melhorar era o espírito de liderança [...] perante uma situação de conflito, deve-se explorar ambas as partes ou toda a equipa. Isto, às vezes, podia acontecer um bocadinho melhor na minha unidade [...] às vezes falta na realidade alguma frontalidade, pois em reunião atiram-se coisas para o ar e não se discutem [...] A coordenadora poderia ser mais incisiva e nas situações não frontais, intervir para que se esclareça abertamente as situações.”</p> <p>E10 – “Penso que a coordenação deve melhorar um bocadinho a nível de comunicação [...] não há tempo ou cuidado [...] e quando se vai falar do assunto já não vale a pena [...] gostava também de ver maior rotatividade nas tarefas, não permitindo que os profissionais se sintam na zona de conforto...”</p> <p>E11 – “[...] quando se trabalha com pessoas, tem que existir inter-relações pessoais e quando se quer gerar um ambiente e se quer que as pessoas sigam modelos escolhidos, tem que se saber liderar [...] um aspeto negativo na coordenação anterior, se calhar pela idade, era a não adesão à base do <i>online</i>.”</p> <p>E13 – “O negativo é de que há monotonia nas correntes de pensamento dominantes e pouca abertura para novas.”</p> <p>E14 – “[...] a comunicação poderia melhorar [...] faltam competências emocionais, falta assertividade, faltam competências na área de liderança de pessoas que lhes permitam transferir linhas de orientação para a equipa. Para que a gestão se dê em pleno e traga frutos para a unidade, o coordenador deve fazer um curso e depois transmitir aos outros [...] é preciso ter</p>
--	--	--

		<p>muito conhecimento de cada área profissional para também saber o que se vai exigir ao outro [...] a justificação das exigências, não pode ser ‘porque eu acho’, ‘olha, eu acho que assim vai correr melhor’. O achismo não faz nenhum sentido numa unidade. O coordenador podia ser mais assertivo e saber daquilo que vai pedir [...] o que não funciona bem é a inflexibilidade da coordenação”</p> <p>E15 – “Os pontos que considero ser prioritários melhorar são a gestão e o planeamento da elaboração de revisões de documentos por toda a equipa.”</p>
	<p>Papel do coordenador</p>	<p>E1 – “Apesar de ser da competência do coordenador gerir os conflitos, muitas vezes está tão ocupado, por também ser médico, que não tem tempo para isso [...] às vezes é difícil não tomar posições [...] muitas vezes o coordenador tem de tomar decisões sendo o socialmente correto [...] a posição a tomar não é fácil, mas tem de ser assertiva. Falar de forma assertiva, dizer o que tem de se dizer sem menosprezar ninguém, sem juízos de valor, sem tentar prejudicar ninguém.”</p> <p>E2 – “O papel do coordenador é representar e defender a equipa e, às vezes, há pessoas que têm a mania que são patrões e não são [...] às vezes, falta alguém pôr-se de pé e bater com a mão na mesa [...] principalmente para as pessoas que não trabalham tanto, que não cumprem os objetivos, estas devem ser chamadas à atenção e serem informadas de que existe uma porta de saída.”</p> <p>E3 – “O coordenador tenta gerir conflitos muitas vezes indo conversar individualmente ou com cada grupo.”</p> <p>E4 – “Considero papel do coordenador a resolução de conflitos maiores, não pequenas coisas do dia a dia [...] ele deve ser mediador nas situações mais complicadas [...] o líder não pode ficar condicionado àquilo que é dito, tem de explorar. Acho a liderança fundamental [...] o trabalho de envolver e incluir as pessoas não pode cair só no líder [...] a equipa tem de ter voz ativa. Não é sacudir responsabilidade do coordenador, é o papel de empoderar a equipa”</p> <p>E5 – “[...] acho que a nossa coordenadora representa muito bem a nossa unidade, no sentido de nos saber defender [...] apesar de tudo não é uma coordenadora como muitas vezes vejo noutras unidades [...] ela quer ser uma boa coordenadora, quer seja por uma questão pessoal, para se enaltecer a ela própria por fazer um excelente trabalho, quer seja por questão de genuinamente querer ajudar os outros [...] ela não impõe nada!”</p> <p>E 6 – “É o coordenador da USF que concentra todas as responsabilidades de gestão.”</p>

		<p>E7 – “O coordenador não tem o papel de mandar, tem o papel de partilhar trabalho, de organizar e de orientar o trabalho [...] evidentemente que tem que existir o envolvimento das pessoas [...] quando não há o envolvimento de todas as pessoas, por mais que o coordenador tente “puxar para cima”, não se consegue [...] cada um tem a sua responsabilidade na gestão de diversas áreas [...] as pessoas tem que fazer as coisas, quando não são feitas é da competência do coordenador chamar à atenção [acertar passo].”</p> <p>E11 – “[...] eu acho que aqui não há um líder, mas há um chefe [...] Um chefe manda um líder executa, no meu entender.” [...] acho que a gestão deveria interferir... mas tenho visto que as coisas chegam à gestão, mas não estou a ver as coisas a mudar após lá chegarem.”</p> <p>E12 – “Tem de haver um líder se não andámos à rédea solta [...] temos de ter regras, temos de cumprir com as nossas atividades e fazer tudo bem [...] em relação à estrutura orgânica, o coordenador realmente coordena a unidade. Conheço muitas unidades e já ajudei a formar, pelo menos umas cinco unidades familiares, todas da ARS Norte e notei que algumas abriram, mas estão na mesma, não saíram do modelo A [...] acomodaram-se porque, realmente, não tiveram um líder capaz de motivar a equipa e de a fazer evoluir [...] às vezes o coordenador tem de ter esse tom mais áspero para as pessoas acordarem para a vida.”</p> <p>E14 “O papel do coordenador é transmitir informação, motivar, mas se ele não tiver formação na área, também não o pode fazer...”</p>
--	--	--

ANEXO 6 – IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR

IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR DA USF		
CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO/CONTEXTO
Elegibilidade	Restrições	<p>E1 – “Há USF em que existe mesmo a obrigatoriedade de a coordenação passar por todos os profissionais médicos, mas não tem de ser um médico.”</p> <p>E3 – “Nós estamos numa unidade, convinha que fosse um profissional de saúde devido às questões clínicas, que fosse um bom líder e alguns conhecimentos de gestão [...] eu acho que também um enfermeiro poderia ser coordenador.”</p> <p>E4 – “Acho que um enfermeiro que tenha formação, que tenha as devidas competências, pode perfeitamente liderar uma USF ou até uma direção de ACES [...] o enfermeiro tem de ser visto como um elemento capaz, com capacidade para gerir uma equipa, desde que tenha a formação. É um reconhecimento que neste momento só é reconhecido aos médicos [...] na coordenação não há médicos com esse tipo de formação.</p> <p>E9 – “No modelo de gestão das USF, sou da opinião que todos os elementos de uma equipa deviam ter, pelo menos, a oportunidade de se candidatar ao cargo de coordenador e que essa função não fosse apenas delegada a uma classe profissional.”</p> <p>E10 – “[...] a rotatividade até poderia ser boa, mas sendo sempre a mesma coordenadora, poderá ser um sinal que a unidade está a funcionar bem, porém se fosse alargado a outros grupos de profissionais, se calhar a visão era um bocadinho diferente [...] acredito que a mudança fosse benéfica.”</p> <p>E11 – “Um coordenador tem a questão de liderança, tem a questão de gestão, mas também tem que ter um conhecimento clínico.”</p> <p>E12 – “[...] mas só os médicos a serem coordenadores... Não sei, nunca ouvi falar que numa USF tenha, por exemplo, um enfermeiro como coordenador...”</p>

		<p>E14 – “Efetivamente, a rotatividade faz todo o sentido, mas também fazia todo o sentido que a rotatividade não fosse só dentro da classe médica, mas de todos os diferentes grupos profissionais, até porque se torna uma grande sobrecarga para o mesmo profissional [...] nem sequer vejo qual a necessidade de a coordenação ser só médica [...] porque é que dentro de uma USF o coordenador tem de ser sempre um médico, independentemente das competências de todos os outros profissionais que cá estejam?”</p>
	<p>Formação em saúde</p>	<p>E5 – “Nos moldes em que as USF trabalham, acho que o coordenador deverá ser alguém com habilitações superiores, porque considero mais sensato experienciar na prática o que se vai coordenar.”</p> <p>E10 – “Em termos de gestão, eu acho que os senhores enfermeiros estão ao nível dos senhores doutores para poder estar numa na coordenação de uma unidade. [...] Em relação aos assistentes técnicos, isso é mais difícil [...] mesmo havendo licenciados, existe sempre a falta de conhecimento da parte clínica, motivo que torna um bocadinho mais difícil [...] eu acho, sem dúvida alguma que, embora tenhamos administrativos que têm formação académica, não diria um assistente técnico como coordenador [...] porque falta um bocadinho o conhecimento clínico, mas se calhar trabalhar em conjunto com o coordenador [...] acho que poderiam ser coordenadores, um médico ou um enfermeiro que tenha essas características.”</p> <p>E11 – “Não vejo um assistente técnico como coordenador porque lhes falta o conhecimento clínico...”</p> <p>E12 – “[...] nunca ouvi falar numa USF que tenha, por exemplo, um enfermeiro como coordenador [...] isso já foi debatido em certas reuniões que eu tive oportunidade de ir à Ordem dos Médicos, e que se ponderava até secretários clínicos com formação em gestão [...] embora se considere uma falha a ausência de conhecimentos clínicos.”</p>

	<p>Formação em gestão</p>	<p>E1 – “Não considero que, para a coordenação, ter formação de gestão em saúde seja importante, mas ajuda, [...] ter alguma formação em gestão de conflitos e comunicação se calhar ajudaria a melhorar os processos de gestão. Porque não um enfermeiro, por exemplo? Há enfermeiros que tem formação em gestão de saúde e nunca serão coordenadores.”</p> <p>E2 – “Há a questão que fala de ter o curso em gestão. Eu concordo [...] devem ter conhecimentos em gestão, mas também em recursos humanos.”</p> <p>E3 – “[...] eu acho que um coordenador deve ter alguma formação em gestão [...] deve ter também formação em relacionamento interpessoal. O relacionamento interpessoal, a empatia, o conseguir perceber exatamente o que é que se passa... Muitas vezes, os coordenadores não compreendem, porque não estão daquele lado, não têm noção...”</p> <p>E4 – “A gestão não está no curso base de medicina nem na especialidade. O médico tira o curso de medicina como o enfermeiro de enfermagem. Na minha perspetiva, acho que a formação sobre gestão deveria ser um requisito para a coordenação da unidade [...] ter formação não só de gestão em si, mas também da organização, de liderança e de como trabalhar as pessoas e o seu comportamento [...] não se trata de nenhuma luta de classes, apenas uma questão de que seria uma mais-valia poder-se escolher entre mais profissionais, de acordo com as qualificações [...] na minha USF, nenhum médico tem formação em gestão, contrariamente aos enfermeiros.”</p> <p>E7 – “Considero que a coordenação deve ter formação, não tendo que ser licenciado em gestão, mas que deve ter um curso ou formação em gestão, nem que seja uma coisa básica para ocupar o cargo [...] No princípio, era dada alguma formação nessa área aos coordenadores [...] assim como para a acreditação há um curso, também deveria haver formação para os novos coordenadores, de forma a estarem dentro dos assuntos e ser mais fácil entrar no esquema da coordenação.”</p>
--	----------------------------------	---

		<p>E8 – “[...] acho que ter uma licenciatura de base já era bom, mas ter uma pelo menos formação de gestão dos serviços de saúde ou outra do género seria mais importante. “</p> <p>E9 – “Considero uma mais-valia a formação académica na área de gestão, mas penso que não deva ser condição para a coordenação.”</p> <p>E10 – “Uma licenciatura de base, mas se calhar, uma pós-graduação em gestão de serviços de saúde, porque eu já estive aqui a pesquisar essa pós-graduação e também fala muito em liderança.”</p> <p>E11 – “[...] acho que tem que haver uma formação académica, porque a parte de gestão ou a parte da coordenação é tudo muito interno... eu acho que as interligações pessoais são cruciais [...] toda a gestão se relaciona com pessoas fora das unidades, em reuniões, por exemplo, por isso tem que haver algum tipo de conhecimento [...] tem que ser uma pessoa que tenha minimamente conhecimento de causa daquilo que está a fazer.”</p> <p>E12 – “Para o cargo de coordenação, para além de ter já a formação em medicina, especialista em medicina, devia ter outra formação paralela, para ajudar, por exemplo na área das tecnologias, mas eu sou suspeita... se tiver de gestão já não é mau [...] a gestão engloba muita coisa, várias facetas...”</p> <p>E14 – “Um dos cursos fundamentais é gerir pessoas. Um coordenador deve saber gerir pessoas, portanto formação em recursos humanos [...] deveria ser exigido que o coordenador tivesse uma pós-graduação, um mestrado, um doutoramento que fosse na área de gestão. [...] uma gestão em pleno, não devia ser só gerir os recursos humanos, mas que fizesse uma formação de gestão no seu pleno [...] qualquer grupo poderia assumir uma coordenação, desde que tivesse efetivamente uma formação na área, uma especialidade, um mestrado, uma pós-graduação [...] ninguém me garante que não possamos ter um</p>
--	--	---

		<p>administrativo, por exemplo, com um curso superior até na área da gestão [...] nomeadamente, na gestão de recursos humanos, por exemplo. Se calhar faria muito mais sentido do que termos como coordenador um médico.”</p>
	<p>Motivação para o exercício da função</p>	<p>E1 – “Eu acho que toda a gente devia passar pelo processo de coordenação desde que o queira [...] Há pessoas que não querem mesmo ser coordenadores por não terem perfil...”</p> <p>E2 – “Eu acho que obrigar não dá resultados [...] se a pessoa não quer, acho que não vai dar fruto [...] se a pessoa está disponível à partida, tem que estar com vontade de trabalhar.”</p> <p>E3 – “Não querendo, não estando motivado, já não vai ajudar [...] acho que não devia ser obrigatório uma rotatividade por todos os elementos, porque a pessoa pode não ter perfil ou não querer, e é já um ponto negativo.”</p> <p>E7 – “Acho que as pessoas têm de gostar e tem de querer. Só devem ir para um lugar de gestão as pessoas que dizem, ‘eu não me importo e até gosto do trabalho’.”</p> <p>E8 – “Quem não quer diz logo que não quer, portanto votamos pelos que querem [...] a rotatividade é positiva, mas com pessoas que estejam motivadas a estar na coordenação [...] A coordenação é rotativa, mas quem não quer e quem acha que não tem perfil não pode ser obrigado.</p> <p>E11 – “Considero que deve ir a votação aqueles, só aqueles, que querem [...] acho que também não se deve obrigar uma pessoa a ser algo que não quer, porque há vários valores que vão condicionar [...] deve haver um conselho geral e ser indicado quem quer [...] uma pessoa que não seja muito forte em termos de interligações pessoais, ao ter obrigação de liderar uma equipa, se calhar não vai desempenhar um bom papel.”</p>

		<p>E12 – “Quem não quer pode não estar motivado e a equipa pode ficar parada, pois não há esta tal liderança, não há este tal empenho”</p>
	<p>Perfil para o cargo</p>	<p>E1 – “Um coordenador acima de tudo, deve ser perspicaz, ser bom comunicador e tem que ser mesmo Líder, ter perfil, não pode ir à frente nem atrás, deve estar no meio da equipa para envolver [...] tem que levar todos ao mesmo tempo” [...] deve ter formação em gestão de conflitos porque não se pode dizer o que nos vai na alma. O coordenador deve sempre ouvir as duas partes e ser quase um juiz.”</p> <p>E2 – “Acho que é muito importante saber liderar, portanto liderança [...] como características pessoais: uma pessoa humana, uma pessoa humilde... Não pode ser uma pessoa com a mania [...] alguém que esteja disposto a partilhar, isento [...] é muito importante que saiba dizer que não e não tomar partidos. Isso faz toda a diferença, não tomar partidos! Saber tomar a posição de não tomar partido às vezes é difícil.”</p> <p>E3 – “Considero importante características académicas e pessoais, para a coordenação quer seja de médicos, quer seja de enfermeiros, porque muitas vezes temos formações, mas não temos um desenvolvimento pessoal, uma sensibilidade maior...”</p> <p>E4 – “Eu acho que o líder devia ser um bom comunicador [...] deve ser uma pessoa que ouve, deve ser um bom orador, deve ser um bom comunicador, deve ser uma pessoa capaz de motivar as pessoas [...] de conseguir encontrar as capacidades, de ter aquele instinto de procurar as capacidades que cada um tem de melhor [...] tem de ser um agregador e ser um motivador [...] tem de uma pessoa de pessoas, mas ao mesmo tempo tem de ser uma pessoa de organizações [...] Independentemente de ser médico ou enfermeiro ou secretário clínico, ser uma pessoa que tenha perfil, motivação e vontade.”</p> <p>E5 – “Além das habilitações, acho extremamente importante que o coordenador seja justo, imparcial, humilde e líder, só assim conquista uma equipa.”</p> <p>E6 – “Deverá ser alguém cujo perfil pessoal seja o de uma pessoa que estimule a participação ativa o crescimento e o desenvolvimento da equipa.”</p>

		<p>E7 – “Como características necessárias para o perfil de coordenação é o gostar de liderar [...] considero que o principal para a coordenação é as pessoas quererem, gostarem e terem formação para...”</p> <p>E8 – “[...] há pessoas que podem não ter tantas habilitações, mas terem perfil para liderar [...] porém acho que deve ter uma licenciatura de base, uma vez que a coordenação envolve muitos documentos [...] ser uma pessoa imparcial, uma pessoa frontal que saiba ouvir e que se faça ouvir, e respeitar-se pelos outros membros da equipa [...] que seja capaz de resolver conflitos, que consiga articular bem com os superiores, nomeadamente com o diretor executivo e com a direção clínica, porque às vezes há pessoas que não têm assim muito jeito para expor as situações [...] que consiga agregar a equipa e uni-la [...] motivar as pessoas, saber gerir os conflitos para investir na união para remarem todos na mesma direção e atingir os objetivos.”</p> <p>E9 – “Como perfil, considero importante a sua capacidade de liderança e comunicação, ser coerente na tomada de decisões e ser um excelente mediador de conflitos, pois todas as equipas os têm. [...] penso que o coordenador de uma USF deve ter experiência profissional consolidada e capacitada, deve ser conhecedor da sua equipa e a sua organização. “</p> <p>E11 – “Para mim características mais importantes na gestão são as relações interpessoais [...] É crucial para mim saber lidar com pessoas, trabalhar para pessoas e com pessoas [...] saber liderar na minha perceção, é saber fazer e é ser um exemplo para que os outros o sigam, sem ter de mandar que nos outros.”</p> <p>E12 – “Nós vemos o potencial das pessoas logo à partida, [...] nas ações e na maneira de falar [...] nota-se pela capacidade de mover outros, de ser assertiva quando fala, estável, tem que ser uma pessoa com perfil para gestor [...] o líder parte do princípio que, estando a gerir, tem que gerir todas as situações que surjam na unidade, mas tem que ser sempre em interação uns com os outros [...] deve ser alguém que tenha realmente força e poder e de motivar e se for preciso também corrigir...”</p> <p>E13 – "um verdadeiro líder é aquele que cuida daqueles que lidera. É assim que eu vejo a liderança [...] esta característica não depende da formação académica,</p>
--	--	--

		<p>puramente, mas da pessoa em si [...] de lhe serem reconhecidas competências de liderança pelos outros elementos da equipa [...] considero importante a maturidade, comunicação coerente, humanismo, isenção, imparcialidade, reforço positivo em vez de negativo tais como atitudes de tentativa de humilhação [...] deve saber reforçar positivamente e saber corrigir.</p> <p>E14 – “[...] alguém com perfil democrático, com competências emocionais e assertividade [...] alguém com aptidão para ouvir de baixo e gerir as emoções, ou seja, com competências emocionais [...] com capacidades para unir a equipa em prol da unidade.”</p> <p>E15 – “Os coordenadores devem ter a capacidade, na minha visão, de planeamento, organização, liderança e controle [...] um coordenador consegue sempre levar uma equipa a bom porto de forma que esta adira, participe e esteja empenhada em desenvolver um bom trabalho.”</p>
<p>Mandato do coordenador</p>		<p>E1 – “Neste novo regulamento interno, não está descrito que deva ser rotativo, como estava no anterior, apenas esta descrito o tempo de cada coordenação, sendo o período de votação de dois em dois anos. [...] sei que existem unidades, em que o coordenador está cinco mandatos, o que faz com que se sintam os reis ou rainhas do reino porque para o bem ou para o mal, essa função também cria vícios. É um vício, agarram-se ao poder e depois, quando saem, parece que deixam um pedacinho que era deles, é uma característica humana!”</p> <p>E2 – “Eu estou lá há oito anos e um coordenador teve cinco mandatos e agora está um a três.” [...] para nós um ano é suficiente para se cumprir objetivos e se cumprir um plano, pois se for mais tempo podem tomar isso como garantido e abusar um bocado.”</p> <p>E3 – “A unidade faz este ano 14 anos e esta coordenadora está na coordenação há 13 anos. [...] o facto de ser sempre a mesma pessoa acaba por criar muitos hábitos e as pessoas vão se acomodando, acaba por ser sempre a mesma coisa [...] as coisas vão funcionando assim.”</p> <p>E4 – “Eu penso que o primeiro intervalo de votação passou três anos ou três anos e tal, eu penso que o primeiro intervalo não foi dois anos [...] depois passamos a fazer de dois em dois anos. Se o líder fica muito tempo e nos falha por alguma razão, ficamos perdidos.”</p> <p>E5 – “Na minha USF, tem-se mantido o mesmo coordenador há três mandatos, portanto nove anos [...] acho que deve existir um limite de seis anos para o mesmo coordenador, pois considero que posições hierarquicamente superiores, se estiverem muito tempo estagnadas, acabam por dar uma ideia de poder às pessoas que as ocupam.”</p>

E7 – “ Eu acho que três anos para uma coordenação, é pouco... [...] se o coordenador quiser fazer algum trabalho é difícil com três anos, pois considero o primeiro ano, um ano de adaptação [...] e os seguintes para se dedicar à organização e fazer a gestão [...] considero que não deva ser sempre o mesmo coordenador e que o limite máximo para a coordenação da mesma pessoa deveria estar descrito no regulamento interno [...] na minha opinião, ao fim de x de tempo deve rodar, pois começa-se a criar zonas de conforto na pessoa e portanto, aquilo vai rolando sem nenhuma atração.”

E8 – “A votação é de dois em dois anos, mas não tenho a certeza.”

E10 – “Na minha unidade, a votação acontece, mas a coordenadora foi sempre a mesma. É para aí o quarto mandato, 12 ou 13 anos.”

E11 – “Um ano nunca é suficiente, até porque muitas vezes é o tempo que se demora na adaptação e mesmo a colocar a unidade a funcionar corretamente. O segundo já dá para fazer outro tipo de trabalhos [...] acho que devam estar limitados a dois anos, no entanto, na minha opinião, deve existir um limite inferior a dez anos de coordenação com a mesma pessoa, porque há pessoas que não têm a capacidade de evoluir mentalmente com o passar do tempo [...] às vezes têm ideias um bocado retrógradas e por isso é que não deve haver uma estagnação do cargo de coordenador [...] concordo com a rotatividade pois acho que nunca se deve dar os lugares como garantidos! [...] nenhuma pessoa que tenha um cargo de enfermagem ou de médico vai aguentar dez anos numa coordenação a exercer a profissão, nunca vai querer! Tem acontecido a votação de dois em dois anos.”

E12 – “O regulamento interno depende de unidade de para unidade. O tempo da coordenação pode ser dois, ou até três anos.” [...] inicialmente nós estávamos com três anos de mandato, agora estamos com dois anos, mas acho pouco.”

E13 – “O coordenador é eleito de três em três anos conforme o descrito no regulamento interno [...] O ambiente organizacional da equipa tem sido orientado pela mesma pessoa há 12 anos. Parece-me razoável três mandatos consecutivos (nove anos) para o mesmo coordenador, pois que mais tempo poderá trazer riscos de congelamento de papéis/atitudes e um acomodar consequente.”

E15 – “Na minha USF, relativamente ao processo de liderança, temos preconizado votação para a eleição do coordenador, devido aos fatores de motivação, desempenho, incentivo e relações humanas para com a equipa [...] não gostando do desempenho do coordenador, muda-se no ano seguinte.”

ANEXO 7 – AMBIENTE ORGANIZACIONAL

Ambiente organizacional	
CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO/CONTEXTO
<p>Comunicação interdisciplinar</p>	<p>E2 – “As relações interpessoais são uma característica do coordenador atual [...] ele consegue passar o que ele quer mas de maneira muito suave, enquanto o anterior levantava a voz [...] este coordenador transmite mais coisas [...] atualmente há mais tranquilidade.”</p> <p>E3 – “Nem sempre falamos abertamente nas reuniões. [...] O ideal seria haver mais comunicação e diálogo, tentar compreender o que é que se passa connosco [...] existe alguma preocupação da coordenação em falar com cada grupo, mas muitas vezes só percebem quando já estamos no limite [...] os profissionais deviam sentir-se mais confortáveis a dizer aquilo que sentem sem receio de retaliação [...] muitas vezes as pessoas não se manifestam em Conselho Geral, apesar de não concordar com as decisões, e depois surgem os conflitos [...] não existe abertura.”</p> <p>E4 – “Nós temos reuniões multidisciplinares, mas também temos reuniões de pares, reuniões só de enfermagem, só de médicos e só de secretariado clínico, e acabamos por falar ali livremente uns com os outros [...] nestas reuniões, aproveitamos para fazer pressão de pares, para que a coordenadora não tenha que ser tão diretiva, não ter que dizer ‘Eu quero que trabalhes’, ‘Eu quero que tu faças’ [...] o sentir liberdade para se expressar em reunião geral poderá não ser transversal a todas as pessoas, mas eu sim, eu falo, dou a minha opinião. Regra geral, todas as opiniões dadas em reunião de Conselho Geral são tidas em consideração [...] dentro da minha unidade, a noção que tenho é que a relação entre os membros da equipa administrativa, médicos e enfermeiros é boa.”</p> <p>E11 – “Devemos falar quando precisarmos de dizer determinadas coisas, saber ouvir para escutar, e acho que se está a perder muito isso [...] acho que o ambiente organizacional está a piorar [...] se uma equipa tem medo de tomar decisões, com medo da gestão que está, isso é muito mau, porque aí o que prevalece é o medo [...] Isto não é um bom modelo de gestão [...] o SNS está em renovação, e quando eu digo em renovação, digo renovação de pessoas, pessoas mais novas e com outras mentalidades que vêm mudar isso [...] a coordenadora mais nova é mais dinâmica, não gosta tanto de papel, dá mais <i>feedbacks</i> aos <i>e-mails</i>, usa mais o WhatsApp e interage mais com a equipa.”</p> <p>E14 “O que o coordenador faz pelo ambiente organizacional, para a união da equipa, é uma paz podre [...] comunicação é muito importante e poderia melhorar [...] há uma falta de atenção para outro [...] mas a culpa não é sempre do coordenador.”</p>

<p>Envolvimento</p>	<p>E1 – “Em termos de ambiente organizacional, era mais organizado [...] tem havido uma desorganização e como consequência, uma degradação do processo organizativo da USF. Nesta coordenação, acho que cada um trabalha quase individualmente e não como equipa para atingir aquele fim, isto é, quando apresentam um resultado bom individualmente, deixam de trabalhar esse indicador [...] está a perder-se o trabalho em equipa nas USF [...]. é um modelo que já não me satisfaz.”</p> <p>E2 – “A nível de enfermagem acho que uns trabalham muito mais que outros [...] o ambiente organizacional é como em todo o lado, nem sempre está bem, mas na hora H, na hora da defesa do grupo, estamos lá juntos.”</p> <p>E4 – “O grupo profissional da minha unidade mais envolvida são os enfermeiros e os médicos, mas os enfermeiros estão muito mais envolvidos na elaboração de documentos da unidade [...] enfermagem andou muito tempo a remar sozinha e o barco foi mais ou menos aguentando, mas agora precisamos que todos remem e nem todos estão habituados a remar, nem ao mesmo ritmo. Os enfermeiros foram muito culpados porque foram trabalhando muito com os indicadores para cumprir objetivos e só começaram a exercer pressão para colaboração há poucos anos [...] sinto que faço equipa com um médico e valho a mesma coisa, no entanto, em situações particulares, como a de férias, às vezes, não parece.”</p> <p>E5 – “[...] estamos a lidar com personalidades e as pessoas que não fazem normalmente acham que fazem muito. Assim, quando são chamadas à razão ou se vitimizam ou não aceitam, consideram <i>bullying</i>, porque não são entendidas [...] existe trabalho que tem de ser feito por todos, um ‘bolo’, e quando uns fazem mais do que os outros o resultado é sobrecarga.”</p> <p>E6 – “Há neste contexto maior envolvimento de todos e maior responsabilidade para cada um; maior proximidade e coesão com todos os elementos da equipa, uma vez que todos trabalham em prol de um objetivo comum.”</p> <p>E8 – “Há sempre quem trabalhe mais do que os outros. Nós falamos sobre isso, os indicadores mostram isso.”</p> <p>E9 – “Neste momento, sinto a equipa bastante focada e unida nos nossos objetivos, impulsionada pela entrada de vários elementos novos, com maior motivação o que permite uma dinâmica de equipa mais forte e coesa.”</p> <p>E11 – “Há três anos que estou cá, acho que nem todos se esforçam da mesma forma [...] acho que o que falta nesta unidade, sendo muito sincero, é certas e determinadas pessoas verem um decréscimo nos seus ordenados, durante um mês, e se calhar iriam perceber que alguma coisa falta no seu desempenho.”</p> <p>E12 – “[...] das atividades que nós temos na USF, todos colaboramos uns com os outros, ou seja, a parte médica, a parte de enfermagem, a parte do secretariado clínico, estamos todos em colaboração com os outros para atingir os objetivos que nos são propostos.”</p> <p>E14 – “Ninguém quer estar aqui mais tempo, nem que seja para uma formação [...] elaboram-se os procedimentos que vão a conselho geral e ninguém dá opinião [...] era</p>
----------------------------	---

	<p>bom crescermos com as opiniões dos outros [...] as pessoas não se querem envolver [...] sobra tudo para o mesmo.</p> <p>E15 – “[...] todos são envolvidos nas funções da USF sendo distribuídas essas funções em conselho geral.”</p>
<p>Motivações</p>	<p>E1 – “Penso que se devia continuar a trabalhar todos os indicadores em prol da equipa [...] é preciso motivar os que são melhores, pois a motivação dos profissionais é um grande incentivo. Estando motivados são capazes de fazer coisas excelentes.”</p> <p>E3 – “A minha opinião relativamente ao modelo de gestão é boa, mas com uma ressalva que, em termos de motivação, falta um bocadinho.”</p> <p>E4 – “[...] independentemente da área, em qualquer organização, há pessoas que se sentem mais motivadas para colaborar com a equipa e outras menos que motivadas.”</p> <p>E5 – “Para quê se cansar se não se é reconhecido pelo trabalho feito. Os louros são iguais para os que fazem e para os que não fazem [...] nós somos avaliados pelos cliques que fazemos no Sclinico e isso não traduz trabalho real de ninguém [...] devia haver uma maneira que nos obrigasse a ter um trabalho equitativo, pois as vezes uns atendem 10 e outros atendem 30 utentes, por estar a trabalhar por lista médica e as agendas estarem a ser geridas por todos.”</p> <p>E7 – “Toda a coordenação tem que tentar que as pessoas se motivem para o bem da Unidade.”</p> <p>E8 – “Esta coordenadora, sim, motiva! Ainda hoje estivemos a falar dos indicadores e em que é que podemos fazer para melhorar, acho que trabalha bem [...] ela tenta motivar [...] às vezes até pode ser mal interpretada porque é muito direta e normalmente as pessoas que trabalham pouco não gostam muito de ser apontadas [...] há sempre pessoas que estão interessadas em pertencer a tudo para fazer currículo.”</p> <p>E9 – “[...] trabalhar numa USF modelo B origina sempre um incremento de trabalho, no entanto esse trabalho e esses objetivos quando atingidos são compensados através dos incentivos financeiros e do reconhecimento que a equipa neste momento transmite.”</p> <p>E10 – “Quanto à motivação, lá dentro, eu própria me motivo, pelas coisas que faço, as minhas tarefas.”</p> <p>E11 – “Quando nós trabalhamos numa unidade temos que ter foco [...] nós temos uma benesse que é monetária, as pessoas realmente têm que trabalhar todas para o mesmo, e note-se que nem todos trabalham para o mesmo [...] acho que cada vez mais as pessoas têm que entender que um modelo B, além de toda a capacidade que dá ao utente, nós, enquanto profissionais, temos um benefício monetário e, por isso, temos que trabalhar, temos que dar o nosso melhor, se não for pelo utente, cada um deve ser guiado por um objetivo [...] que para mim pode ser ajudar as pessoas e, para o meu colega, ser ganhar dinheiro, cada um deve ter a sua motivação, o ganhar ponderadas é motivação suficiente.”</p>

	<p>E12 – “Para fazer bem, as pessoas têm de ter motivação. Cabe também à gestão motivar as pessoas nas áreas em que estão a trabalhar [...] as pessoas têm de ser motivadas [...] Se alguns profissionais não estão tão bem, o coordenador tem que atuar, tomar medidas corretoras para que as coisas funcionem bem [...] Aliás, nós temos indicadores a cumprir e nesses indicadores vê-se o esforço que é feito em conjunto para melhorar a nossa prestação de cuidados [...] isto é como uma empresa, nós temos que produzir, temos que ter empenho para que a empresa vá para a frente.”</p> <p>E14 – “As pessoas já não só acatam as ordens, diretrizes ou que seja [...] as pessoas estão cansadas de cliques e cliques [...] são 14 anos de USF, as pessoas estão cansadas, e ninguém quer ficar mais horas aqui [...] ao fim de 14 anos já não estão motivadas para ficar mais [...] já não somos as mesmas pessoas [...] apesar de não ter piorado, evoluímos todos, fomos todos crescendo. Eu acho que isso é outro ponto-chave.”</p>
<p>Clima organizacional</p>	<p>E4 – “Utilizamos as reuniões de pares para sabermos como é que vamos organizar o trabalho... como é que vamos colaborar para o atingimento dos indicadores [...] vamos estabelecendo estratégias para perceber como é que cada uma está a trabalhar determinada problemática e vamos partilhando opiniões umas com as outras [...] se todos cumprirem com as suas responsabilidades, não será necessário sobrecarregar os outros [...] na minha unidade, a noção que tenho é que a relação entre os membros da equipa administrativa, médicos e enfermeiros corre bem.”</p> <p>E6 – “Ao novo modelo de gestão das USF, modelo de gestão participativa, acresce ao trabalho assistencial, funções de gestão a cada elemento da equipa [...] este aspeto traduz-se numa maior sobrecarga de trabalho, daí que as reuniões multiprofissionais sejam importantes, sejam benéficas para trabalho em equipa.”</p> <p>E7 – “É evidente que há pessoas que trabalham mais, há pessoas que trabalham menos, mas no cômputo geral as pessoas têm que se dar à unidade, senão não se consegue nada.”</p> <p>E10 – “Na minha USF, acho que tenho uma participação geral dos profissionais. Não digo uma participação assim muito ativa, mas sim, existe a participação de todos os profissionais [...] se cada um fizer bem a sua parte, tudo funciona bem.”</p> <p>E11 – A questão aqui é que, quando temos alguém, uma ou duas pessoas que querem mudar, querem tomar novas atitudes, querem implementar outras coisas novas, temos elementos que não querem [...] as coisas já não funcionam da mesma maneira e tenho notado que esta unidade tem perdido muitas qualidades [...] fico triste que isso aconteça...acho que todos nós temos de saber o nosso lugar. Acho que todos nós temos de ser profissionais acima de tudo [...] temos pessoas a assumir cargos, que foram eleitas para responsáveis e que acho que não estão a acrescentar nada [...] as coisas estão a mudar [...] as enfermagens também têm um interlocutor que é responsável por transmitir a informação à coordenação.”</p> <p>E12 – “Em termos da relação de uns com os outros, eu considero que nós estamos quase numa segunda família. Primeiro temos a de casa e depois a do trabalho. As vezes são feitos uns lanchinhos ou jantares para irmos conhecendo os profissionais enquanto pessoas e não ser só trabalho.”</p>

	<p>E14 – “[...] é um jogo do empurra, quem fez mal, não sei quem fez mal... Isso não é produtivo, isso não traz produtividade nem para quem ouve, nem para quem está de fora [...] sente-se mais tensão, não é tanto aquela maravilha, incrível [...] vai havendo por aqui ambientes de tensão [...] eu acredito que possa não ser só aqui [...] eu assumo sempre, ninguém daqui é a minha família [...] a minha família está noutra sitio.”</p> <p>E15 – “O ambiente da equipa de uma forma geral é bom mesmo já trabalhando há 15 anos juntos, temos uma equipa coesa disponível sem ausências prolongadas respeitando uns aos outros, mesmo com divergências de opinião.”</p>
<p>Formação</p>	<p>Perceções sobre a formação disponibilizada</p> <p>E1 – “As formações que se fazem na ARS são ridículas, bem espremidas não servem para quase nada, quando transmitidas aos restantes profissionais também não se tira nada dali, nada de novo [...] os enfermeiros devem melhorar a sua formação, fazer mais pós-graduações e investir mais nos mestrados de forma a tentarem fazer mais dentro da USF [...] acho que a enfermagem poderia melhorar na formação e na proatividade. Muitas vezes, o profissional tem formações individuais em áreas importantes e que não são aproveitadas para a USF.”</p> <p>E3 – “Não existem oportunidades de formação [...] podíamos ser mais pró-ativos na procura de formações, juntar algum dinheiro, não sei... podíamos ser mais proativos.”</p> <p>E7 – “Quanto mais formação cada um tiver nas suas áreas melhor é [...] a qualificação é importantíssima tanto na parte médica, como na enfermagem, como administrativa [...] na classe médica, deve-se manter; na classe de enfermagem, acho que temos pessoas com muito valor na parte de gestão e outros não tanto virados para a gestão; na classe administrativa, acho que estamos a melhorar, pois as formações académicas desse grupo profissional estão a melhorar. A qualificação é muito importante para a equipa.”</p> <p>E10 – “A formação em serviço é deficiente, mesmo muito deficiente [...] eu faço muita formação extra, porque gosto de fazer partilhas, de ter novos conhecimentos [...] a minha área de formação é contabilidade, mas já fiz formação na área do <i>reiki</i>, na área do <i>coaching</i>, de comunicação assertiva, atendimento ao público, atendimento telefónico, enfim, de curta duração, mas aprende-se sempre [...] acho que enfermagem é uma classe que faz muita formação, é uma classe que até tem oportunidade de ir fazendo, e fazem muita formação extra formação em serviço.”</p>

		<p>E12 – “Há várias formações que até a própria administração regional de saúde faculta e que se sentirem pouco à vontade, em determinados temas, poderão inscrever-se. A vantagem da formação será para cada um e para a equipa se houver a transmissão e partilha de conhecimentos [...] eu faço sempre a partilha do que aprendi numa formação com a equipa.”</p> <p>E14 – “Falta conhecimento! O conhecimento dá poder e a assertividade implica sempre que as pessoas tenham conhecimento [...] fazer muita formação em todas as áreas para dar conhecimento às pessoas, inclusive ao coordenador, para as pessoas serem mais assertivas.”</p>
	<p>Necessidades de formação (quantidade e tipo de formação)</p>	<p>E2 – “Acho que faz falta ter mais formação no trabalho, mais tempo, tipo uma manhã ou uma tarde [...] <i>team building</i>, há muita formas de <i>team building</i>, não tem de ser forçosamente exercícios. Há muitos tipos.”</p> <p>E3 – “Às vezes, poderíamos fazer melhor e temos ali uma barreira linguística, o inglês. Existe sempre o plano de formação anual e nós pedimos formações no início do ano, mas depois acabamos por não fazer muito [...] acho importante todos termos formação na área da gestão de recursos humanos porque estamos todos a lidar com pessoas, a equipa e os utentes, são pessoas.”</p> <p>E4 – “Estas reuniões de pares, multiprofissionais, são importantes, mas primeiro tem de haver formação, por exemplo, formação sobre os indicadores e estratégias para os trabalhar.”</p> <p>E10 – “O que acho que faria mais falta na minha equipa seriam a comunicação, <i>coaching</i>, sistemas de informação, estes quando vêm são apenas para os médicos, os secretários clínicos não têm <i>password</i> para entrar.”</p>