



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem

MODELOS DE PRÁTICA DE GESTÃO EM ENFERMAGEM NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Noémia Alexandra Botelho Paiva

MODELOS DE PRÁTICA DE GESTÃO EM ENFERMAGEM NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Noémia
Paiva

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem

MODELOS DE PRÁTICA DE GESTÃO
EM ENFERMAGEM NOS CUIDADOS DE
SAÚDE PRIMÁRIOS

NURSING MANAGEMENT PRACTICE
MODELS IN PRIMARY HEALTHCARE

Dissertação orientada por

Professora Doutor Maria Manuela
Ferreira Pereira da Silva Martins

e coorientada por

Professora Doutora Luísa Andrade

Noémia Alexandra Botelho Paiva

Porto | 2022

Os agradecimentos surgem a quem ajuda
porque precisamos e quem nos acompanha: às
minhas duas colegas e marido, sempre
presentes, e às orientadoras.

ABREVIATURAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

CS - Centros de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

EC - Empowerment de funções e a Capacidade

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

REPE - Regulamento do Exercício Profissional para Enfermeiros

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UCC - Unidades de Cuidados na Comunidade

USF - Unidades de Saúde Familiar

USP - Unidades de Saúde Pública

RESUMO

A problemática da gestão dos serviços da comunidade na área de enfermagem tem criado alguns problemas face à legislação em vigor, no modelo de organização dos ACES e na carreira de enfermagem, que além de exigirem reflexão, evidencia algum questionamento sobre as práticas dos enfermeiros em funções de gestão, o que nos leva a este estudo.

Objetivos: Compreender o papel do enfermeiro gestor nos Cuidados de Saúde Primários; analisar as estratégias dos enfermeiros gestores na prática da gestão na comunidade e descrever as vantagens e desvantagens expressas pelos gestores face à sua prática diária.

Metodologia: Estudo qualitativo de cariz fenomenológico e transversal, com a colheita de dados a partir de uma entrevista semiestruturada num conjunto de quatorze participantes das cinco ARS, Norte, Centro, Algarve, Açores e Madeira. Nos critérios de inclusão consideramos enfermeiros que desenvolveram atividades de gestão numa unidade de Cuidados de Saúde Primários há mais de um ano.

Resultados: Emergiram três redes: alinhamento com a instituição, competências acrescidas e avançadas em gestão e enquadramento da atividade do gestor. A primeira apresenta oito categorias: suportes facilitadores do papel; dificuldade ao desenvolvimento do papel; desmotivação com a carreira; expectativas; modelo de ser enfermeiro; focos do trabalho do gestor; base do processo de tomada de decisão e contributos para a mudança. A segunda apresenta as seis competências do enfermeiro gestor: prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde; gestão da mudança, desenvolvimento profissional e organizacional; gestão da qualidade e da segurança; planeamento, organização, direção e controlo; prática profissional ética e legal e assessoria. A terceira e última rede apresenta seis categorias: dia escolhido para relato com significado; prestação de cuidados; atividades relevantes; funções do gestor; papel institucional e incumbências diárias. Foi identificado o modelo emergente da gestão em enfermagem na comunidade que não se encontra indexado a uma teoria de gestão ou de enfermagem, mas antes tem contributos das duas áreas para cada ação identificada.

Conclusão: O modelo emergente da gestão em enfermagem na comunidade compreende competências e funções que visam o alinhamento com a instituição, o enquadramento das atividades de gestão e a manutenção das competências acrescidas e avançadas em gestão. Para o efeito, os pressupostos das funções da administração, planeamento, organização, direção e controlo, estarão sempre a acompanhar a tomada de decisão deste mesmo gestor para com a instituição, equipa e comunidade/utente.

Palavras chaves: enfermagem, gestão, Cuidados de Saúde Primários, modelos de gestão

ABSTRACT

The problem of managing community services in the area of nursing has created some problems in view of the legislation in force, in the organizational model of ACES and in the nursing career, which, in addition to requiring reflection, evidences some questioning about the practices of nurses in professional management roles, which leads us to this study.

Objectives: To understand the role of the nurse manager in primary health care; analyze the strategies of nurse managers in the practice of management in the community and describe the advantages and disadvantages expressed by managers in relation to their daily practice.

Methodology: Qualitative study of a phenomenological and transversal nature, since there are multiple ways of interpreting experiences in the face of the interpretations of others.

Results: Three networks emerged: alignment with the institution, increased and advanced skills in management and framework of the manager's activity. The first presents eight categories: facilitating paper supports; difficulty in developing the role; lack of motivation with the career; expectations; model of being a nurse; focus of the manager's work; basis of the decision-making process and contributions to change. The second presents the six competencies of the nurse manager: professional practice based on evidence and oriented towards obtaining health gains; change management, professional and organizational development; quality and safety management; planning, organization, direction and control; ethical and legal professional practice and advice. The third and final network has six categories: day chosen for meaningful reporting; provision of care; relevant activities; manager functions; institutional role and day-to-day tasks. The emerging model of nursing management in the community was identified, which is not indexed to a management or nursing theory, but rather has contributions from both areas for each identified action.

Conclusion: The emerging model of nursing management in the community comprises skills and functions aimed at aligning with the institution, framing management activities and maintaining increased and advanced management skills. For this purpose, the assumptions of the functions of administration, planning, organization, direction and control, will always accompany the decision-making of this same manager towards the institution, team and community/user.

Keywords: nursing, management, primary health care, management models

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA	9
1. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA.....	11
1.1. Contributos teóricos de enfermagem	11
1.1.1. Teorias de gestão de suporte à enfermagem.....	12
1.1.2. Contributos de Imogene King para a enfermagem	23
1.2. Contexto da gestão em enfermagem	25
1.3. O enfermeiro gestor nos Cuidados de Saúde Primários	32
2. PREPARAÇÃO PARA O TRABALHO DE CAMPO	37
2.1. Contexto e participantes.....	39
2.2. Instrumento de colheita de dados e procedimentos	40
2.3. Considerações éticas.....	42
2.4. Procedimentos de análise de dados	44
3. EMERGIR DO PAPEL DO GESTOR NA COMUNIDADE	47
3.1. Alinhamento com a instituição	48
3.2. Competências acrescidas e avançadas em gestão	62
3.3. Enquadramento da atividade do gestor	67
3.4. Sustentabilidade teórica para a prática dos enfermeiros gestores.....	76
4. CONCLUSÃO	85
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89
ANEXO I - Parecer da Comissão de Ética	97
ANEXO II - Consentimento informado	99
ANEXO III - Guião da entrevista	101
ANEXO IV - Tabela de correlação da rede competências em gestão/participante.....	105

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Caminhos para a construção do papel do gestor	47
FIGURA 2: Diagrama da rede de alinhamento com a instituição	49
FIGURA 3: Diagrama da rede de competências acrescidas e avançadas em gestão	63
FIGURA 4: Representação dos discursos face às competências acrescidas e avançadas em gestão	67
FIGURA 5: Diagrama da rede de enquadramento da atividade do gestor	68
FIGURA 6: Modelo emergente da gestão em enfermagem na comunidade	77

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Distribuição de palavras de inclusão para a categoria incumbências diárias.... 75

NOTA INTRODUTÓRIA

Com a evolução das organizações ao longo dos anos, não é difícil imaginar que hospitais e unidades de Cuidados de Saúde Primários (CSP) também tiveram de se adaptar às novas correntes de gestão.

Não possuindo anos de história como a medicina, podemos assumir que a enfermagem evolui relativamente rápido, contribuindo para o efeito a regulamentação do exercício da profissão. Na área da gestão a grande mudança surge nesta década com o Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão Nº 76/2018 da Ordem dos Enfermeiros (OE), que determina que o enfermeiro gestor é aquele que analisa “os fatores contingenciais, que de forma direta ou indireta, interferem nas atividades de planeamento, execução, controlo e avaliação; agrega valor económico à Organização e valor social aos enfermeiros; e o responsável, em primeira linha, pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem e o promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros; desenvolve o processo de tomada de decisão com competência relacional.” (Regulamento n.º 76/2018, de 30 de janeiro, OE, 2018)

Neste contexto surge a necessidade do desenvolvimento deste estudo, inserido num estudo mais alargado “Dos paradigmas à operacionalização da gestão em Enfermagem” da unidade de investigação CINTESIS, que visa compreender modelos de prática de gestão em enfermagem, dos três níveis de gestão: a nível estratégico ou institucional (gestão de topo da Organização); a nível tático ou intermédio (gestão de um conjunto de unidades e/ou serviços ou departamentos); a nível operacional (gestão de serviço e/ou unidade assistencial).

Considerando que a presente dissertação se enquadra no mestrado de Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem, limitaremos o estudo à gestão de nível intermédio e operacional. Esperamos que os enfermeiros gestores detenham competências que transcendem as competências de enfermagem e demonstrem conhecimentos e domínio de técnicas para gerir recursos humanos e materiais. Recordemos que os gestores como líderes devem repensar o modo como conduzem a equipa, bem como se as suas atitudes são marcantes na trajetória dos enfermeiros e também da organização à qual pertencem (Moura et al., 2017).

Compreendemos que os líderes são os principais responsáveis pela melhoria do desempenho, desenvolvendo, implementando e monitorizando a gestão dos serviços. É aos enfermeiros gestores que cabe a responsabilidade de garantir a qualidade dos cuidados que são prestados nos seus serviços, devendo motivar e alertar a equipa para uma prática de enfermagem de

qualidade, estando atentos às necessidades do utente para que os cuidados de enfermagem recebidos sejam de qualidade, garantindo a sua satisfação (Massod et al., 2017).

A pertinência deste estudo emerge da experiência do investigador, que após alguns anos a gerir recursos humanos e perceber a lacuna de gestão numa empresa de saúde privada, passa a investir na pesquisa do problema. Consideramos que os recursos humanos são a parte mais difícil de qualquer instituição. Reunir um grupo de pessoas de diferentes idades com ambições diferentes, em diferentes fases da sua vida, que nada mais têm em comum a não ser a profissão - enfermagem, não faz destes recursos uma equipa, por isso se torna um desafio para qualquer gestor.

A centralidade do estudo passa por compreender o modo de atuação do enfermeiro gestor em CSP e com isso fazer emergir modelos de atuação do enfermeiro gestor em CSP, pelo que recorreremos a uma metodologia qualitativa de cariz fenomenológico e transversal, uma vez que permite dar objetivo aos acontecimentos da vida quotidiana. Assim, utilizando as experiências dos enfermeiros gestores entrevistados será realizada uma nova interpretação face às existentes.

No enquadramento do processo de aprendizagem na área da gestão temos por objetivo demonstrar competências técnicas e comunicacionais sobre a investigação qualitativa, bem como relatar a experiência de ser investigador qualitativo desde a aproximação ao campo de colheita de dados, à transcrição das entrevistas e análise dos dados.

Esta dissertação é composta por três grandes capítulos. O primeiro apresenta um enquadramento teórico onde serão abordadas as correntes teóricas de gestão, seguido do contributo da teoria de Imogene King para a enfermagem, progredindo para o contexto da gestão em enfermagem e terminando com o enfermeiro gestor nos CSP. No segundo capítulo serão relatados os procedimentos metodológicos adotados, tais como, contexto e participantes, procedimentos de recolha de dados, considerações éticas e procedimentos de análise de dados. Terminaremos com a conclusão, bibliografia e posterior anexos. Como sustentação teórica, recorreremos à pesquisa bibliográfica em bases de dados, com foco nas temáticas alusivas à enfermagem, gestão e cuidados de saúde.

É expectável que o presente estudo una as várias teorias de gestão com as suas formas de atuação e determinem os modelos em uso pelos participantes - enfermeiros gestores.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

Iniciamos a pesquisa para compreender o problema aprofundando conceitos, a fim de se poder enquadrar e perceber toda a dinâmica em que os enfermeiros gestores, participantes do estudo, estão envolvidos. Nesta fase do relatório incluímos referências prévias que nos ajudaram a desenhar o estudo e engrandecer o domínio do tema a partir dos referenciais teóricos e conhecimento científico na área.

Tratando-se de um trabalho no âmbito de direção e chefia, as teorias de gestão ligadas à enfermagem não podiam ser esquecidas. É imperativo interpretar e assimilar as referidas teorias, que nos ajudam a compreender esta área como específica para a enfermagem, o que nos levou a explorar o problema à luz de Imogene King, para que posteriormente se conseguissem obter modelos de prática de gestão em enfermagem nos CSP. Compreender a evolução do Serviço Nacional de Saúde (SNS) é fundamental para compreender onde os gestores em enfermagem se encontram inseridos, bem como perceber as alterações na carreira de enfermagem.

1.1. Contributos teóricos para enfermagem

Depois de uma leitura de alguns referenciais teóricos de enfermagem e teorias de gestão que poderão dar suporte à análise do problema do trabalho de gestão em enfermagem, limitamos a organização deste capítulo aos contributos de Imogene King para a enfermagem e para o trabalho em si. Serão contextualizados a gestão em enfermagem e o enfermeiro gestor nos CSP.

No que concerne às teorias de gestão, serão abordadas a teoria clássica, a teoria humanística, a teoria neoclássica e a teoria contemporânea. Embora se reconheça a sua existência, não será abordada a teoria quantitativa (aplicação da matemática e da estatística à gestão e da investigação operacional) uma vez que não se pressupõe a sua utilização no estudo. Será ainda realizada uma breve menção à gestão presente/futura.

Imogene King foi a teórica escolhida, pela sua teoria de alcance de metas e pela forma como faz a interpretação dos sistemas em que enfermeiro e cliente estão inseridos, pelo que se tentará relacionar enfermeiro gestor e sua equipa pelos mesmos princípios.

Muito importante será explanar o conteúdo do enfermeiro gestor e a sua atual gestão em CSP face à evolução do SNS, até à criação das atuais Unidades de Saúde Familiar (USF).

1.1.1. Teorias de gestão de suporte à enfermagem

Transpondo toda a temática à enfermagem, é necessário perceber que embora historicamente esta seja uma profissão já do século XIX, romantizada pelo mito da enfermeira como “anjo da guarda” à cabeceira do doente, protagonizada por Florence Nightingale, esta foi também pioneira no desenvolvimento de estudos estatísticos, utilizando a análise dos dados e os gráficos como uma porta para o bom entendimento, realizando resumos numéricos e calculando taxas de mortalidade detalhadas. Com o progresso dos CSP, existiram conceitos que se começaram a abordar, como modelos de gestão do tipo empresarial, unidades a regime de incentivo, avaliação da satisfação dos utentes e dos profissionais, entre outros. Assim, tomamos consciência da presença de variações nos modelos de gestão (Felicio & Rodrigues, 2017).

Os conceitos de gestão e administração há muito que se misturam. Muito embora possam aparentemente ter características e empregabilidade diferentes, não são conceitos que sobrevivam em separado. Chiavenato (2004, p.22) define administração como “a maneira de governar organizações ou parte delas. É o processo de planejar, organizar, dirigir e controlar o uso de recursos organizacionais para alcançar determinados objetivos de maneira eficiente e eficaz”. Dias (2002) completa a ideia, afirmando que é impensável que o gestor de hoje não compreenda que deve ter todos os conhecimentos necessários sobre a parte técnica, administrativa, de mercado e de recursos humanos.

Partilhando do mesmo ponto de vista, soma-se a ideia de gestão como uma ciência humana, que se dedica à administração de empresas ou de outras instituições, com o objetivo de alcançarem os seus objetivos de forma eficaz e eficiente. Na gestão, verifica-se uma ligação direta com a administração dos recursos disponíveis na organização, quer sejam materiais, financeiros, humanos ou tecnológicos (Costa, 2021).

A tarefa da gestão é interpretar os objetivos propostos e transformá-los/levar a cabo a ação empresarial, através de planeamento estratégico. Embora liderança e gestão possam ser sinónimos, é a forma como o gestor se posiciona face à liderança que determina a categoria que ocupa. É também um bom líder que faz com que uma equipa consiga levar a cabo um bom planeamento.

Considera-se o início da gestão com a revolução industrial, uma vez que até ao ano de 1900 a temática de gestão pouco foi abordada, apenas uma breve alusão foi feita à divisão de tarefas do trabalho fabril (Costa, 2021). Sintetizando, as principais abordagens podem ser agrupadas em cinco grandes categorias: perspetiva clássica, humanística, neoclássica, quantitativa e contemporânea. Dentro da perspetiva clássica temos o Taylorismo, o Fayolismo e a teoria das burocracias. A perspetiva humanística contempla a teoria das relações humanas, a teoria comportamental e a teoria do desenvolvimento organizacional. Da perspetiva neoclássica faz parte a gestão por objetivos. A abordagem quantitativa é desenvolvida pela matemática e estatística na gestão e pela investigação operacional. Por sua vez, a perspetiva contemporânea engloba a teoria dos sistemas e da contingência. Costa (2021) também já aborda uma perspetiva de evolução futura.

A **gestão científica de Frederick W. Taylor**, em 1911, foi considerada o pilar para o desenvolvimento da gestão. Pretende, pela aplicação do método científico, fornecer uma base de análise dos problemas de gestão com vista a alcançar uma maior eficiência industrial e com isso uma maior produtividade. Como pressupostos da sua ideia base, Taylor defende que a aplicação do método científico é a única e melhor maneira de realizar o trabalho. Os trabalhadores são selecionados de forma científica, ou seja, aqueles que melhor desempenharão a tarefa. Investe no treino, educação e desenvolvimento dos trabalhadores de modo a melhor desempenharem as tarefas e a relação saudável entre trabalhadores e gestor (Costa, 2021).

O taylorismo privilegia a atenção para o método de trabalho, para os movimentos necessários à execução de uma tarefa e para o tempo determinado para a sua execução. Todo este planeamento cuidado e listado das funções e *timings* do trabalhador deram origem à chamada organização racional do trabalho que se caracteriza por uma análise do trabalho e dos tempos de movimento; estudo do cansaço do trabalhador; divisão e conseguinte especialização do trabalhador; eleição de cargos; incentivos salariais e prémios; *homo economicus* (o homem é sempre racional nas suas decisões económicas e financeiras, optando por aquilo que traz o melhor custo-benefício em todas as escolhas); condições ambientais de trabalho; padronização de métodos de trabalho e supervisão (Chiavenato, 2004).

Fayol, na teoria geral da administração - Escola Clássica, descreve não só as funções da administração (planear, organizar, comandar, coordenar e controlar), como as do processo administrativo (planeamento, organização, comando, coordenação, controlo) (Costa, 2021). Chiavenato (2004) explica quais são as funções do administrador para Fayol, localizáveis em qualquer nível de gestão: prever (o futuro e delinear o programa de ação); organizar (bens materiais e sociais da empresa); comandar (e orientar o pessoal); coordenar (esforços coletivos) e controlar (para que tudo ocorra de acordo com as ordens dadas).

Fayol, que pretendeu aumentar a eficácia da gestão, sugere então quatorze princípios gerais da gestão/administração, que pela sua importância passamos a descrever. Podemos verificar a necessidade da divisão do trabalho, considerando o autor que a experiência leva à especialização. A organização do trabalho nas empresas leva à necessidade de criar ordem e poder, implicitamente, responsabilidade, o que nos leva ao princípio da autoridade. Numa visão em que são necessários fornecer incentivos aos trabalhadores, também poderão ser necessárias reprimendas, pelo que o sentido de disciplina deve estar presente. Devem ser criadas secções, de forma a que os trabalhadores recebam as ordens provenientes sempre do mesmo superior hierárquico/unidade de comando. É importante que metas da empresa estejam bem alinhadas para que todos caminhem para um mesmo objetivo. Embora sem descurar os interesses individuais, os interesses da organização devem ser vistos como preferidos em relação aos individuais.

Em ordem a manter a justa remuneração para empregador e empregado deverão ser tidas em conta algumas considerações, como o custo de vida e o sucesso da empresa. A gestão da empresa poderá ser tão mais centralizada quanto mais necessário for, ou ao contrário; no entanto, deve ser hierarquizada da gestão de topo até aos níveis mais baixos. De forma a estabelecer alguma ordem, quer os materiais, quer os recursos humanos, devem estar alocados no sítio e hora certa. Os trabalhadores devem ser tratados de forma igual, promovendo a equidade entre eles. Os bons trabalhadores devem ser cativados e mantidos na organização. A rotatividade de mão-de-obra reproduz-se em perda de produtividade. Os gestores devem encorajar as iniciativas dos trabalhadores e fomentar o espírito de equipa para unificar a organização. Ainda que não sendo um dos quatorze princípios, Fayol aconselhava, por exemplo, a comunicação verbal e informal em vez da escrita e formal, e mais tarde acrescenta seis atividades fundamentais: a comercial, técnica, de segurança, contabilidade, financeira e de administração (Costa, 2021).

A **teoria das burocracias de Max Weber**, de 1864 a 1920, defendia um sistema ordenado de supervisão e subordinação e uma unidade de comando que se regia por regras e regulamentos que eram descritos detalhadamente em manuais. Esta mesma teoria levava a um tratamento equitativo de todos os empregados, uma vez que a cada um eram atribuídas áreas específicas de atuação e responsabilidades na base da sua competência (Costa, 2021).

Para Weber, a burocracia é uma organização eficiente por natureza. Esta apresenta as seguintes características: normas e regulamentos legais; comunicações formais; racionalidade e divisão do trabalho; impessoalidade nas relações; hierarquia de autoridade; rotinas e procedimentos; competência técnica; especialização da administração; profissionalização dos participantes e previsibilidade do funcionamento (Chiavenato, 2004).

Weber também enumerou as vantagens da utilização da teoria burocrática: racionalidade em relação ao alcance dos objetivos da organização; precisão na definição do cargo; rapidez nas decisões, pois cada um conhece o que deve ser feito; univocidade de interpretação,

garantida pela regulamentação específica e escrita; uniformidade de rotinas e procedimentos; continuidade da organização por meio da substituição do pessoal (as escolhas do pessoal baseiam-se na capacidade e na competência técnica); redução do atrito entre as pessoas, já que cada funcionário conhece o que é exigido dele, as suas responsabilidades e as dos outros; constância, pois os mesmos tipos de decisão devem ser tomados nas mesmas circunstâncias; confiabilidade, uma vez que o negócio é conduzido através de regras conhecidas e ainda acarreta benefícios para as pessoas na organização (Chiavenato, 2004).

A **teoria das relações humanas** preocupou-se com o esmagamento do Homem pelo brusco desenvolvimento da civilização industrializada. A escola das relações humanas, concluem após vários estudos (sendo um muito importante, as “experiências de Hawthorne”, que começaram em 1924 e se prolongaram até 1932) que a essência do movimento das relações humanas reside no pressuposto de que a chave para o alcance de elevadas produtividades está no grau de satisfação do empregado no seu trabalho (Costa, 2021). Ainda se verificou que os trabalhadores se organizavam em grupos informais com normas e regras onde uns detêm a capacidade de liderança e outros de serem liderados. Esta teoria acaba por ser altamente criticada principalmente no que respeita aos conflitos entre trabalhador e empresa (Costa, 2021).

A abordagem humanística faz com que a apreensão com a máquina e com o método de trabalho e a apresentação da organização formal dos princípios de administração cedam prioridade para as pessoas e grupos sociais. Dos aspetos técnicos e formais verifica-se uma preocupação com os aspetos psicológicos e sociológicos (Chiavenato, 2004).

A teoria das relações humanas tem a sua origem no pressuposto de que existe a necessidade de humanizar e democratizar a administração, libertando-a dos conceitos rígidos da teoria clássica e adequando-a aos novos padrões de vida. O desenvolvimento das ciências humanas, principalmente da psicologia (e das suas aplicações à organização industrial), vieram demonstrar a adequação dos princípios da teoria clássica. As ideias da psicologia dinâmica de Kurt Lewin foram fundamentais para o humanismo na administração. Mais ainda, as conclusões da experiência de Hawthorne, sob a coordenação de Elton Mayo, foram essenciais para colocar em causa os postulados da teoria clássica da administração (Chiavenato, 2004).

Em função da dinâmica de grupo, o método e a máquina perdem a sua primazia e assim surge, com a teoria das relações humanas, uma nova conceção sobre o Homem - o Homem social. Aqui se verifica uma alteração do foco desempenho do gestor: outrora a máquina, agora passamos para o trabalhador, pelo que em torno deste surgem outras correntes filosóficas como as da motivação. A motivação procura explicar o porquê das pessoas se comportarem de determinada maneira. A administração científica descrevia o *homo economicus*, segundo o qual o Homem é motivado pelo dinheiro e pelas recompensas salariais e materiais do trabalho. Elton Mayo e equipa propuseram que o ser humano é

motivado, não por estímulos salariais e económicos, mas por recompensas sociais (Chiavenato, 2004).

A teoria das relações humanas aceita que todo o comportamento humano é motivado e que a motivação persistente visa a satisfação de necessidades, o que nos leva ao conceito de ciclo motivacional, onde o organismo humano permanece em estado de equilíbrio psicológico até que um estímulo o interrompe e crie uma necessidade. Essa necessidade provoca um estado de crise, em substituição do estado de equilíbrio anterior. A crise desencadeia uma ação para alcançar a satisfação da necessidade. No entanto, a satisfação das necessidades pode nem sempre ser alcançada na sua plenitude. No caso de existir um obstáculo que impeça a satisfação da necessidade pode ocorrer frustração, que impede que a tensão existente seja libertada, e mantém o estado de crise. Além da satisfação ou frustração da necessidade, o ciclo motivacional pode ter uma terceira solução: a compensação ou transferência, que ocorre quando o indivíduo tenta satisfazer uma necessidade impossível de ser satisfeita, através da satisfação de uma outra necessidade semelhante (Chiavenato, 2004).

Foi a **teoria behaviorista ou comportamental** que mais beneficiou com os fundamentos e contributos do estudo sobre a motivação humana, tendo sido utilizada para melhorar a qualidade de vida dentro das organizações.

Herzberg (em 1959) formulou a teoria dos dois fatores para explicar o comportamento das pessoas durante o trabalho. Para o autor existem dois fatores que determinam o comportamento das pessoas: fatores higiénicos ou extrínsecos e fatores motivacionais ou intrínsecos. Os fatores higiénicos estão localizados no ambiente que rodeia as pessoas e abrangem as condições de trabalho; os principais são: salário, benefícios sociais, tipo de chefia ou supervisão, entre outros. As pesquisas de Herzberg revelaram que quando os fatores higiénicos são ótimos apenas evitam a insatisfação dos empregados e que quando são precários provocam a sua insatisfação; devido ao seu carácter negativo, estes fatores são também reconhecidos como fatores insatisfacientes. Por sua vez, os fatores motivacionais estão relacionados com o conteúdo do cargo e com a natureza das tarefas que a pessoa desempenha. Estes estão sob o controlo do indivíduo e correspondem a sentimentos de crescimento individual, reconhecimento profissional e autorrealização, dependendo das tarefas que o indivíduo realiza. Quando os fatores motivacionais são ótimos, provocam a satisfação nas pessoas e quando são precários, evitam a satisfação; por estarem relacionados com a satisfação, são também reconhecidos como fatores satisfacientes (Chiavenato, 2004). Em relação ao desenvolvimento das condições satisfacientes as organizações devem delegar responsabilidade para as pessoas alcançarem objetivos comuns, utilizar grupos de trabalho semi-autónomos, enriquecimento do cargo, dar *feedback*, como elogios e críticas, e providenciar treino e desenvolvimento das pessoas. A teoria comportamental privilegia as organizações democráticas, menos estruturadas hierarquicamente e menos autocráticas, baseadas na equalização do poder (Chiavenato, 2004).

De acordo com Costa (2021), a teoria comportamental ou behaviorista de Kurt Lewis, Douglas McGregor, entre outros, recusa a ideia isolada da motivação, de que a satisfação dos trabalhadores contribuía intrinsecamente para o aumento da eficiência do trabalho. Continua a dar ênfase às pessoas, mas num contexto organizacional mais amplo. A relação da psicologia organizacional com a gestão pretende tornar a organização como um sistema de decisões. É na presença de alguém que toma decisões, que emerge o conceito de homem gestor, sendo que este deveria motivar as pessoas tendo por base a teoria da motivação de Maslow, segundo a qual as pessoas são motivadas por necessidades não satisfeitas. Maslow elaborou a tão conhecida Pirâmide das Necessidades de Maslow cujas necessidades (da base para o topo) estão ordenadas por: fisiológicas, segurança, sociais, estima e autorrealização. Herzberg tentou determinar fatores de satisfação e insatisfação no trabalho, podendo-se então concluir que os fatores de satisfação profissional eram distintos dos fatores de insatisfação, sendo que os primeiros estão relacionados com a própria tarefa e os segundos com o ambiente, alheios à tarefa.

A **teoria do desenvolvimento organizacional** evidencia a importância do estudo da estrutura e dá relevância ao estudo do comportamento humano nas organizações. Assim, são consideradas quatro variáveis independentes neste modelo teórico: o meio ambiente, a organização, o grupo social e o indivíduo. Acredita-se que a tendência normal de uma organização é o seu desenvolvimento, o que acarreta uma grande adaptação à mudança, aos novos mercados, às tecnologias e aos novos desafios com que a organização é confrontada. O enfoque desta teoria continua a ser nos recursos humanos, pois a única maneira de mudar uma organização é mudando o clima organizacional e a forma como os recursos humanos se sentem em relação à sua organização. Desta forma, a organização tem de ser vista como um sistema aberto (Costa, 2021).

No que concerne ao papel desempenhado pelos gestores, a abordagem desenvolvida por Mintzberg (em 1979) acrescenta que ao comportamento dos gestores complementa a das várias teorias baseadas no comportamento, como as teorias da comunicação, do desenvolvimento, da dinâmica de grupos, da liderança, entre outras. De facto, põe em destaque o indivíduo e a motivação (papéis interpessoais), a comunicação (papéis de informação) e a liderança e tomada de decisões (papéis de decisão). Definiu então dez papéis que caracterizam um líder: figurativo, dirigente, relacional, informador, recetor, disseminador, transmissor, decisional, empreendedor, solucionador de distúrbios, distribuidor de recursos e negociador. (Chiavenato, 2004)

As teorias sobre a liderança que foram apresentadas pelos humanistas podem ser classificadas em três grupos: teorias de traços de personalidades (características marcadas de personalidades possuídas pelo líder), que podem ser físicos, intelectuais, sociais ou relacionados com a tarefa; teorias sobre estilos de liderança (maneiras e estilos de se comportar adotadas pelo líder) e teorias situacionais de liderança (adequação do comportamento do líder às circunstâncias da situação).

Com a exceção das teorias situacionais, que partem do princípio de que não existe um único estilo de liderança válido para toda e qualquer situação, qualquer uma destas teorias estudam a liderança em termos de estilos de comportamento do líder em relação aos seus subordinados (Chiavenato, 2004). Na situacional, cada situação requer um tipo de liderança para alcançar eficácia dos subordinados. Nenhum dos extremos é absoluto, pois autoridade e liberdade nunca são ilimitadas. Para escolher o padrão de liderança a adotar em relação aos subordinados, o administrador deve avaliar as três forças que interagem em simultaneamente: situação, administrador e subordinado (Chiavenato, 2004).

Os três estilos de liderança mais comumente falados são o autocrático, o democrático e o liberal/*laissez-faire*. Numa liderança autocrática, o líder fixa os objetivos sem a intervenção do grupo; determina a forma de execução das tarefas, cada uma por sua vez, e qual cada um deverá desempenhar; estamos perante um líder dominador e pessoal nas críticas /elogios. Face à liderança democrática, verifica-se que as orientações são discutidas pelo grupo de trabalho, assistido pelo líder; é o grupo que esboça as orientações para atingir o objetivo sob aconselhamento do líder; a divisão das tarefas fica a cargo dos elementos do grupo; estamos então perante um líder que pretende ser um membro do grupo e que se limita aos factos quando pretende tecer elogios/críticas. Por fim, numa liderança liberal, o líder tende a participar muito pouco ou apenas se solicitado, pelo que as decisões são tomadas pelo grupo, sendo este que divide as tarefas; o líder não faz a avaliação do grupo, apenas comenta as actividades desenvolvidas (Chiavenato, 2004).

Um conceito que parece ainda ser recente, mas que faz todo o sentido ser abordado e relacionado com o comportamento de inovação dos enfermeiros no ambiente de trabalho, onde os enfermeiros gestores procuram na sua equipa conhecimento amplo e desempenho profissional nos diferentes aspetos organizacionais, é o de liderança transformacional. Em traços largos, a liderança transformacional pode ser observada por um modelo de cinco práticas: traçar o caminho, inspirar uma visão partilhada, desafiar o processo, capacitar os outros a agir e encorajar o coração. O modelo teórico dessas práticas é reconhecido internacionalmente e mais recentemente vários estudos destacaram a sua potencialidade para a liderança em enfermagem (Silva et al., 2016).

Segundo o estudo levado a cabo por Silva et al. (2016) das cinco práticas de liderança, a prática capacitar os outros a agir é a utilizada mais frequentemente. Assim, líderes que procuram a colaboração da sua equipa, criando laços de confiança e facilitando as relações ao estimularem a participação no planeamento e a prestação e avaliação da assistência, têm maior probabilidade de obterem sucesso. Atender à equipa é apenas uma pequena parte do planeamento, organização e gestão de uma unidade/serviço (Silva et al., 2016).

Ainda em relação a esta prática, no estudo de Silva et al. (2016), os enfermeiros gestores declararam com maior frequência o comportamento de tratar os outros com dignidade e respeito e de desenvolver relações cooperativas entre as pessoas com quem trabalham. Na

equipa, o enfermeiro, ao adotar essa prática de liderança, participa no trabalho da mesma, oferecendo atenção no que se refere à comunicação interpessoal. Portanto, o sucesso da liderança não está exclusivamente a cargo do líder, mas também do relacionamento e envolvimento dos subordinados.

Ainda recorrendo a Silva et al. (2016), cabe destacar que a liderança tem poucas hipóteses de avançar na enfermagem se não for incentivada por meio de atitudes inovadoras, investimentos coletivos e união de todos da equipa, aspetos caracterizados como positivos nas práticas de liderança identificadas.

De acordo com Costa (2021) a **abordagem Neoclássica** surge na década de cinquenta e regressa aos conceitos da abordagem clássica. Defendida por Chiavenato, tem como principais características a ênfase na prática da administração; a reafirmação dos postulados clássicos; o enfoque nos princípios gerais da administração clássica e a ênfase nos resultados e objetivos.

Verificam-se cinco fundamentos principais da teoria neoclássica: a administração é um processo operacional composto por funções, como planeamento, organização, direção e controlo; a administração envolve uma variedade de situações organizacionais e precisa fundamentar-se em princípios básicos que tenham valor preditivo; a administração é uma arte que se deve apoiar em princípios universais; os princípios de administração são verdadeiros; a cultura e a parte biológica afetam o meio envolvente do administrador. É nesta fase que o conceito de organização formal sofre uma reestruturação, passando a estar orientado para o objetivo económico de produzir bens ou serviços. Tem então como princípios fundamentais a divisão do trabalho, a especialização, a hierarquia e a amplitude administrativa (Chiavenato, 2004).

Em função da divisão do trabalho verificou-se uma simplificação dos operários e posteriormente do pessoal mais elevado, bem como uma especialização e posterior melhor aproveitamento do trabalho especializado, recorrendo à departamentalização. Assim, com a divisão do trabalho, a organização empresarial passa a desdobrar-se em três níveis administrativos, necessários ao desempenho das tarefas administrativas: nível institucional, composto por dirigentes e diretores da organização; nível intermediário, composto pelos gerentes; nível operacional, composto por supervisores, que administram a execução das tarefas e as operações da empresa (Chiavenato, 2004).

Embora possamos depreender que as competências de gestão estejam sempre associadas à gestão de topo, Costa (2021) esclarece um pouco melhor os três tipos de gestão: a nível institucional, a gestão caracteriza-se fundamentalmente por uma forte componente estratégica, ou seja, pelo envolvimento da totalidade dos recursos disponíveis na determinação do rumo a seguir (geralmente associado a ações com implicações de médio e longo prazo) e pela formulação de políticas gerais; no nível intermédio predomina uma componente tática que se caracteriza pela movimentação de recursos em curto prazo e pela

elaboração de planos e programas específicos relacionados com a área ou formação do gestor; no nível operacional prevalece a componente técnica e a atividade destes gestores traduz-se fundamentalmente na execução de rotinas e procedimentos. São os supervisores, chefes de serviço, chefes de secção, entre outros. Entre os diferentes tipos de gestão deve existir a passagem de informação para que as tarefas ocorram e o desempenho da empresa se mantenha, pelo que surge o conceito de delegação, que corresponde ao processo de transferir autoridade e responsabilidade para posições inferiores na hierarquia. Muitas organizações encorajam os gerentes a delegar autoridade aos níveis mais baixos para proporcionar o máximo de flexibilidade para satisfazer as necessidades do cliente e para se adaptar ao ambiente (Chiavenato, 2004).

Chiavenato (2004) descreve as quatro funções da administração que compõem o processo administrativo, nomeadamente, planeamento, organização, direcção e controlo. No planeamento, deve-se definir a missão, formular objetivos e definir os planos e meios para alcançá-los, programando as atividades. Na organização, deve-se dividir o trabalho, designar as atividades e agrupá-las por cargos, alocar os recursos que permitam maior eficácia e eficiência e definir responsabilidades. Na direcção, reconhecem-se as pessoas competentes para a função, coordenam-se esforços, motiva-se, lidera-se e orienta-se a equipa. No controlo, definem-se os padrões, monitoriza-se e analisa-se o desempenho e tomam-se ações corretivas relativamente aos recursos humanos, financeiros, materiais, tecnológicos e de informação.

No seguimento evolutivo da gestão como ciência e das teorias que corroboram toda a sua pertinência, a **gestão por objetivos** por Peter Drucker implica uma técnica sistemática de gestão com um forte destaque no planeamento e controlo. Detém como características: definição de um conjunto de objetivos entre o executivo e o superior; estabelecimento de objetivos para cada departamento; integração dos objetivos departamentais; elaboração de planos táticos e operacionais; mensuração e controlo dos resultados; sistema contínuo de avaliação; revisão e reciclagem do plano; participação atuante da chefia; formação e treino do *staff* (Costa, 2021).

A administração por objetivos é um método no qual as metas são definidas em conjunto pelo gerente e seus subordinados, passando, portanto, a ter objetivos em comum, onde, não obstante as responsabilidades serem especificadas para cada um em função dos resultados esperados, que passam a constituir os indicadores ou padrões de desempenho sob os quais ambos serão avaliados, partem de um ponto em comum. (Chiavenato, 2004) O facto de existirem objetivos a avaliar permite uma finalidade comum e trabalho em equipa; estes servem de base para avaliar planos e evitam erros, melhoram as possibilidades de previsão do futuro e, quando os recursos são escassos, ajudam a orientar e prever a sua distribuição (Chiavenato, 2004).

A **abordagem quantitativa** ou Teoria Matemática evoluiu durante a II Guerra Mundial e visa dar respostas matemáticas e estatísticas nos teatros de guerra. Após a guerra, essas soluções passaram a ser utilizadas nas empresas públicas americanas e privadas. Estes modelos procuram arranjar soluções matemáticas para a resolução de problemas e para a tomada de decisões. Executam simulações, simplificando a realidade (Costa, 2021).

A tomada de decisão é, portanto, o ponto central da abordagem quantitativa, sendo estudada sob duas perspectivas: a do processo e a do problema. A perspectiva do processo foca-se nas etapas da tomada de decisão, onde o objetivo é selecionar a melhor alternativa de decisão, e formula uma sequência de três etapas simples: definição do problema; quais as alternativas possíveis de solução do problema; qual é a melhor escolha. A perspectiva do problema está orientada para a resolução de problemas; não indicando alternativas quando as situações pedem vários modelos de implementação (Chiavenato, 2004).

No que concerne à **investigação operacional**, esta utiliza o método científico como estrutura para a solução dos problemas, valorizando mais o julgamento objetivo que o subjetivo. Desenvolve-se por seis fases: formulação do problema; construção de um modelo matemático para representar o modelo em estudo; dedução de uma solução do problema; teste do modelo e da solução; estabelecimento do controlo sobre a situação; implementação da solução (Costa, 2021).

A **teoria geral dos sistemas** surge com o biólogo alemão Ludwig von Bertalanffy e pretende produzir teorias e formulações conceituais para aplicações na realidade empírica, em vez de solucionar problemas ou tentar arranjar soluções práticas. A teoria geral dos sistemas fundamenta-se em três premissas básicas: os sistemas existem dentro de sistemas; os sistemas são abertos; as funções de um sistema dependem da sua estrutura. A compreensão de que cada sistema é constituído de subsistemas e, ao mesmo tempo, faz parte de um sistema maior, o supra-sistema, e assim sucessivamente, ajuda a perceber a dimensão da abrangência da teoria. Neste seguimento, é importante reconhecer que cada sistema é aberto e sofre permanentes trocas com o meio, existindo dentro de um meio ambiente constituído por outros sistemas. É também importante realçar que cada sistema tem um objetivo ou finalidade de fazer o intercâmbio com outros sistemas dentro do meio ambiente (Chiavenato, 2004).

Mais tarde, Daniel Katz e Robert Kahn, no desenvolvimento desta teoria, defendem uma organização como um sistema aberto, ou seja, uma entidade que interage com as variáveis do ambiente que a rodeia. Apresentam então quatro princípios básicos para a sua teoria. Em primeiro lugar, um sistema é composto por um conjunto de subsistemas interdependentes e inter-relacionados: os vários departamentos (financeiro, comercial, produção, etc.) nas empresas correlacionam-se e co dependem uns dos outros. Depois, é aberto e dinâmico, recebe energia dos outros sistemas com os quais interage (recursos humanos, materiais, físicos, etc.), com os quais troca informações e a quem fornece também

o resultado do seu processo, os outputs (os produtos ou serviços produzidos, no caso das empresas). Além disso, desenvolve uma procura permanente de informação e feedback ou retroalimentação, que origina as medidas adequadas para normalizar a situação (Costa, 2021).

A **teoria contingencial**, de acordo com Chiavenato (2004), pretende demonstrar que não se alcança a eficácia organizacional seguindo um único modelo. Tendo em vista o alcance dos múltiplos objetivos das organizações dentro de um ambiente, também este variado, a teoria da contingência apresenta os seguintes aspetos básicos, que permitem uma melhor compreensão: a organização é um sistema aberto; as características organizacionais apresentam uma interação entre si e com o ambiente; as características ambientais funcionam como variáveis independentes, enquanto as características organizacionais são variáveis dependentes.

Para esta mesma teoria, Costa (2021) explica que os gestores acabam por atuar um pouco mediante as situações com que se deparam, já que numa organização nada é absoluto, tudo é relativo. Verifica-se a existência de variáveis independentes (ambientais) e dependentes (técnicas de gestão) e é compreendendo esta interação que se conclui que não pode existir uma única forma ótima de gerir uma organização.

A perspetiva da **evolução futura** demonstra ser uma das tendências que tem sido apontada como característica da época que atravessamos, a da passagem de uma sociedade industrial para a sociedade da informação. O crescente desenvolvimento da área das tecnologias da informação, bem como as novas formas de organização, tem vindo a extinguir muitos dos cargos de gestores intermediários. Estamos cada vez mais familiarizados com conceitos de trabalho flexível, temporário, teletrabalho, entre outros. Globalização de negócios e descentralização de empresas são conceitos que pressupõe um gestor bem formado e treinado para fazer face à mudança e adaptado ao que possa vir. É também cada vez mais notória a preocupação com o consumidor/cliente (Costa, 2021).

Chiavenato (2004) entende que as organizações bem-sucedidas são também aquelas que investem na inovação, satisfazendo as necessidades dos seus clientes, alterando o seu conceito de produto/serviço rapidamente; estabelecem metas elevadas; estimulam os funcionários a adquirir múltiplas habilidades, fornecendo-lhes as melhores ferramentas para o desempenho das funções; valorizam o empreendimento; investem na formação e colaboram com parceiros.

Na era volátil da informação, o recurso mais importante deixa de ser o dinheiro, passando a ser o conhecimento. O capital financeiro tem o seu peso relativo, mas este depende totalmente do conhecimento de formas de aplicá-lo e rentabilizá-lo adequadamente. Assim, as organizações bem-sucedidas são sempre aquelas que sabem motivar as pessoas e investem na sua aprendizagem para que apliquem os seus conhecimentos na solução dos problemas e na procura da mudança e da inovação (Chiavenato, 2004).

Verificou-se então a abordagem ao longo dos anos de várias teorias relacionadas com a gestão. Não obstante se poderem considerar umas teorias mais adequadas que outras, é verdade que um bom gestor e líder deve ter ao seu alcance todos esses conhecimentos para poder intervir, talvez não pela teoria mais recente, mas pela que perante a situação lhe proporcionará melhores ganhos, uma vez que nem todas as ações de uma organização são fruto de um planeamento formal. As estratégias surgem da dinâmica de uma empresa, que após serem bem-sucedidas passam a fazer parte do planeamento desta. Sem dúvida que a gestão de conhecimentos traz novos produtos e serviços e, inquestionavelmente, novas práticas, o que poderá ajudar na tomada de decisão. Assim, o conhecimento torna-se uma nova responsabilidade da gestão.

Em suma, as teorias de gestão e administração trazem contributos para o trabalho dos gestores e são comuns a qualquer gestor, mas é necessário conhecer as teorias para retirar ensinamentos para os processos de gestão e conceção do trabalho dos gestores em enfermagem. Importa agora compreender se acresce valor a estes gestores o conhecimento das teorias de enfermagem, para justificar porque deve ser um enfermeiro a gerir os serviços de enfermagem.

1.1.2. Contributos de Imogene King para a enfermagem

Depois de uma análise sumária dos modelos ou quadros conceptuais de várias teóricas identificamos características da teoria de Imogene King que nos ajudam a compreender o problema da gestão desenvolvida por e para enfermeiros. O trabalho do enfermeiro gestor passa fundamentalmente pelo estabelecimento de metas e objetivos com a sua equipa, a fim de responder a cuidados de enfermagem e criar condições para que os cuidados vão no sentido da qualidade e segurança do cliente e dos profissionais. Sumariamente, podemos dizer que a teoria de King (de 1971) privilegia a atuação do enfermeiro mediante a compreensão de que o ser humano deve ser visto em três sistemas que interagem entre si (o pessoal, o interpessoal e o social), cuja interação enfermeiro-pessoa é fundamental para o estabelecimento e alcance de metas de saúde, propiciando o desenvolvimento de potencialidades no cliente, pessoa e comunidade. King identifica a sua estrutura conceitual como uma estrutura de sistemas abertos e a teoria como direcionada à busca de metas, daí esta ser intitulada de teoria de alcance de metas. Para King, os indivíduos constituem um sistema no ambiente, denominado sistema pessoal. Tais indivíduos interagem para formar díades, tríades e grupos pequenos, médios ou grandes, que incluem outro tipo de sistema chamado de interpessoal. Existem, ainda, os sistemas sociais constituídos por comunidades,

sociedades de grupos com interesses específicos e com necessidades de formar organização. A forma como esses sistemas interagem indicará o equilíbrio ou não dos indivíduos e grupos no sistema (Machado et al., 2005).

Tomey e Alligood (2002) esclarecem que no desenvolvimento da estrutura dos sistemas de interação, verifica-se uma abordagem aos sistemas como um todo e não como partes isoladas do sistema, sendo, portanto, concebida para explicar a forma como os enfermeiros devem atuar. Foi, no entanto, a complexidade da atuação da enfermagem que impulsionou King a desenvolver a estrutura conceptual que representa o sistema pessoal, interpessoal e social, sendo a unidade de análise o comportamento social, e tendo por base a interação social, razão pela qual no processo de gestão podemos encontrar contributos a partir desta teoria.

A aplicação da teoria de alcance de metas desenvolvida por King em 1981 está documentada em várias categorias: na aplicação geral da teoria, na exploração de um determinado conceito dentro do contexto da teoria, na exploração de um determinado conceito relacionado à teoria e na aplicação da teoria em situações não clínicas de enfermagem. A teoria esclarece que mudanças num desses sistemas pode resultar em alterações nos demais, já que estes são abertos e permeáveis. Cada sistema compõe-se de conceitos: no pessoal, percepção ou ego, crescimento e desenvolvimento, imagem corporal, espaço e tempo; no interpessoal, papel, interação, comunicação, transação e stress; no social, organização, autoridade, poder, status e tomada de decisão. Na aproximação ao processo de gerir, o sistema pessoal circunstancia-se ao cliente e ao profissional enquanto pessoas em desenvolvimento profissional; o sistema interpessoal está relacionado com o papel dos enfermeiros enquanto processo de interação e comunicação com os clientes e a equipa de enfermagem, mas também multidisciplinar; por último, a interação social representa as orientações das organizações e da profissão, bem como a base da tomada de decisão do enfermeiro e o poder atribuído ao enfermeiro a partir do reconhecimento social do seu *status* (Machado et al., 2005).

O conceito de percepção é importante para o trabalho de enfermagem e foi definido por King como uma representação da realidade de cada ser humano. É universal porque todas as pessoas têm percepção, embora possa ser subjetiva, pessoal e seletiva para cada uma. A sua ação está voltada para o presente e baseia-se na informação disponível. Os dados obtidos mediante os sentidos e a memória são organizados, interpretados e transformados. A percepção é a base para o conceito de ego (Tomey & Alligood, 2002).

Dentro do trabalho de King, é extremamente importante para o enfermeiro concentrar-se e abordar o fenómeno de preocupação para o cliente. Sem este foco na perspetiva do cliente, o estabelecimento mútuo de metas não pode ocorrer. Consequentemente, o fenómeno de preocupação do cliente foi selecionado como terminologia neutra que demonstrou claramente a ampla aplicação do trabalho de King para uma ampla variedade de situações de prática. Em suma, para Tomey e Alligood (2002) a teoria da consecução de objetivos/do

alcance de metas centra-se no sistema interpessoal e nas interações enfermeiro-cliente, foco importante do trabalho do enfermeiro gestor. O sistema é aberto para permitir o feedback, visto que cada fase do processo (reação, interação e transação) influencia a percepção.

Esta teoria foi testada em vários contextos, sendo também aplicável à administração e gestão numa variedade de configurações. Como Sieloff (2007) vem a demonstrar, uma teoria de médio alcance do poder do grupo dentro das organizações, controlando os efeitos das forças ambientais, da posição, dos recursos e da função, influencia o grupo/trabalho de Equipa, o Empowerment de funções e a Capacidade (EC). Este EC multiplicado pelas competências de capacitação do enfermeiro líder, pelas competências de comunicação, pelas competências de alcance de metas/resultados e pela perspectiva de empowerment levam a um grupo/trabalho de equipa, ao empowerment de funções e de capacidade.

É no pensamento em trabalho de grupo e organizacional e no alcance de metas para com a sua equipa que se estabelece o silogismo ao enfermeiro gestor.

1.2.Contexto da gestão em enfermagem

A compreensão do trabalho do enfermeiro gestor pode ser visto em várias óticas no contexto do mesmo. Uma delas é a forte ligação à governação clínica, considerando ser um enquadramento que se centra no cliente e nos resultados pretendidos para a efetividade dos serviços.

Em detrimento da burocracia e da fase financeira pelo que se encontravam a passar, os enfermeiros no sistema de saúde inglês na década de noventa, viram-se reduzidos a máquinas financeiras com grave redução na qualidade dos serviços. Face a esta fraca qualidade no serviço, surge o conceito de clinical governance/governança clínica, definida pelo National Health Service em 1998 como “um enquadramento pelo qual as organizações do National Health Service são responsáveis pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços, bem como pela salvaguarda de altos padrões de qualidade, mediante a criação de um ambiente no qual a excelência clínica se desenvolverá”. (Traduzido de www.gov.uk) Em Portugal, em 2017, a Administração Regional de Saúde (ARS) definiu-a como:

um sistema de conhecimentos, de atitudes e de práticas de pilotagem individual, de equipas e de serviços para obter resultados em termos de efectividade com equidade (ganhos em saúde) para as pessoas, famílias e comunidades, com o

envolvimento de todos, através da melhoria da qualidade dos processos assistenciais e de intervenção em saúde (Felicio & Rodrigues, 2017, p.4).

Já sendo utilizado em Inglaterra desde os anos noventa, a auditoria por médicos e enfermeiros para a deteção sistemática de pontos fracos, de oportunidades de melhoria na organização e melhoria da prestação de cuidados, as auditorias clínicas passaram a constituir uma obrigação contratual para a continuidade do licenciamento das unidades dos CSP. A governação clínica é uma “prática sistemática da auditoria clínica que se promoveu o aumento da efectividade clínica, da gestão do risco, da formação, da inovação e desenvolvimento e da transparência mediante a divulgação dos resultados alcançados. E é a convergência simultânea destes vectores que torna a Governação Clínica uma realidade transformadora” (Felicio & Rodrigues, 2017, p.6).

Podemos dizer que os gestores devem ter por foco a governação clínica, mas incorporar outras orientações do Ministério da Saúde e da OE- Recordemos que sob forma de manter uma melhoria contínua nos cuidados de enfermagem a OE avançou também com os Padrões de Qualidade em 2001, já que nem o exercício da profissão nem os cuidados podem ser vistos numa única direção. São, assim, enunciadas seis categorias que visam a satisfação dos clientes, a promoção da saúde, a prevenção das complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem.

Em Portugal, em 1996, é publicado o Regulamento do Exercício Profissional para Enfermeiros (REPE), pelo Decreto-Lei nº 161/96, de 6 de setembro, que incorpora a

caracterização dos cuidados de enfermagem, especifica a competência dos profissionais legalmente habilitados a prestá-los e define a responsabilidade, os direitos e os deveres dos mesmos profissionais, dissipando, assim, dúvidas e prevenindo equívocos por vezes suscitados não apenas a nível dos vários elementos integrantes das equipas de saúde, mas também junto da população em geral (Decreto-Lei nº 161/96, de 6 de setembro, Ministério da Saúde, 1996).

Naturalmente que as estruturas reguladoras da profissão influenciam a autonomia e a responsabilidades dos profissionais nos serviços e recordemos que apenas em 1998 é criada a OE e aprovado o seu estatuto, no Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril (última atualização na Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro) que pretende responder a um imperativo da sociedade portuguesa de ver instituída uma associação profissional de direito público, que em Portugal promova a regulamentação e disciplina da prática dos enfermeiros, que não só assegure o cumprimento das normas deontológicas que devem orientar a profissão, mas garanta a prossecução do inerente interesse público e a dignidade do exercício da enfermagem. Desde então se demonstra uma preocupação em focar a área da gestão e

assessoria, como se verifica no n.º 6 do artigo 9.º do REPE que institui áreas de atividade dos enfermeiros: “área da gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem”.

Mais tarde é publicado o Regulamento n.º 76/2018 que vem a definir o perfil de competências do enfermeiro gestor e os termos da sua certificação como competência acrescida avançada em gestão, no âmbito do exercício profissional de enfermagem. Assim, o enfermeiro com este estatuto é dotado de competências no domínio da assessoria e consultadoria e no domínio da gestão, nas suas diferentes áreas, nomeadamente, área da prática profissional ética e legal; área da gestão pela qualidade e segurança; área da gestão da mudança, desenvolvimento profissional e organizacional; área do planeamento, organização, direção e controlo; área da prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde (Regulamento n.º 76/2018, de 30 de janeiro, OE, 2018).

As competências estão orientadas por critérios de competências comuns e específicas distribuídas por três níveis de gestão: gestão estratégica; gestão tática e gestão operacional. Cada nível de gestão incorpora objetivos diferentes e atividades específicas na íntima relação entre a organização e o serviço assistencial. A gestão estratégica é o nível administrativo mais elevado e aberto da organização pelo facto de interagir com o ambiente externo (composto pelos dirigentes da organização); por sua vez, a gestão tática é o nível administrativo que serve de ligação entre o nível institucional e o operacional (composto pelos gerentes do meio do campo); o nível operacional é o nível mais baixo da organização que cuida da execução das tarefas (composto pelos supervisores de primeira linha) (Chiavenato, 2004).

Desde então somos uma profissão e uma disciplina sempre em transição que não só acompanhou a evolução do SNS e da criação dos CSP, mas evoluiu com eles. Assim, importa referir as manifestas transições que poderão ser encontradas entre o Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de novembro, do Ministério da Saúde, que apresenta as competência e funções do enfermeiro chefe, e o Decreto-Lei n.º 247/2009, de 22 de setembro, do Ministério da Saúde, onde se verifica a supressão do enfermeiro chefe.

Sumariamente, verifica-se que ao enfermeiro chefe, hoje considerado enfermeiro gestor, competia planear e coordenar a equipa de enfermagem; conhecer os custos relacionados aos recursos inerentes à prestação de serviços e concretizar uma correta gestão dos mesmos; avaliar o pessoal de enfermagem; promover boas relações interpessoais; criar condições para a investigação e para uma prática baseada na evidência. (Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de novembro, Ministério da Saúde, 1991).

Mais tarde, passamos para o modelo de duas categorias de enfermeiros, situação que praticamente nunca passou para a prática no SNS, estávamos perante a designação de enfermeiro e enfermeiro principal, que “ocupa” as funções enfermeiro chefe, para além das

funções inerentes à categoria de enfermeiro especialista: compreender a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados; participar na contratualização; gerir o serviço da unidade; promover a aplicação dos padrões de qualidade; identificar a necessidade de recursos humanos; exercer funções de gestão e ou assessoria e apoiar o enfermeiro diretor (Decreto-Lei n.º 247/2009, de 22 de setembro, Ministério da Saúde, 2009). Estaria, portanto, integrado na gestão do processo de prestação de cuidados de saúde.

O Decreto-Lei n.º 122/2010, de 11 de novembro, do Ministério da Saúde, vem esclarecer que a previsão remuneratória, nos mapas de pessoal, de postos de trabalho que devam ser ocupados por enfermeiros principais corresponde a um mínimo de 10 % e a um máximo de 25 % do número total de enfermeiros de que o órgão ou serviço careça para o desenvolvimento das respetivas atividades. Podemos, portanto, assumir a presença de alguns constrangimentos dentro de seus locais de trabalho perante tamanha transição.

Chiavenato (2004), quando clarifica a teoria geral das administrações, descreve que uma organização apresenta variáveis básicas: competitividades, pessoas, ambiente, tarefas, estruturas e tecnologias. Por essa razão, profissionais que conhecem as suas respetivas especialidades (como engenheiros, economistas, contabilistas, advogados ou médicos), quando são promovidos nas suas empresas ao nível de supervisor, gerente ou diretor, precisam de se transformar em administradores. A partir daí, precisam aprender a administrar e adquirir novos conhecimentos e posturas que as suas especialidades não lhes ensinaram em momento algum. Vão então desenvolver um conjunto integrado e harmonioso de esforços com os restantes membros da administração em direção aos objetivos da empresa. Só assim se justifica a necessidade de se criar formação acrescida e avançada em enfermagem: dar formação para que bons líderes enfermeiros tragam maior eficácia e eficiência aos seus locais de trabalho.

Mais recentemente, em 2019, é reformulada a carreira de enfermagem, passando novamente a pluricategorial sendo estruturada nas categorias: enfermeiro; enfermeiro especialista; enfermeiro gestor. Surge especificamente no artigo 10.º-B o conteúdo funcional da categoria de enfermeiro gestor, que para além das funções inerentes às categorias de enfermeiro e de enfermeiro especialista, cujo conteúdo funcional integra, na generalidade, as funções de planeamento, organização, direção e avaliação dos cuidados de enfermagem, utilizando um modelo facilitador do desenvolvimento organizacional e promotor da qualidade e segurança; a este compete ainda gerir recursos humanos e materiais, divulgar informação, implementar auditorias, garantir prática clínica baseada na evidência, promover a formação e exercer funções de assessoria técnica (Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio, Presidência do Conselho de Ministros, 2019).

A remodelação da carreira traz algumas implicações e remodelações, mas também reitera alguns aspetos, salientando-se a republicação do Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de

setembro, onde se refere, no artigo 6.º - áreas de exercício profissional, que “a carreira especial de enfermagem organiza-se por áreas de exercício profissional e de cuidados de saúde, tais como as áreas hospitalar e de saúde pública, bem como de cuidados primários, continuados e paliativos, na comunidade, pré-hospitalar e de enfermagem no trabalho, podendo vir a ser integradas, de futuro, outras áreas”. Tal, ajuda-nos a compreender as áreas onde podem surgir os enfermeiros gestores.

Por outro lado, a legislação também refere especificamente no artigo 12.º as condições de admissão para a categoria de enfermeiro gestor referindo que “faz-se de entre enfermeiros especialistas, com três anos de exercício de funções na especialidade correspondente à do serviço ou unidade a que respeita o posto de trabalho a ocupar, e preferencialmente habilitados com formação em gestão de serviços de saúde”. Contudo, no anexo III do Regulamento n.º 76/2018 da OE (Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão) é apresentado um programa formativo para a atribuição da competência acrescida avançada em gestão; mais, refere que o dito programa “deve integrar uma componente teórica e/ou teórico-prática, num mínimo de 30 ECTS, com vista à aquisição de conhecimentos, atitudes e comportamentos na área da Gestão. Do total de ECTS, devem corresponder pelo menos 20 ECTS às áreas temáticas obrigatórias, sendo os restantes distribuídos por estas e/ou por áreas temáticas optativas” (Regulamento n.º 76/2018, de 30 de janeiro, OE, 2018).

Tem ainda significado para compreender o papel do gestor e recordar que na carreira atual, no artigo 7.º, particularmente no ponto 5, é mencionado que “a previsão, nos mapas de pessoal, de postos de trabalho que devam ser ocupados por enfermeiros gestores depende da necessidade de gerir uma unidade ou serviço com, pelo menos, 10 enfermeiros” (Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio, Presidência do Conselho de Ministros, 2019), e no ponto 6 refere-se que “os enfermeiros gestores podem acumular a gestão de duas ou mais unidades ou serviços, caso as mesmas, individualmente, não completem o número mínimo de enfermeiros previstos no número anterior” (Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio, Presidência do Conselho de Ministros, 2019).

Para melhorar a compreensão do estudo importa associar às condições já descritas na carreira as condições particulares da organização dos CSP.

A complexidade da organização dos Agrupamentos de Centro de Saúde (ACES), traz transtornos na cadeia hierárquica dentro destes serviços. A criação das Unidades de Saúde Pública (USP) e das USF levam a que as equipas de enfermagem outrora bem hierarquizadas, onde o enfermeiro chefe era rapidamente identificado e reconhecido, tiveram de se reorganizar, visto que fisicamente o enfermeiro gestor poderá já não se encontrar dentro da unidade e, por vezes, pela autonomia das unidades, o papel do enfermeiro gestor não fica bem delimitado.

A OE, em dezembro de 2018, vê a necessidade de tomar uma posição que salvasse a autonomia da profissão e dos profissionais que trabalham nas USF. Sucintamente, esclarece que a gestão das equipas de enfermagem das unidades funcionais é da exclusiva competência da direção de enfermagem que compõe o ACES, também no controlo de assiduidade, planeamento de férias, avaliação de desempenho, formação, entre outros. A relação hierárquica só se verifica entre enfermeiros; a função de direção e chefia é assegurada pelo enfermeiro-supervisor ou chefe, ou na ausência destes, pelo enfermeiro especialista a quem a OE reconheceu competências acrescidas e avançadas em gestão. No que concerne ao papel do “enfermeiro interlocutor” (papel criado para dar resposta à ausência do enfermeiro gestor em todas unidades), este deverá cumprir as tarefas do enfermeiro principal da carreira de enfermagem; contudo, neste momento, esta categoria foi abolida (Tomada de Posição - Gestão de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários, OE, 2018).

As dotações tornam-se uma área problemática, particularmente quando nos referimos a dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Parece que o papel do enfermeiro gestor é colocado um tanto à margem, pese embora o Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio, preveja que nos mapas de pessoal, os postos de trabalho que devem ser ocupados por enfermeiros gestores dependem da necessidade de gerir uma unidade ou serviço com, pelo menos, dez enfermeiros, como suprarreferido. No Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro, da OE, no âmbito dos CSP, embora se enalteça a independência da carreira de enfermagem e as competências de direção, gestão e assessoria do enfermeiro com competências acrescidas e avançadas em gestão, não são atribuídas horas de serviço a este mesmo enfermeiro. Posteriormente, verifica-se apenas uma recomendação às Unidades de Cuidados Continuados Integrados e às Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas para a presença de um enfermeiro especialista com competências acrescidas e avançadas em gestão, o enfermeiro gestor. No âmbito dos cuidados hospitalares o mesmo acontece, sendo que o desempenho das funções dos vários níveis de gestão deve ficar a cargo do enfermeiro especialista, a quem tenha sido atribuída a competência acrescida e avançada em gestão.

Recentemente, surge a Portaria n.º 153/2020 da Modernização do Estado e da Administração Pública e Saúde, de 23 de junho, que regulamenta os requisitos e a tramitação do procedimento concursal de recrutamento para os postos de trabalho no âmbito da carreira especial de enfermagem, regulada pelo Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro. Este, na sua redação atual, encontra-se aprovado pela Portaria n.º 250/2014, de 28 de novembro, que foi posteriormente alterada pela Portaria n.º 323/2016, de 19 de dezembro. Esta Portaria especifica o processo/métodos que deverão ser aplicados no recrutamento, salientando-se no artigo 6, alínea 1, que “no procedimento concursal para a carreira especial de enfermagem podem ser utilizados, isolada ou conjuntamente, os seguintes métodos de seleção: Avaliação curricular; Prova pública de discussão curricular, com apreciação e discussão do projeto de gestão e administração dos serviços de enfermagem;

Entrevista profissional de seleção” (Portaria n.º 323/2016, de 19 de dezembro, Ministérios das Finanças e da Saúde, 2016); nas alíneas seguintes, reitera-se que para os gestores é obrigatório o recurso à avaliação curricular e à discussão do projeto de gestão e administração dos serviços de enfermagem.

Quando abordamos o enfermeiro com competências acrescidas e avançadas em gestão, temos de assumir que se trata de alguém que é perito, tido como modelo pela sua equipa e também pela comunidade. Tomey e Alligood (2002) tentam, então, esclarecer a investigação levada a cabo por Benner. As competências adquiridas pelos enfermeiros peritos levam-nos a seguir os seus instintos enquanto procuram por alterações nos doentes sem descurar os diagnósticos e as soluções. Torna-se evidente que à medida que o enfermeiro adquire prática clínica o seu conhecimento torna-se uma mistura de conhecimento teórico e experiência.

Benner (2001) explica que os enfermeiros acabam mesmo por agir de forma previsível com determinados doentes, embora esses comportamentos possam não ser notórios, visto que alterariam a sua função. Na verdade, os enfermeiros peritos não são difíceis de reconhecer, visto que dão a sua opinião ou geram situações complexas de forma notória. São também reconhecidos pelos colegas, mas, novamente, e devido à falta de registos da sua prática clínica, podem não sê-lo no exterior. Através das experiências descritas por Benner, verificou-se que os peritos não tomam decisões tendo por base elementos isolados; os seus conhecimentos advêm dos preceitos e nem tanto do que percebem.

A enfermagem como disciplina e profissão, tem de ser observada através dos domínios científico e técnico-prático para posteriormente se equacionarem os atributos de peritos nas diferentes áreas. Assim, Nunes (2010) estabelece uma taxionomia de oito domínios para um perfil de perito em enfermagem. Neste sentido, valoriza o domínio científico, considerando que na atualidade o enfermeiro já dispõe de todos os graus académicos na sua área de conhecimento. O domínio técnico-científico relaciona o agir, fazendo com que os peritos demonstrem capacidade para serem autónomos, particularmente nas suas decisões. Mais direcionado ao ramo da enfermagem, Nunes (2010) apresenta o domínio clínico da prestação de cuidados, onde os peritos clínicos podem utilizar o seu conhecimento e prática para ensinar os outros e influenciar os colegas para benefício dos clientes. No que concerne à gestão de recursos ou serviços, e fazendo a ponte às questões de liderança, o que os diferencia será a capacidade de tornar as questões mais eficazes e eficientes no alcance de metas. Face à assessoria, o perito deverá ser capaz de analisar, planejar e recolher informação. De igual forma, deve proceder à investigação com enfoque nas metodologias de investigação. Na formação, o perito domina todo o processo pedagógico e de avaliação, sem descurar a via de ensino; os professores de enfermagem peritos são aqueles com mestria sobre o processo de aprendizagem pessoal e de ensino dos formandos (Nunes, 2010).

É importante referir que, tal como Chiavenato (2004), citando Katz (1982), diz, o sucesso do administrador depende mais do seu desempenho e da maneira como lida com pessoas e

situações do que dos seus traços particulares de personalidade. O sucesso que obteve hoje poderá não ser condicionante do seu futuro.

1.3. O enfermeiro gestor nos Cuidados de Saúde Primários

Antes de uma abordagem aos CPS e da temática em torno destes, é imperativo compreendermos a sua evolução até à forma como os conhecemos atualmente.

As grandes mudanças no sistema de saúde em Portugal vieram acompanhadas da queda da ditadura em 1974 e o aparecimento da democracia com a aprovação de um serviço nacional de saúde em 1979 pela constituição da República Portuguesa. Surge então o direito de todos os cidadãos e da comunidade à proteção da saúde com “a criação de um Sistema Nacional de Saúde (SNS) universal e gratuito” (traduzido de Barbieri-Figueiredo, et al., 2017, p.54), abrangendo não só o tratamento de doenças, mas também a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

O SNS foi criado pela Lei nº 56/79 de 15 de setembro da Assembleia da República de 1979 e englobava estruturas para cobrir os cuidados de saúde em diferentes níveis de prevenção: primário, secundário e terciário. O desenvolvimento do SNS seguiu os princípios da “Declaração de Alma-Ata” (Organização Mundial de Saúde [OMS], 1978), que enfatizou a atenção primária à saúde, como cuidados essenciais a cada cidadão e incutindo neles a sua participação ativa.

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país pode manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação (Declaração de Alma-Ata, OMS, 1978, p.3).

Em 1971 criaram-se os Centros de Saúde (CS) de primeira geração, com vista a dar resposta aos fracos indicadores da região do Minho. A sua ação centralizou-se principalmente na proteção da população, prevenção das principais doenças infecciosas (com campanhas de vacinação em massa) e assistência aos grupos mais vulneráveis da sociedade. Entre a promoção da saúde e prevenção de doenças, verificava-se a prática de uma medicina

meramente tratante. Eram então notórias duas abordagens de cuidado na comunidade: uma baseada na saúde comunitária, visando promoção da saúde e prevenção de doenças, e outra, curativa (Barbieri-Figueiredo et al., 2017). Esta organização da prestação de saúde durou cerca de uma década, tendo sofrido grandes alterações em 1983 com a criação dos CS de segunda geração. A segunda geração abraçou um conceito mais amplo de saúde que teve por base a Carta de Ottawa da OMS.

Nunes (2011) explica sumariamente as três estratégias que esta Carta propôs para uma nova saúde pública:

Advogar - defender os interesses da saúde pública em face de outros interesses;
Capacitar - promover a literacia e a capacitação das pessoas, famílias, grupos e populações para que estes sejam capazes de fazer escolhas promotoras de saúde;
Mediar - promover a colaboração com outros sectores e estabelecer parcerias que contribuam para criar condições de vida mais favoráveis à saúde (Nunes, 2011, p.201).

Salientando-se cinco áreas de ação:

Adopção de políticas públicas saudáveis em todos os sectores da governação;
promoção da literacia, do empowerment e da capacitação; reforço da acção comunitária e do papel da sociedade civil; promoção de ambientes saudáveis, favorecedores de escolhas individuais e colectivas promotoras de saúde;
reorganização dos serviços de saúde, tornando-os mais acessíveis e próximos das populações (Nunes, 2011, p.201).

Os CS de segunda geração foram controversos, pois a reforma fundiu duas práticas diferentes e duas abordagens de cuidado no contexto comunitário, o preventivo *versus* curativo. Esta reforma deu ainda origem a uma nova especialidade, a carreira de clínico geral/médico de família (Barbieri-Figueiredo, et al., 2017).

Os CS de terceira geração, criados pelo Decreto-Lei 157/99, de 10 de maio, surgiram de uma mudança na prestação dos cuidados de saúde primários, com cuidados de saúde mais orientados para o cidadão e focados na obtenção de ganhos reais de saúde em utentes e famílias (Barbieri-Figueiredo, et al., 2017).

Um grupo de trabalho, focado para os CSP foi formado em 2005. A sua tarefa foi redesenhar estes cuidados e monitorizar a implantação das USF. Estas unidades, de acordo com o Decreto-Lei 298/2007, de 22 de agosto, detêm autonomia organizacional, funcional e técnica para os cuidados de saúde primários e são compostas por equipas multidisciplinares

(compostas por médicos, enfermeiros e administrativos). As USF foram criadas com o objetivo de melhorar a proximidade, acessibilidade, qualidade e continuidade dos cuidados; conquistar a saúde e indicadores contratados internamente, bem como a satisfação dos seus usuários, e de todos os profissionais, por meio de melhores condições de trabalho (Waddington, 2008, citado por Barbieri-Figueiredo, et al., 2017).

Em 2008, foi criada através do Decreto-Lei 298/2008, de 22 de fevereiro, uma estrutura organizacional, os ACES, com autonomia técnica, administrativa e financeira, incentivando o autogoverno e a responsabilização dos CS. A sua missão é assegurar a prestação de CSP numa determinada área geográfica.

Cada ACES é liderado por um diretor executivo e é composta por cinco unidades funcionais: USF e as Unidades de Cuidados Personalizados (UCSP), compostas por médicos, enfermeiros e pessoal administrativo; Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), compostas por enfermeiros especialistas, assistentes sociais, psicólogos e outros terapeutas mas liderados por um enfermeiro; USP, compostas por médicos de saúde pública, enfermeiros de saúde na comunidade; Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), compostas por nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos em saúde oral, entre outros. É importante realçar as UCC, são desenvolvidas e operadas por enfermeiros especialistas e outros profissionais de saúde, e liderados por enfermeiros. Estas unidades integram Equipas de Cuidados Continuados Integrados e Equipas de Apoio Comunitário em Cuidados Paliativos (Barbieri-Figueiredo, et al., 2017).

O Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, estabelece ainda o regime jurídico das USF, conferindo-lhes autonomia organizativa e funcional, com previsão de incentivos para os elementos das equipas multiprofissionais. É relevante salientar que este modelo prevê uma avaliação de resultados e um controlo sob os indicadores, custos e níveis de satisfação de clientes e profissionais e visa a implementação de programas de qualidade e de processos de acreditação (Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, Ministério da Saúde, 2007).

Importa conhecer a estrutura orgânica das USF, constituídas pelo coordenador da equipa, pelo conselho técnico e pelo conselho geral. O coordenador da equipa é o médico identificado na candidatura; o conselho geral é constituído por todos os elementos da equipa multiprofissional; o conselho técnico é constituído por um médico, um enfermeiro e um assistente técnico, preferencialmente detentores de qualificação profissional mais elevada e de maior experiência profissional nos CSP, escolhidos pelos elementos de cada grupo profissional. Trata-se, portanto, de um cargo por convite, onde o cariz de possuir melhores competências para estar presente no conselho geral poderá já não ser tão relevante quanto era expectável, pelo que a presença física dos enfermeiros gestores nas USF passou a ser tida como dispensável (www.sns.gov.pt).

As USF foram unidades criadas para se trabalhar por incentivos, ora do tipo institucional, ora financeiros. Os incentivos institucionais traduzem-se no acesso a informação técnica, na

participação em conferências, simpósios e colóquios, cedidos aos profissionais. Os incentivos financeiros mensais dependem da concretização dos critérios para atribuição das unidades contratualizadas (www.sns.gov.pt).

Não obstante a intenção do nosso SNS continuar a ser a promoção da saúde nos CSP aos indivíduos e famílias, verifica-se que a prestação de cuidados é ainda muito dependente da atenção secundária e diferenciada. Esta discrepância na prestação de cuidados também é visível na distribuição de recursos humanos, uma vez que a maioria dos médicos e enfermeiros trabalham em hospitais em preterência às unidades de saúde dos CSP (Barbieri-Figueiredo, et al., 2017).

Em CSP o enfermeiro gestor encontra-se alocado ao ACES da sua região e poderá ter por sua responsabilidade todas ou algumas das unidades funcionais descritas anteriormente, bem como as funções inerentes às suas competências no que respeita a gestão daquelas unidades, sendo que se verifica uma crescente ênfase nas USF pela autonomia que lhes é atribuída.

2. PREPARAÇÃO PARA O TRABALHO DE CAMPO

Depois de refletirmos no problema das práticas experienciadas pelos enfermeiros gestores e compreendendo, a partir da revisão da literatura realizada, que estamos perante um problema, delineamos os seguintes objetivos: compreender o papel do enfermeiro gestor nos CSP; analisar as estratégias dos enfermeiros gestores na prática da gestão na comunidade; descrever as vantagens e desvantagens expressas pelos gestores face à sua prática diária.

Para organização do processo de investigação foram elaboradas as seguintes questões de investigação: Como é o contexto de trabalho dos enfermeiros gestores nos CSP? Como tomam decisões os enfermeiros gestores de CSP? Que atividades desenvolvem os enfermeiros gestores de CSP? Que estratégias adotam os enfermeiros gestores para gerir recursos humanos e materiais? Como percebem os enfermeiros gestores o seu papel para as mudanças organizacionais?

É possível descrever a investigação científica pelos olhos de quem a relata há mais anos que eu e de uma forma que se vem a manifestar perfeitamente clara neste estudo. “A investigação qualitativa envolve uma abordagem interpretativa e naturalista do mundo. Isto quer dizer que os investigadores [que utilizam o método qualitativo] estudam fenómenos segundo o significado que as pessoas lhe atribuem” (Dias & Gama, 2019, p.19, traduzindo de Denzin & Lincoln, 2018, p.3).

Este estudo será do tipo qualitativo, de cariz fenomenológico e transversal. Os estudos transversais descrevem uma situação ou fenómeno num momento não definido; são também utilizados quando a exposição à variável é relativamente constante no tempo (Hochman et al., 2005).

Polit e Beck (2019), expressando a ideia de Lincoln e Guba (1985), explicam que num estudo qualitativo, uma vez que não se pretende a generalização de dados, um mecanismo importante para promover o potencial de transferência é a quantidade de informação fornecida pelos pesquisadores sobre o contexto do estudo. Este é tão mais rico quanto mais descritivo e denso for.

A investigação em enfermagem é um incremento nos saberes da própria ciência e é por isso que o Regulamento n.º 76/2018 das competências acrescidas e avançadas em gestão salienta a pertinência da “prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde” (Regulamento n.º 76/2018, de 30 de janeiro, OE, 2018).

Como referido acima, este estudo terá uma abordagem de cariz fenomenológica. Segundo Polit e Beck (2019), “comumente, os pesquisadores estudam algum fenómeno em relação a outros - examinam relações entre fenómenos. Relação é uma ligação ou conexão entre dois ou mais fenómenos” (Polit & Beck, 2019, p.91). Assim possuímos múltiplas formas de interpretar as experiências face às interpretações dos outros.

Um estudo fenomenológico é caracterizado por descrever várias experiências vividas por vários indivíduos sobre um fenómeno e tem como objetivo estudar o significado de um acontecimento. É um método de redução de informação, onde se analisam temas e se procuram significados. Constitui uma abordagem descritiva das experiências cujos procedimentos incluem a formulação do problema, a recolha de dados através da narração pelo sujeito e posterior análise e interpretação dos dados (Dias & Gama, 2019, adaptado de Creswell, 2018).

Face aos dados colhidos, poderemos adotar uma vertente mais descritiva, onde os fenomenologistas descritivos insistem na explicação cuidadosa da experiência ou mais interpretativa/hermenêutica, onde a experiência vivida é um processo interpretativo, visto que a compreensão é a característica básica da existência humana e irá depender fortemente do investigador (Polit & Beck, 2019).

Polit e Beck (2019) comparam três correntes fenomenológicas: Van Kaam (1966), Giorgi (1985) e Colaizzi (1978). Todos têm em comum a leitura preliminar a fim de se familiarizarem com eles; extrair expressões concretas dos participantes; eliminar elementos não significativos ao fenómeno e agrupar em unidades de significado; atribuir um grau de relação. Apenas Kaam e Colaizzi prosseguem o estudo e acrescentam que é necessário integrar o estudo na descrição do fenómeno e formular uma descrição válida. Por fim, apenas Colaizzi verifica ser necessário como etapa final questionar os participantes sobre as descobertas feitas até ao momento.

Mais ainda, Polit e Beck (2019), citando Lincoln e Guba (1994), sugeriram cinco critérios para desenvolver a fidedignidade de uma investigação qualitativa: credibilidade (o estudo deve ser realizado de um modo que aumente o grau de credibilidade das descobertas e devem ser cumpridas as etapas para demonstrar a credibilidade a leitores externos); grau de dependência (estabilidade ou confiabilidade dos dados ao longo do tempo); potencial de confirmação (potencial de congruência entre duas ou mais pessoas independentes sobre relevância e significado dos dados); potencial de transferência (em que medida as descobertas qualitativas podem ser transferidas ou ter aplicação noutros ambientes ou grupos); autenticidade (em que medida os pesquisadores mostram, de modo justo e confiável, uma variedade de realidades). Esses quatro (cinco) critérios representam paralelos aos critérios positivistas de validade interna, confiabilidade, objetividade e validade externa, respetivamente. É expectável que a fidelidade do estudo esteja assegurada, no entanto, se estudos neste campo forem seguidos esta poderá ser testada.

No que concerne à validação dos resultados, foi sumariado a todos os entrevistados uma versão preliminar dos resultados obtidos para que pudessem autenticar a informação retida, garantindo a confiabilidade dos dados colhidos através da sua triangulação, como sugerem Polit e Beck (2019).

2.1.Contexto e participantes

Atendendo que na investigação qualitativa não se pretende a generalização dos resultados em termos estatísticos, mas sim conhecer em pormenor um determinado fenómeno, que só é possível através da análise de casos concretos e da sua caracterização, a definição do número de participantes e das suas características dependerá dos objectivos propostos e da abordagem adotada (Dias & Gama, 2019). Assim, para o estudo em questão foram utilizados quatorze participantes, visto que o décimo quinto não iria contribuir com novo conhecimento, face aos dados já obtidos e ao encaminhamento da amostra tornar-se repetitivo.

Polit e Beck (2019) explicam que os pesquisadores qualitativos com frequência iniciam o estudo com uma amostragem por conveniência, por vezes também chamada de amostra voluntária. Neste estudo adotamos um processo de amostragem não probabilístico (pela dificuldade de acesso à população alvo) do tipo por redes: o primeiro sujeito foi a força motriz para o desencadeamento da seleção dos restantes e consequente recolha de dados. Esta técnica é também designada de “em bola de neve”, que se baseia em referências, ou seja, um participante convida outro participante que pertence à sua rede de relações e assim sucessivamente (Dias & Gama, 2019). Ainda que a amostra possa ficar restrita a um grupo pequeno de conhecidos e ser menos heterogénea, este é o método que permite ao investigador aproximar-se de redes informais de mais difícil acesso (Dias & Gama, 2019).

Os critérios de inclusão para esta amostra são enfermeiros gestores ou enfermeiros que exerçam funções de gestão numa unidade de CSP com pelo menos seis meses de experiência no exercício profissional. Definiu-se como critério de exclusão, os enfermeiros que, por qualquer motivo, não estão no ativo no período da colheita de dados.

Na amostra, e sendo esta constituída em bola de neve, houve a possibilidade de contactar participantes de todas as ARS, designadamente Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, Açores e Madeira. Todavia, devido à indisponibilidade dos participantes, não foi possível colher dados de todas as regiões. Assim, verificou-se que 71%

dos participantes pertenciam à ARS Norte, que não se conseguiram participantes da região da Madeira e que os restantes foram repartidos pelas restantes ARS.

2.2. Instrumento de colheita de dados e procedimentos

A técnica de colheita de dados centrou-se numa entrevista semi-estruturada composta por seis perguntas. Porém, esta estava organizada em duas partes, uma de caracterização (sob a forma de questionário) e outra de aproximação à vivência de ser gestor em enfermagem, constituindo-se como a entrevista em si mesmo.

Segundo Gama e Dias (2019, p.64) “a entrevista é uma prática conversacional em que é produzido conhecimento em profundidade através da interação entre entrevistador e um entrevistado ou grupo de entrevistados”.

Foi então adotada, como supramencionado, uma entrevista semi-estruturada, onde na presença de um mero guião, o investigador gere e controla a entrevista de forma a obter os dados necessários e permitindo ao entrevistado liberdade de resposta - trata-se de uma conversa informal (Dias & Gama, 2019). Este tipo de entrevista também pode ser definida como uma “entrevista aberta, em que o pesquisador é orientado por uma lista de tópicos específicos a serem cobertos” (Polit & Beck, 2019, p.603); nesta, o investigador não colocará necessariamente todas as questões. Depreende-se então que pode recolher dados com maior profundidade, respeitando as interpretações dos interlocutores. Tanta flexibilidade pode funcionar como intimidação ou dar liberdade a mais para dispersar sobre outros assuntos. A função do entrevistador é encorajar os participantes a falarem livremente sobre todos os tópicos do guião.

De forma a validar o instrumento de recolha de dados, o guião utilizado foi facultado a dois profissionais de enfermagem (também estes com experiência em gestão), que identificaram não só erros de construção do próprio guião, como serviu para se verificar se as respostas obtidas iriam de encontro às categorias previamente estabelecidas para a análise de dados. Ficou assim testada a viabilidade do instrumento antes da sua aplicação.

No presente estudo, para facilitar o processo de recolha e análise de dados, foi enviado um questionário no *google forms* para recolher dados de caracterização pessoal que poderia ser preenchido logo depois do consentimento, para posteriormente se marcar a entrevista propriamente dita. Ou seja, foi contactado a pessoa (e perito) depois de ser identificada como possuidora dos critérios de inclusão; fornecemos o consentimento informado (que

pode ser consultado no anexo II); solicitamos que procedesse ao preenchimento dos dados de identificação que autoriza a entrevista para este estudo, juntamente com o formulário do *google forms*; e agendamos a data da entrevista. As entrevistas ou foram realizadas on-line (decorrendo via *zoom* ou *google meet*) ou por telefone (via *WhatsApp*), sendo gravadas com recurso ao aplicativo do telemóvel ou ao computador, após obter o consentimento para a gravação. Cada entrevista durou entre 20 a 50 minutos.

Fruto do tipo de amostra, em bola de neve, o primeiro participante foi recomendado pela professora doutora e orientadora da dissertação Maria Manuela Martins, sendo que no final de cada entrevista era sempre solicitado que o participante encaminhasse outro ou outros enfermeiros gestores, de forma a dar continuidade ao estudo.

Este processo decorreu durante os meses de janeiro e fevereiro de 2022.

Do instrumento de recolha de dados fazem parte a caracterização dos participantes (agrupada em três categorias: experiência em tempo profissional, para podermos obter dados como o tempo de serviço e tempo de experiência profissional; tempo como gestor; tempo na atual instituição de CSP); a caracterização em género (feminino ou masculino); e, por fim, a formação (serem detentores de doutoramento, mestrado, especialidade, pós-graduação ou apenas licenciatura).

No que concerne à caracterização dos participantes, 86% são do sexo feminino, nenhum participante era detentor de doutoramento, mas 36% era mestre. Todos tinham especialidade e 29% conta ainda com pós-graduação. Pese embora o cargo de gestor que ocupam, apenas 71% afirma ter formação em gestão. Face ao tempo de exercício profissional, a média é de 35,8 anos; de exercício na mesma instituição a média é de 31,1 anos; são enfermeiros em CSP há 30,1 anos e dedicam-se à gestão há 19,4 anos.

No que concerne ao guião de entrevista, que segue no anexo III, para cada pergunta foram previamente estabelecidos objetivos aos quais se pretendia dar resposta, como se explica em seguida.

Pergunta 1

Como é o seu contexto de trabalho enquanto enfermeiro gestor de uma unidade de cuidados de saúde primários?

Objetivo: compreender o papel do enfermeiro gestor nos CSP.

Pergunta 2

Como toma decisões/em que se baseia para tomar decisões?

Objetivo: analisar as estratégias dos enfermeiros gestores na prática da gestão na comunidade.

Pergunta 3

Que atividades desenvolve enquanto gestor de uma unidade de CSP?

Objetivo: compreender o campo de atuação do enfermeiro gestor.

Pergunta 4

Que estratégias adota para gerir recursos humanos e materiais?

Objetivo: descrever as vantagens e desvantagens expressas pelos gestores face à sua prática diária.

Pergunta 5

Como percecionam o seu papel para as mudanças organizacionais?

Objetivo: identificar fatores facilitadores/inibidores da sua prática de gestão.

Pergunta 6

Quais as suas expectativas futuras relativas ao cargo que ocupa?

Objetivo: aferir as expectativas do enfermeiro gestor de CSP.

Não foi necessário mais do que um momento com cada participante para a colheita de dados nem houve necessidade de esclarecer alguma resposta por motivos de áudio/gravação.

Após transcrição das entrevistas, estas foram enviadas via e-mail aos participantes, a fim de validarem o seu conteúdo. Apenas um participante, na aproximação do termo da análise de dados, pretendeu corrigir uma das suas intervenções, tendo portando prevalecido a sua intervenção *a posteriori*.

No momento da recolha dos dados os enfermeiros reportaram a circunstância que se encontravam a viver, a pandemia por COVID-19, e a todas as implicações que isso acarretou de sobrecarga de horários e reajustes de recursos humanos, entre outros, o que poderá ter condicionado algumas das suas respostas.

2.3.Considerações éticas

Face aos objetivos que nos levaram a este relatório, torna-se necessário transparecer a riqueza que foi para o investigador organizar todos os procedimentos, desde os éticos aos de recolha de dados e análise.

As preocupações éticas são demasiado importantes na pesquisa em enfermagem porque a linha de separação entre o que constitui a prática expectada e a colheita de dados muitas vezes é ténue (Polit & Beck, 2019).

Num estudo de investigação os três princípios éticos fundamentais que sustentam a conduta de um investigador são o da beneficência, o do respeito à dignidade humana e o da justiça (Polit & Beck, 2019).

Pelo respeito da **beneficência**, o investigador tem a obrigação de minimizar danos e maximizar benefícios. Ou seja, o estudo deve ser feito com propósito de beneficiar os próprios participantes ou um grupo (Polit & Beck, 2019).

O respeito à **dignidade humana** inclui o direito à autodeterminação e ao pleno conhecimento. O princípio da autodeterminação significa que os participantes têm o direito de decidir se querem participar no estudo ou não; para tal, devem dispor de todas as informações necessárias sobre o estudo. Isto significa que o investigador deve descrever inteiramente a natureza do estudo, tendo assim o interveniente o direito de se recusar a participar nele (Polit & Beck, 2019).

Satisfaz o conhecimento que foi concedido aos participantes antes de iniciar a investigação o consentimento informado e livre, que fora previamente submetido e validado pela comissão de ética da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), dando-se a possibilidade de interromperem a participação no estudo a qualquer momento. Desta forma, cumprem-se com os requisitos éticos e morais da OMS e da ESEP cujo parecer para a realização do projeto foi favorável. (anexo I)

No que se refere ao princípio da **justiça**, este inclui o direito do participante a um tratamento justo e à sua privacidade. Trata-se de uma distribuição equitativa dos benefícios (Polit & Beck, 2019).

Para que se possa obter um justo tratamento entre participantes, a seleção destes deve ser baseada nas exigências do estudo e não na vulnerabilidade dos indivíduos. Claro está que os investigadores devem garantir que o estudo não seja mais intrusivo do que o necessário e que a privacidade dos participantes seja mantida durante todo o processo (Polit & Beck, 2019).

Para garantir a confidencialidade dos dados, os sujeitos foram designados de E1, E2,... não sendo possível ligar o estudo ao participante ou local de trabalho. No que concerne à intimidade, as entrevistas decorreram via on-line, foram agendadas mediante disponibilidade de ambos, entrevistado e investigador, e gravadas após a obtenção do consentimento para tal. Há o compromisso de destruição das mesmas dois anos após a sua utilização no estudo.

2.4.Procedimentos de análise de dados

“O propósito da análise de dados, seja qual for o tipo de dado ou a tradição de pesquisa subjacente, é organizar, fornecer estrutura e obter significado dos dados” (Polit & Beck, 2019, p. 505).

Bardin (2016) aceita a análise de conteúdo como sendo uma atitude crítica, uma rutura da leitura do real, dando ênfase ao significado da comunicação e não a ela *per si*. A análise de conteúdo tem como objetivos ultrapassar a incerteza (se a leitura é válida) e o enriquecimento da leitura (o que está além da mensagem). O autor refere ainda que as categorias podem ser de foro semântico, léxico, sintático (ordem textual), expressivo, repetição, entre outros. Importa que exista coerência e lógica na escolha e justificação na elaboração destas categorias. Se bem fundamentado, outro investigador poderá chegar aos mesmos resultados (utilizando os mesmos métodos) e obtendo, assim, uma generalização de resultados.

Os investigadores qualitativos examinam os dados colhidos e costumam reler esses dados várias vezes em busca de um sentido. Até se familiarizarem com os mesmos, será difícil emergirem com teorias ou ideias complementares ao estudo (Polit & Beck, 2019).

O processo de análise qualitativa passa pela organização e controlo dos dados, transcrição dos dados, desenvolvimento de um esquema de categorias e codificação de dados qualitativos (Polit & Beck, 2019).

É fundamental que os investigadores garantam com fidelidade as transcrições e que estas reflitam a totalidade da experiência da entrevista. Os dados transcritos têm de ser convertidos em unidades menores e mais fáceis de trabalhar. O procedimento mais usual consiste em desenvolver um esquema de categorias e codificar os dados de acordo com estas. No presente estudo, as categorias foram definidas *a priori* e reajustadas mediante a necessidade e os dados colhidos. Depois de desenvolvido o esquema de categorias, todos os dados são lidos e codificados para que correspondam às categorias. Cobrir cada dado para cada categoria e atender à mútua exclusividade de categorias que Bardin defende, acredito que possa ser o ato mais desafiante do investigador qualitativo.

Em suma, após a organização do material/dados colhidos e da transcrição das entrevistas foi necessário realizar uma codificação, através da unidade de registo, agregando segundo as temáticas em estudo e/ou da unidade de contexto (onde se encontra a unidade de registo, para que possa ter significado na análise). Seguidamente, tratamos de realizar a categorização, isto é, agregar em categorias ainda maiores, de acordo com a literatura

existente e responder às questões de investigação. A análise de dados do estudo em questão foi baseada no modelo de Bardin, com apoio na aplicação Atlas.Ti, o que exigiu, numa primeira fase, o domínio do aplicativo e só depois a análise propriamente dita.

Ainda que muitos investigadores estejam a adotar o uso das tecnologias no tratamento dos dados, insistindo que assim se economiza tempo que pode ser dedicado a questões conceituais mais importantes, a verdade é que a máquina não pode fazer a codificação e também não pode dizer ao investigador como analisar. Os investigadores têm de continuar a desenvolver pensamento crítico (Polit & Beck, 2019).

Concluída a descrição de todo o processo de organização do trabalho de campo, passaremos a salientar os resultados da análise, seguidos das categorias identificadas e da organização dos dados.

3. EMERGIR DO PAPEL DO GESTOR NA COMUNIDADE

O registo e análise das falas dos participantes levam-nos a compreender como estes vivenciam o seu papel de enfermeiro gestor nos CSP, pelo que iremos procurar as estratégias utilizadas e expressas.

O conhecimento das competências acrescidas e avançadas em gestão ajudou-nos a ter ouvidos ao longo das entrevistas, onde tentamos perceber de que forma é que os enfermeiros se posicionavam na sua instituição, visualizando as estratégias que adotavam na gestão do seu dia-a-dia, permitindo assim retirar vantagens e desvantagens da sua prática diária que incorrerão aos seus modelos de práticas de ação.

Cada enfermeiro gestor tem uma experiência única, influenciada pelos seus conhecimentos na área e pelo contexto onde desenvolve as suas práticas de gestão, o que nos levou a configurar os resultados numa árvore (figura 1). Muito do que vai ser o trabalho do gestor passa pelas suas características pessoais e profissionais e, assim, sustenta as intervenções que realizam no ambiente onde são plantados.



Figura 1 - Caminhos para a construção do papel do gestor.

As categorias foram definidas anteriormente à colheita de dados, sendo depois reajustadas aos discursos que emergiram, seguindo-se o agrupamento em três redes, cada um delas com múltiplas categorias que estabelecem entre si vários tipos de relações.

A rede “alinhamento com a instituição” pretende agrupar as categorias nas quais encontramos sentido com a preocupação da organização, em termos operacionais e políticos e que influenciam as decisões no percurso do seu exercício profissional. Dela fazem parte oito categorias: base do processo de tomada de decisão; dificuldade no desenvolvimento do papel de gestor; modelo de ser enfermeiro; focos do trabalho do gestor; desmotivação com a carreira; expectativas futuras; contributos para a mudança; suportes facilitadores do papel do gestor.

A rede “competências acrescidas e avançadas em gestão” relaciona os discursos que se ligam com as competências expressas na legislação atual e possui as seis categorias criadas *a priori*: prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde; gestão da mudança; desenvolvimento profissional e organizacional; gestão da qualidade e da segurança; planeamento, organização, direção e controlo; prática profissional ética e legal e assessoria.

Por último, a rede “enquadramento da atividade do gestor” agrega categorias que vão de encontro à vivência no cargo e que não se incluíram anteriormente. Neste contexto, encontramos as categorias: dia escolhido para relato com significado; prestação de cuidados; atividades relevantes; funções do gestor; papel institucional; incumbências diárias.

Para emergir nos discursos e no que eles nos trazem para este estudo, passaremos a desenvolver cada uma das redes identificadas.

3.1. Alinhamento com a instituição

Para compreender o papel do enfermeiro gestor nos CSP, procuramos encontrar os discursos que demonstravam as suas preocupações com a instituição onde exerciam a sua atividade, o que nos encaminhou para o alinhamento com a instituição apresentado na figura 2.

Ao criar esta rede, consideramos os discursos que se aproximavam da missão, valores, plano estratégico, entre outros, particularmente, os objetivos das instituições onde exerciam os cuidados, mas também os objetivos específicos no contexto dos cuidados na comunidade.



Figura 2 - Diagrama da rede de alinhamento com a instituição.

Espera-se que o gestor seja impulsionador de mudança e pilar fundamental para a concretização da política institucional. Dos discursos emergiram oito categorias, sendo seis favoráveis (base do processo de tomada de decisão, contributos para a mudança, expectativas, focos do trabalho do gestor, modelo de ser enfermeiro, suportes facilitadores ao seu papel de gestor) e duas desfavoráveis para o seu exercício (desmotivação com a carreira e dificuldades ao desenvolvimento deste mesmo papel).

Por forma a criar alguma lógica e interação entre estas categorias, verificamos uma forte ligação e ligação simétrica (de igual peso) entre suportes facilitadores ao desempenho do papel de enfermeiro gestor, dificuldades ao desenvolvimento deste mesmo papel, desmotivação com a carreira e expectativas. Estas, por sua vez, estão relacionadas e interferem com as restantes quatro categorias, também elas com forte ligação e ligação simétrica entre si: modelo de ser enfermeiro, focos do trabalho do gestor, base do processo de tomada de decisão e contributo para a mudança. Compreendemos que, de alguma forma, os primeiros condicionam a forma como os enfermeiros desenvolvem as categorias do segundo momento.

As questões com o meio onde estamos inseridos definem largamente quem somos e influenciam as nossas práticas. Não é difícil aceitar que uma instituição bem orientada em metas e valores e objetivos irá propor aos seus colaboradores uma missão com vista a enaltecer essa mesma. No entanto, os líderes e as próprias burocracias podem atuar como facilitadores ou dificultadores no alcance dessas metas por parte de toda a equipa, por mais que esteja alinhada com a missão da instituição.

Verificamos que inegavelmente o meio em que se encontram inseridos são **facilitadores do desenvolvimento do seu papel como gestores** potencializado pelos *“colegas também me ajudam, e se forem eles a darem essas propostas, ... consigo ter uma melhor motivação da equipa e mais sucesso”* (E1). A essência do movimento das relações humanas reside no pressuposto de que a chave para o alcance de elevadas produtividades está no grau de

satisfação do empregado no seu trabalho (Costa, 2021). Esta mesma teoria aceita que todo o comportamento humano é motivado e que a motivação persistente visa a satisfação de necessidades, o que nos leva ao conceito de ciclo motivacional, onde o organismo humano permanece em estado de equilíbrio psicológico até que um estímulo o interrompe e crie uma necessidade (Chiavenato, 2004).

Cada vez mais se deve apostar nos fatores intrínsecos e motivacionais. Ainda que nos possamos todos ver circunscritos à questão salarial, há toda uma panóplia de vetores que podemos condicionar e apontar numa direção de maior satisfação. Seja colocando os membros da equipa na função que melhor desempenham/gostam, seja proporcionando crescimento profissional. Tudo isso é gerador de satisfação da equipa e, por conseguinte, de motivação também para o gestor.

A importância da teoria do alcance de metas de King, explicada por Toney e Alligood (2002), na gestão da percepção de que somos um sistema aberto para obter feedback e com este adquirir EC mostra claramente como se enquadra no suporte facilitador do papel de gestor. O *“nosso diretor executivo é um enfermeiro, e que valoriza muito o trabalho dos enfermeiros. Felizmente que agora todos os grupos profissionais estão a valorizar muito. E esta pandemia veio provar o quanto é importante o enfermeiro nas equipas, o trabalho deles, que é espetacular. E, claro, ao valorizar os enfermeiros nas equipas, valorizam o enfermeiro gestor, porque sem eles, os enfermeiros estariam condenados”* (E3).

O trabalho em equipa multidisciplinar torna-se um foco significativo para a autoestima dos gestores: *“aqui as pessoas com quem eu trabalho médicos administrativos reconhecem em mim que realmente sou uma pessoa que consigo fazer a gestão e eles basicamente nem tomam nenhuma decisão”* (E10). A ideia de trabalho em equipa há muito que existe na essência de enfermagem, mas de facto concretizá-la é outra coisa. Cada vez mais se cultivam o trabalho por objetivos e avaliações de desempenho que obrigam a isto mesmo, a um trabalho individual, pelo que muitas vezes os enfermeiros são uma massa, em diferentes estádios das suas vidas, que se veem a trabalhar em grupo e não em equipa. Esse pode ser considerado um dos grandes entraves no desenvolvimento das atividades do gestor; no entanto, os gestores entrevistados olharam para a avaliação de desempenho como tarefa de desempenho próprio e que até pode acarretar alguns contratempos, mas não a analisaram face a quem aplicam, ficando-se pelos efeitos que tem em si mesmos. Retomando a ideia de trabalho de grupo, importa referir que, de acordo com Duarte e Boeck (2015),

na área da saúde, obstáculos como a não cooperação, estruturas rigidamente hierarquizadas, a disparidade social entre os membros da equipe e a alta rotatividade dos profissionais nos setores são os principais entraves para a efetividade do trabalho integrado. Tais dificuldades devem ser trabalhadas para que

não prejudiquem os usuários no acesso ao direito à saúde (Duarte & Boeck, 2015, p. 710, citando Uchôa et al., 2012).

Embora possamos compreender que a enfermagem, assim como todas as profissões da saúde, dependam do trabalho em equipa para a arte do cuidar, parece-nos justo acrescentar que as relações interpessoais que este mesmo tipo de profissões tem influência diretamente o trabalho a desempenhar, sendo portanto, “a soma dos diferentes saberes e conhecimentos de uma equipe multiprofissional que incidirá sobre os resultados da intervenção do processo saúde/doença, ou seja: a integralidade das ações de saúde está condicionada ao trabalho em equipe (Duarte & Boeck, 2015, p. 710, citando Martins et al., 2012).

É Benner (2001), no entanto, que acrescenta o conceito de *know-how* como forma e fonte de transmitir conhecimento. Conhecimento este que também pode ser reconhecido agora com facilitador do papel de enfermeiro gestor: *“eu não teria condições de ser diretora executiva de um Agrupamento de Centros de Saúde durante nove anos se não tivesse sido, antes disso, enfermeira chefe, enfermeira supervisora e doze anos enfermeira diretora. Portanto, foi este know-how de direção ou da gestão dos serviços de enfermagem que eu transporte para a gestão de serviço de saúde de uma forma global”* (E2). Alguns participantes, no entanto, reconhecem que nem sempre as suas experiências funcionam como facilitadores ao papel do enfermeiro gestor uma vez que não são tidas em conta: *“um fator que é muito relevante e que não se veem noutras profissões é a desvalorização da experiência (...) a experiência é sempre muito valorizada. Curiosamente na enfermagem esse percurso não foi feito...”* (E11).

Muitas foram as dificuldades mencionadas pelos entrevistados, pelo que as **dificuldades ao desenvolvimento do papel do gestor**, nunca poderiam ser descoradas.

A pandemia por COVID-19 foi algo mencionado pelos enfermeiros entrevistados suscetível de ter causado visíveis alterações no nosso sistema de saúde, quer no atendimento aos utentes para as consultas, quer no planeamento da vacinação. Assim se verifica que para alguns enfermeiros essa mudança/adaptação nem sempre foi bem gerida, levando a dificuldades em alocar os recursos humanos disponíveis: *“tínhamos um grande número de enfermeiros alocados face à procura das vacinas ... E agora o que propuseram é que em vez de ir três vão dois, mas continuamos toda a semana vacinar isto está a criar graves problemas para a minha unidade e eu não consigo gerir isso não tenho autonomia”* (E14), ou tendo que extrapolar o número de horas trabalhadas legalmente permitido: *“Principalmente por causa desta situação da pandemia, foi uma área em que tive que dar muitas mais horas do que as horas que normalmente dou”* (E4).

Em reflexão aos comentários dos participantes compreendemos a utilidade da gestão por objetivos de Peter Drucker que se pressupõe a ter objetivos que permitem uma finalidade comum e trabalho em equipa; servem de base para avaliar planos e evitam erros; melhoram

as possibilidades de previsão do futuro e quando os recursos são escassos, ajudam a orientar e prever a sua distribuição (Chiavenato, 2004).

A dificuldade mais mencionada pelos entrevistados remete-nos ao Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 agosto, que, como já mencionado, criou as USF. A criação destas unidades autónomas que se autogerem sem a presença de um enfermeiro gestor na direção é muitas vezes alegada como fator dificultador do desenvolvimento do seu papel como gestor ou, pelo menos, gera constrangimento pela sua autonomia: *“obstáculos por falhas na legislação (...) Deram autonomia administrativa. E essas unidades estavam dependentes do enfermeiro chefe, ou melhor, os enfermeiros que trabalhavam nessas unidades estavam dependentes dos enfermeiros chefes”* (E3).

Sabemos que ao implementar mudanças ou inovações, as organizações, muitas vezes, têm de enfrentar resistências. Hernandez e Caldas (2001), citando Zaltman e Duncan (1977), definem a resistência à mudança como qualquer conduta objetiva em manter o *status quo* face à pressão para modificá-lo. Na verdade, não podemos pensar que a resistência é imposta apenas pela instituição, como explicam Hernandez e Caldas (2001):

as variáveis individuais e situacionais são tão ou mais importantes que o processo de percepção em si mesmo, uma vez que, em condições de mudança organizacional, essas variáveis moderam todos os estágios do processo de percepção da mudança, influenciando a maneira como cada indivíduo cria a sua própria representação da realidade (Hernandez & Caldas, 2001, p.39).

Importa reter que, “tão importante quanto a análise das causas da resistência, particularmente para a mudança organizacional, é a identificação dos grupos e indivíduos que terão maior inclinação a resistir à mudança e das razões desse comportamento” (Hernandez & Caldas, 2001, p.41). As decisões de manter ou afastar enfermeiros/equipas, ainda que afetos aos quadros mas não a uma instituição em particular, pode ser uma solução para a satisfação da maioria sem comprometer o bom funcionamento do serviço e o atendimento dos utentes.

Ainda que a OE tenha tentado acautelar esta questão da autonomia das USF emanando um parecer sobre a resolução da situação, na prática este apenas se prende com a questão da avaliação dos enfermeiros que foram convidados a fazer parte destas instituições. É claro que sem existir na direção um enfermeiro que também possa opinar pela sua classe e advogar pelos direitos dos utentes, que vão mais além da resolução de questões biomédicas, muitas outras situações ocorrem sem a real intervenção da equipa de enfermagem, pois o enfermeiro gestor não está *in loco*. Todavia, em dezembro de 2018 a OE esclarece que a gestão das equipas de enfermagem das unidades funcionais é da exclusiva competência da direção de enfermagem que compõe o ACES. A relação hierárquica só se verifica entre

enfermeiros; a função de direção e chefia é assegurada pelo enfermeiro-supervisor ou chefe ou, na ausência destes, por enfermeiro especialista a quem a OE reconheceu competências acrescidas e avançadas em gestão. Criou-se, então, o papel do “enfermeiro interlocutor” para dar resposta à ausência do enfermeiro gestor em todas as unidades. Este deve cumprir as tarefas do enfermeiro principal da carreira de enfermagem. Enquanto para alguns colegas esta solução pode ter funcionado bem, para outros, nem tanto: *“com a autonomia das unidades não tem sido fácil. No meu caso, tive algumas dificuldades, mas soube sempre ocupar o meu lugar. (...) Decreto-Lei 298/2001, criou-lhe uma autonomia organizativa e que aderiram a esse modelo, pensando que se livrariam de uma chefe e de estar naquela gerência”* (E6).

Os gestores, no planeamento do seu dia-a-dia, são sempre confrontados com dificuldades que têm que superar ou para as quais têm que arranjar soluções para as ultrapassar. Temos vindo a abordar que a equipa que gerem, *“porque às vezes os enfermeiros ... São um bocadinho renitentes”* (E1), *“nós notávamos e notamos que sempre que alguém é confrontado com a sua prática e se lhe dissermos a sua prática não está correta, ..., muitos dos enfermeiros não gostavam”* (E14), bem como outros profissionais do setor *“porque é um pouco difícil, temos que nos articular sempre com outros profissionais. Estes outros profissionais têm sempre outras agendas de importância, de prioridades. E consideramos que isso também é limitativo...”* (E5) ou até mesmo os gestores de topo *“quando é necessário nomear enfermeiros para determinados cargos ou funções, sei lá, quando é necessário enfermeiros para representar cargos na comunidade, os que eu indico não são escolhidos ... sou ultrapassada”* (E11), têm como influenciar as atividades do gestor.

A teoria dos sistemas desenvolvida por Daniel Katz e Robert Kahn admite que um sistema é composto por um conjunto de subsistemas interdependentes e inter-relacionados: os vários departamentos (financeiro, comercial, produção, etc.) nas empresas correlacionam-se e co dependem uns dos outros; mais ainda, que este é aberto e dinâmico, recebe energia dos outros sistemas com os quais interage (recursos humanos, materiais, físicos, etc.), com os quais troca informações e a que fornece também o resultado do seu processo (Costa, 2021). Com isso importa refletir se os enfermeiros podem ser renitentes porque não compreendem as ações adotadas ou as chamadas de atenção. Os outros profissionais de saúde podem não reconhecer nas ações dos enfermeiros o benefício para a população, pelo que era mais do que pertinente fornecer-lhes dados que lhes demonstrassem a sua mais-valia. Quando os próprios enfermeiros gestores se sentem excluídos das decisões, tal também pode significar que não lhes foi explicado o motivo dessa aparente exclusão. A troca de informação entre sistemas condiciona, sem dúvida, as atividades do gestor, todavia, a utilização de uma comunicação assertiva teria conseguido, eventualmente, minimizar alguns destes constrangimentos.

É importante mencionar que alguns dos entrevistados consideram importante adotar medidas de motivação ou terem a possibilidade de utilizarem isso como moeda de troca para

com a sua equipa. Embora reconheçam que muito está fora do seu alcance, *“por que as pessoas... temos muito pouco com o que dar às pessoas para as motivar”* (E5), são sabedores dos fatores higiénicos ou extrínsecos e reconhecem as condições salariais, os benefícios sociais e os tipos de chefia ou supervisão como formas de evitar a insatisfação. Por outro lado, reconhecem também que estes se encontram, por ora, bloqueados: *“porque sem condições de trabalho também não se consegue fazer nada, não há motivação. E também que fossem valorizados monetariamente em termos de remuneração, porque realmente o que nós vemos é pessoas exaustas, pessoas cansadas, mas com garra e a não deixar cair o barco”* (E3).

É importante que os gestores reconheçam que fomentar a formação da sua equipa será sempre uma necessidade dos serviços, como também é uma das melhores formas de motivar e incentivar os trabalhadores nas instituições, diminuindo naturalmente a resistência à mudança (Hernandez & Caldas, 2001).

Muitos dos enfermeiros encontram-se, portanto, **desmotivados com a carreira**, algo que pode advir da estagnação da mesma (até ao momento da entrevista), desde que foi promulgado o Decreto-Lei n.º 247/2009, de 27 de fevereiro. Após a promulgação deste, e com a supressão do enfermeiro chefe, passamos para uma versão pluricategorial que se estrutura nas seguintes categorias: enfermeiro e enfermeiro principal, sendo que é o enfermeiro principal que “ocupa” as funções de enfermeiro chefe, para além das funções inerentes à categoria de enfermeiro, o que os entrevistados consideram como *“uma situação de uma carreira que está muito má”* (E4).

Os dramas pelos quais os gestores passam prendem-se também com a sua própria avaliação de desempenho, sendo que alguns não a consideram, por um lado, justa e, por outro, relevante, pois no ponto em que se encontram nas suas carreiras, esta não lhes será útil: *“vivemos com subidas de escalão de 10 anos em 10 anos, por isso as pessoas... Nós temos avaliação de desempenho com relevantes a 20% só. Isto não implica que pelo menos 50% ou até mais dos nossos enfermeiros não mereçam o relevante, mas que não podem ter, porque só podem ser 25%... eu tenho, por exemplo, 18,5 pontos, que faz com que eu pudesse subir já, e provavelmente não vou subir, vou perder, vou zerar isto tudo com a mudança da carreira”* (E4).

A estagnação na carreira não é motivo único de desmotivação. Como já foi exposto anteriormente, a nova organização das USF também é de manifesto desagrado e desmotivação para os enfermeiros gestores, uma vez que *“quem está na direção é uma enfermeira especialista novita. Temos um enfermeiro supervisor, que já foi enfermeiro diretor de cargo, mas supervisor de categoria, 6 enfermeiros chefes e nenhum foi convidado. É isso... são cargos políticos de convite”* (E8). Não obstante o Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, prever que com a criação das USF o conselho técnico deva ser constituído por um médico, um enfermeiro e um assistente técnico, preferencialmente

detentores de qualificação profissional mais elevada e de maior experiência profissional nos CSP, estes não deixam de poder ser escolhidos pelos elementos de cada grupo profissional. Contudo, alguns enfermeiros mencionam mesmo que *“não gerimos coisa nenhuma e agora com essa questão das autonomias das USF completamente. Isto ou tem de ser feita nova carreira, uma carreira hospitalar e uma carreira uma carreira, porque isto está muito adaptado a uma carreira hospitalar ... mas também lhe digo temos isso a nível de gestão mas muitos enfermeiros assim o queriam”* (E14). Neste caso, o participante acredita que existe uma maior autonomia no enfermeiro gestor hospitalar face ao dos CSP.

É deveras importante mencionar o caminho que a carreira de alguns gestores está a tomar. Ao longo das entrevistas verifica-se bastante cordialidade, na verdade é que ao longo das mesmas surgem alguns desabafos. Nos ACES onde os enfermeiros gestores não conseguiam atingir todas as suas unidades ou percebiam que ali foram colocados por convite, os seus discursos eram limitativos, bem como as suas intervenções no âmbito da gestão: *“eu estou muito desiludida com o meu papel atualmente ... o papel do enfermeiro gestor no caso concreto do ACES onde eu trabalho ficou completamente reduzido a avaliação de desempenho, portanto as enfermeiras gestoras não tem um papel relevante na tomada de decisão nos processos de cuidados nem são consultadas nem integram processos da prestação de cuidados e, portanto, só são um pouco são chamadas a avaliação de desempenho porque é uma obrigação formal porque de contrário não são”* (E11).

Claramente, a presença de uma hierarquia vincada marca estes enfermeiros e soma fatores à sua desmotivação. O facto de fazerem horas extra e não serem compensados, *“eu nunca saio a horas, dou sempre uma hora, duas horas a mais ... Mas depois não posso, imagina, preciso de um dia, não o posso acumular, está a perceber?”* (E9), ou serem meros executores de tarefas sem autonomia, *“mesmo como Coordenador da UCC ... a grande maioria das coisas que temos que fazer ... são nos impostas porque temos que fazer isto temos de fazer aquilo e nós somos meros executivos burocráticos”* (E14), remete-nos novamente a Herzberg e à sua explicação sobre os fatores insatisfacientes que se encontram presentes sempre que os fatores higiénicos ou extrínsecos (tais como salário, benefícios sociais, tipo de chefia ou supervisão, entre outros) não se encontram satisfeitos (Chiavenato, 2004).

A somar a estes fatores de desmotivação, verificamos a demora na aquisição de bens e serviços para satisfazer a população, na perspetiva de alguns entrevistados: *“o ano passado tinha um coordenador, vimos as coisas, o que é que achamos, uma balança, não sei quê, ..., e à falta de consultas, percebe? Demoram tanto, ou não querem ou não sei, acho que o nosso, a nossa população está com falta de consultas, percebe?”* (E9). A teoria comportamental privilegia as organizações democráticas, menos estruturadas hierarquicamente e menos autocráticas, baseadas na equalização do poder (Chiavenato, 2004). Enquanto que a marcação de consultas médicas estaria fora do alcance destes profissionais, certamente que a aquisição de pequenos bens poderia ser remediada se outro tipo de gestão financeira fosse efetuada. Mas efetivamente as burocracias são tantas que

prevalece a escassez de material e, por conseguinte, bloqueia-se o desenvolvimento das condições satisfacentes, não permitindo a delegação de pequenas responsabilidades para as pessoas alcançarem objetivos comuns. Eis mais um bloqueio ao desenvolvimento de fatores motivacionais.

De entre as facilidades e dificuldades no desempenho do papel como enfermeiros gestores, que também contribuíram para a desmotivação para com a carreira, é justo querer aferir as **expetativas futuras** desses enfermeiros. Em traços largos, muitos deles mencionam a reforma, mesmo sem estar para breve. Outros não têm grande visão/expetativa para gestão em enfermagem.

Não obstante possa entender a entrada para a reforma como uma temática sensível que acarreta ganhos e perdas e alterações a nível pessoal, social, conjugal e de tempo até, os nossos enfermeiros gestores ambicionam-na cada vez mais: *“achei sempre curioso as pessoas que pensavam ah eu estou quase a chegar à reforma, faltam não sei quantos anos... achava isso sempre uma coisa longínqua e pensava para mim não sei se vou ter alguma vez esta perspetiva. Mas, curiosamente, já dou comigo a pensar assim”* (E5).

No que concerne às suas expectativas, a bibliografia é um pouco díspar, uma vez que bem sabemos que os fatores pessoais influenciam, condicionam e determinam largamente o nosso meio envolvente. Citando Fonseca (2012),

quando as profissões anteriormente desempenhadas permitiram aos indivíduos desenvolver carreiras (logo, para quem a vida profissional significou mais do que apenas uma ocupação necessária à obtenção de rendimentos económicos), é mais frequente a passagem à reforma originar sentimentos ambivalentes ou mesmo de alguma frustração. Já tal acontecimento será menos sentido quando a pessoa fez da profissão unicamente o seu “ganha-pão” quotidiano, reservando muitas vezes para os tempos livres o cumprimento efetivo dos seus interesses vocacionais mais genuínos (Fonseca, 2012, p.78).

Torna-se mais fácil aceitar quando os enfermeiros apenas pretendem ser bem remunerados: *“eu qualquer dia vou-me aposentar... Que continuassem assim e que fossem mais valorizados, era o que eu pretendia nesta equipa, que eu espero que continuem por muitos anos e, claro, a mim podem-me mandar embora daqui por uns tempinhos. Desde que me paguem bem, sabe?”* (E3).

Outros, pelo contrário, que se tornaram mais carreiristas, e veem na reforma algo essencialmente de cariz social normativo, depreendem o reconhecimento de menor capacidade e de menor competência (Fonseca, 2012): *“vejo um futuro um bocado negro, sinceramente. Outros profissionais pegarem algumas coisas nossas, não é? É o caso dos*

fisioterapeutas a fazerem preparação para o parto. É o caso, sei lá. Temos muitas situações de fisioterapeutas a pegarem na área da reabilitação” (E4).

Outros ainda, e apesar do que foram dizendo ao longo da entrevista, pretendem manter-se como gestores e contribuir da melhor forma possível, seja ainda podendo ascender na carreira, *“atualmente a carreira está diferente. Mas..., mas sim, mas gostaria muito de manter-me na gestão, e contribuir sempre com o meu, com o meu saber e a minha visão estratégica para a melhoria e para a qualidade dos cuidados. (...) Ou seja, eu gostaria muito de ser diretora de enfermagem, não vou dizer que não” (E1)*, ou seja servindo de modelo e perito para os colegas, *“e, portanto, a minha expectativa é que eu possa com o meu próprio exemplo e com tudo aquilo que eu vou continuar a aprender, partilhar com todos os colegas, partilhar, partilhar, partilhar” (E2).*

Remontando à fase pandémica, alguns enfermeiros baixam a fasquia do futuro, para um futuro próximo e apenas pretendem equilibrar as pontas nos próximos tempos pelo que *“aquilo que resta, as expectativas que eu tenho, é que consiga, eu própria, ter força e talento e vontade para conseguir outra vez levar a equipa a olhar com alguma esperança para o futuro e voltar também, ela própria, às suas atividades que estes dois anos, já, fizeram para” [comentário acerca da situação COVID-19] (E5).*

Alguns enfermeiros entenderam que essa missão do futuro da enfermagem não seria atribuída a si mesmos, mas sim imputada a outros. Não obstante, emergiram com algumas soluções para o que preveem ser alguns problemas da enfermagem, tais como a formação contínua, *“tivessem boas condições de trabalho, que conseguissem ter uma formação e ter.... Porque, se a formação estagnar, estagnávamos. Cada vez mais enfermeiros tirassem cursos de especialização, mestrados, doutoramentos, que investissem na investigação” (E3)*, ter franca voz na direção das unidades de saúde, *“eu gostaria de ver da nossa carreira de enfermagem era que a parte da nossa carreira de gestão fosse mais valorizada do que o que é (...) portanto neste momento só temos voz, tanto enfermeiros como administrativos, se o coordenador médico assim o entender. se não o entender, nós não temos esse poder que tínhamos há uns anos” (E10)*, e emergir nas políticas de saúde, *“que os enfermeiros se envolvesse e naturalmente indo ao encontro das necessidades do utente porque é nesta perspetiva que poderemos ser líderes da nossa unidade das nossas organizações e é por isso o meu ponto de vista isso terá de ser o futuro ... queria... essencialmente que a enfermagem se projetasse a nível de liderança nas nossas unidades de saúde porque muitas das vezes temos conhecimento e temos competências e não sabemos aproveitar” (E13).*

Embora nenhum enfermeiro tenha refletido diretamente sobre o seu legado como enfermeiro gestor antes da reforma, estas e outras boas soluções não deveriam ficar num ato pensante. Ser especialista, perito, ser modelo para alguém, é ter algum estatuto, pelo que uma forma de conseguir isso poderia ser a sugestão de reforma gradual, com a passagem

destes mesmos conhecimentos e sugestões. Muitos trabalhadores são unânimes em dizer que prefeririam reformar-se gradualmente em vez de passarem diretamente de uma condição de trabalhadores a tempo inteiro para uma condição de reformados em absoluto (Fonseca, 2012).

Findas as primeiras quatro categorias, iremos analisar as quatro subseqüentes que as influenciam de alguma forma: modelo de ser enfermeiro, focos do trabalho do gestor, tomada de decisão e contributo para a mudança.

Face ao **modelo de ser enfermeiro**, todos nós somos capazes de reconhecer em alguém que, muito embora possa não ser o arquétipo da perfeição, é suficientemente capaz de nos ajudar a esclarecer dúvidas, apoiar na tomada de decisão e no desempenho das suas funções de superior hierárquico e avaliar o nosso desempenho, *“eu julgo que consigo motivar e levar d’arrasto, por isso comecei a falar que era de certa forma alguma modelo. Porque vejo que muitos colegas acabam por, e agora estou a falar dos mais velhos ou mesmo da minha idade, que acabam por referir mesmo que admiram a minha capacidade para liderar”* (E1).

Benner (2001) explica as características do enfermeiro perito como sendo detentor de competências adquiridas que o levam a seguir os seus instintos enquanto procuram por alterações nos doentes, sem descurar os diagnósticos e as soluções. Torna-se evidente que à medida que o enfermeiro adquire prática clínica o seu conhecimento se torna uma mistura de conhecimento teórico e experiência. É por isso que Benner (2001) assume que o *know-how* dos enfermeiros deve ser sempre registado.

Os entrevistados 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, *“entendo que o meu papel é mais como um chefe que tem de ser um modelo para com os meus enfermeiros. Portanto, a equipa onde eu trabalho exige algo também de mim, ou seja, o que eu tiver para dar, eu sei que vou ter mais retorno”* (E1).

A maioria das teorias de liderança é estudada pelo comportamento do líder face aos seus subordinados (Chiavenato, 2004). Assim se verifica que perante alguns dos seus relatos, *“é essencialmente o papel de... de facilitador”* (E2); *“uns profissionais que trabalham comigo, que confiam muito em mim ... e que sempre que têm alguma questão ou algum problema dirigem-se a mim para tentar resolver”* (E10), prevalece uma liderança democrática onde se verifica que as orientações são discutidas pelo grupo de trabalho, que é assistido pelo líder; é o grupo que esboça as orientações para atingir o objetivo sob aconselhamento do líder e a divisão das tarefas fica a cargo dos elementos do grupo. Estamos, então, perante um líder que pretende ser um membro do grupo e que se limita aos factos quando pretende tecer elogios/críticas (Chiavenato, 2004).

Existiu, porém, uma reflexão que os enfermeiros fizeram que não pode ser abandonada: o da antiga imagem do enfermeiro chefe: *“mas ainda há esses modelos, do enfermeiro em final de carreira, que lê o jornal, e que é o último a chegar e o primeiro a sair. ... Que é a pessoa que menos colabora no serviço, que está menos presente... que não defende os colegas. E, portanto, essa é a imagem social do enfermeiro chefe. Que muita gente ainda não percebe porque é que se chama enfermeiro gestor. E até brinca com o termo”* (E5).

Ora, após a leitura mais detalhada das várias entrevistas, e pelo facto de muitos enfermeiros gestores estarem a ser destacados para tarefas ligadas à avaliação de desempenho e gestão de recursos materiais, descrevendo-se como burocráticos e tarefeiros, diríamos que esta imagem do antigamente poderá estar a voltar, até porque estes enfermeiros relataram desmotivação com a carreira e falta de expectativas futuras.

O trabalho de Cruz et al. (2016) relativamente aos **focos do trabalho do gestor** revela que a liderança do enfermeiro está ligada aos fundamentos de enfermagem voltados para a assistência à saúde. Nessas expectativas a grande influência ocorre devido ao saber prático para o cuidado com o cliente e família, à educação contínua e à pesquisa progressiva com o intuito de atingir inovações no âmbito da profissão e a consequente construção de uma base sólida com relação à gestão dos serviços de saúde (Cruz et al., 2016, citando Ventura, 2011). O estilo de liderança de cada um é definido de acordo com a influência manifestada pelas pessoas ou grupos/equipas. Essas equipas têm um significado para os enfermeiros que ocupam estes cargos, visto que envolvem a efetividade junto ao grupo e têm um embate no trabalho diário, coletivo e partilhado. Ao exercer a prática como gestores, muitas situações de divergências de ideias, interesses e expectativas serão superadas com a habilidade na manipulação de conflitos e possibilidades de resolução desenvolvidas ao longo do tempo. Por esta razão, o líder deverá criar estratégias com auxílio da comunicação para identificação dos problemas a serem resolvidos, listar as possíveis causas e consequências e procurar alternativas que concentrem os interesses, chegando a uma decisão comum (Cruz et al., 2016).

Os focos aqui mencionados não se reportam a nenhuma gestão em particular, podendo ser aceites e alargados quer à gestão de recursos humanos, quer à gestão de recursos materiais. No que concerne às atividades que os enfermeiros gestores convidavam/direcionavam as suas equipas a seguir, demonstra-se enfoque nos serviços domiciliários, na vacinação, *“tínhamos, portanto, as consultas, os serviços domiciliários, a área da vacinação, e uma área de especialidades. Além disso, também tínhamos os programas, os diferentes programas na área dos cuidados de saúde primários”* (E1), na investigação, *“incentivo à investigação e estabeleço uma relação das diferentes unidades funcionais ... de forma a que cada vez tenham melhores cuidados de enfermagem”* (E3), na realização de auditorias e de avaliações de desempenho, *“muito auditorias também, esta última fase”* (E4); *“neste momento, essencialmente pela avaliação de desempenho. Através do Siadap, que nos consome muito tempo”* (E7).

A gestão de recursos materiais e de recursos humanos, encontra-se bem especificada no Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio, Artigo 10.º-B, que descreve o conteúdo funcional da categoria de enfermeiro gestor, que integra, na generalidade, as funções de planeamento, organização, direção e avaliação dos cuidados de enfermagem, utilizando um modelo facilitador do desenvolvimento organizacional e promotor da qualidade e segurança, revela as competências (entre outros) na gestão de recursos humanos, *“tem que estar ao lado dos enfermeiros das equipas, que funcionam e que dependem deles ... Para os ajudar a crescer”* (E3) e materiais, *“a área do material, portanto, a gestão de stocks e assim, porque também é uma área muito importante”* (E7). É, contudo, evidente que ainda se encontram bastante focados na pandemia por COVID-19, ainda que se trate, uma vez mais, de uma gestão de material: *“somos nós que gerimos o material COVID e não COVID. Eu neste momento estou a fazer a gestão do material COVID do ACES”* (E3).

Importa referir que um participante chega a denominar-se como um multifunções: *“faz tudo, faz tudo um pouco”* (E9). A ideia de enfermeiros tarefeiros, burocratas e de meros executores de ordens já foi abordada acima, uma vez que outro colega dá a entender que assim o é. Não obstante termos de ser possuidores de conhecimentos sobre as vastas áreas da enfermagem para podermos ser detentores do título de enfermeiro com competências acrescidas e avançadas em gestão, pois segundo o Decreto-Lei nº71/2019, de 27 de maio, devemos somar as funções inerentes às categorias de enfermeiro e de enfermeiro especialista, a ideia de termos de “fazer tudo”, embora não tenha sido explorada da melhor forma, não pode nem deve ser o modo de alocar um recurso com estas competências.

Todos nós tomamos decisões ao longo da nossa vida, ao longo do nosso dia-a-dia. Espera-se que a **tomada de decisão do enfermeiro gestor** seja feita com base nas suas competências, visto que no âmbito de enfermagem o processo de tomada de decisão é vista como um conjunto de “processos mentais para determinar o curso de ação, baseados na informação relevante, com consequências potenciais de cada alternativa e recurso” (www.icn.ch). Os enfermeiros entrevistados tomam decisões nos mais variados contextos e atendendo às mais variadas situações. A gestão em enfermagem não pode ser considerada estática, ou seja, é um processo dinâmico que envolve muitas variáveis, e para conhecê-las e aplicá-las é necessário um constante planeamento das ações com antecedência, daí a importante metodologia da tomada de decisões. A aplicabilidade das competências, descrição, conceptualização e adoção do modelo de gestão a ser seguido dependerá muito da filosofia em que o líder está inserido, como profissional individual e líder de uma equipa em enfermagem (Cruz et al., 2016).

No entanto, face ao estilo de liderança maioritariamente utilizado, o democrático, podem verificar-se alguns padrões em comum, como a consulta prévia da equipa, *“a meio do ano se tínhamos uma percentagem que nós precisávamos investir mais, eu junto da equipe de enfermagem tentava incutir a necessidade de fazermos mais consultas, termos mais atividades de sessões de educação para saúde”* (E1), e a colheita de dados junto da

população, *“nos dados e na satisfação das necessidades dos utentes. Para mim, o prioritário é isso”* (E6).

Notoriamente, os enfermeiros gestores conseguem perceber a importância dos padrões de qualidade ditados pela OE. Segundo este documento de 2001, na tomada de decisão o enfermeiro começa por identificar a carência de cuidados de enfermagem, para posteriormente prescrever as intervenções de enfermagem, evitando potenciais riscos e a deteção precoce de eventuais problemas, sendo que, na presença de problemas, deve resolvê-los ou minimizá-los. De seguida, na fase de implementação, é de salientar a importância da enfermagem baseada na evidência; contudo, os entrevistados não tendem a tomar a decisão de forma isolada, *“falei com os colegas, claro que não a tomei sozinha, porque se calhar imposto é menos bem aceite. Eu já tenho esta experiência em vários cenários, e quando são eles a nos dar propostas também, não ser só... aliás, o contexto de trabalho exige uma resposta minha, uma tomada de decisão”* (E1).

Atendendo ainda à descrição de enfermagem baseada na evidência como o processo de tomada de decisão em que os enfermeiros tomam decisões, utilizando a melhor evidência disponível, a sua experiência profissional e a preferência dos clientes (internos e externos), tendo em conta os recursos existentes, um outro aspeto a ter em consideração é o “respeito pelos valores, costumes e religiões” (OE, 2001) de cada cliente, sendo cada um deles um ser único, devendo assim o enfermeiro ter a “sensibilidade para lidar com essas diferenças” (OE, 2001), com o objetivo final de satisfação dos mesmos. Assim sendo, verificamos que *“nunca se toma uma decisão sem se ouvir os elementos interessados, concretamente os enfermeiros, porque são eles que transmitem as suas dificuldades, as suas fragilidades, portanto, a sua opinião”* (E3).

Para falarmos em **contributos para a mudança** temos de aceitar o enfermeiro gestor como elemento modelo e perito, como descreveu Benner (2001), não obstante muitas das vezes este não se dar conta na plenitude das suas intervenções. Incluiremos aqui algumas das intervenções enfermeiro gestor como perito e agente de mudança. O desenvolvimento das ações do enfermeiro gestor vai mais além do que mostram nos Decretos-Leis e os regulamentos das suas funções, ou até mesmo do que está descrito nas competências acrescidas e avançadas em gestão.

Ao longo das entrevistas foi auscultado bastante desânimo por parte dos enfermeiros no que concerne à progressão da carreira, mas não pudemos deixar de notar o quão importantes estes profissionais são para a população e para o bom desenvolvimento das unidades. São eles que agendam reuniões para detetar as necessidades do serviço, *“havia reunião para saber o que é que estava bem, o que é que se pretendia mudar, o que é que havia mais necessidades no serviço”* (E1), que mobilizam os recursos da comunidade para a comunidade, *“criando assim aquilo que eu chamo de rede das redes. Com o envolvimento das forças vivas das comunidades, os autarcas, as associações de utentes, quando as houver,*

de grupos de utentes ou de doentes, e todos em perfeita paridade. E mobilizar estas energias é muito difícil. Porque não é um modelo habitual” (E2), e que, só por estarem presentes, detetam as necessidades em todos os locais por onde passam, “conheço as necessidades, quer da nossa população, quer da nossa instituição e dos nossos profissionais, essencialmente, das nossas fragilidades e dos nossos aspetos mais positivos” (E3).

Trata-se de uma perícia em gestão, como explica Nunes (2010), onde se verifica a capacidade gerir recursos ou serviços, articulando com as temáticas de liderança e tornando as questões mais eficazes e eficientes no alcance de metas, tais como: *“outra estratégia que eu defini enquanto gestor foi ter presente na equipa elementos seniores e recém-licenciados, naturalmente desenvolver aqui uma estratégia de conhecimento de parte a parte. Eu penso que naturalmente foi uma mais-valia de, para, para a equipa” (E13) ou “é de facto fazer alguma crítica reflexiva, assente, sempre em factos. Eu costumo dizer, que quando levo um problema, tento levar sempre duas soluções. Isso nem sempre é bem-vindo” (E5).*

Numa tentativa dar um significado à rede alinhamento com a instituição em função do sexo e formação dos participantes, salienta-se que o sexo masculino apresenta boa apresentação no que concerne à categoria expectativas (futuras), no entanto não se faz notar na categoria suporte facilitador do papel do gestor. Face à formação, os participantes mestres tendem a ter maior representação na tomada de decisão.

Em síntese, após a explanação dos conteúdos, os discursos demonstraram existir uma grande tendência positiva para o alinhamento com a instituição, mas descobrem-se também aspetos que podem dificultar este alinhamento.

Seguidamente, abordaremos a rede competências acrescidas e avançadas em gestão e as suas seis categorias.

3.2.Competências acrescidas e avançadas em gestão

Perante o Regulamento n.º 76/2018 da OE o enfermeiro com competências acrescidas e avançadas em gestão detém um conhecimento sistematizado, no domínio da disciplina de enfermagem e no domínio específico da gestão, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área; que tem a visão da organização que integra como um todo, e o seu ambiente organizacional, desenvolvendo todo o processo de tomada de decisão e assumindo uma responsabilidade ética para com o seu cliente, com vista à obtenção de ganhos em saúde.

Esta rede foi criada com base nas seis competências que o enfermeiro gestor possui, gerando assim seis categorias (figura 3) que adotaram o nome das próprias competências. Assim é expectável que o enfermeiro gestor: desenvolva uma prática profissional de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; desenvolva um sistema de gestão de qualidade como modelo de excelência e referência para a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde e das organizações; adote estratégias de liderança que assegurem o desenvolvimento profissional e organizacional; operacionalize as funções de planeamento, organização, direção e controlo como componentes estruturantes, interdependentes e sequenciais do processo de gestão, utilizando um modelo facilitador do desenvolvimento organizacional e promotor da qualidade e da segurança; garanta uma prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde e desenvolva a assessoria e a consultadoria visando processos de mudança que agreguem valor às organizações de saúde.

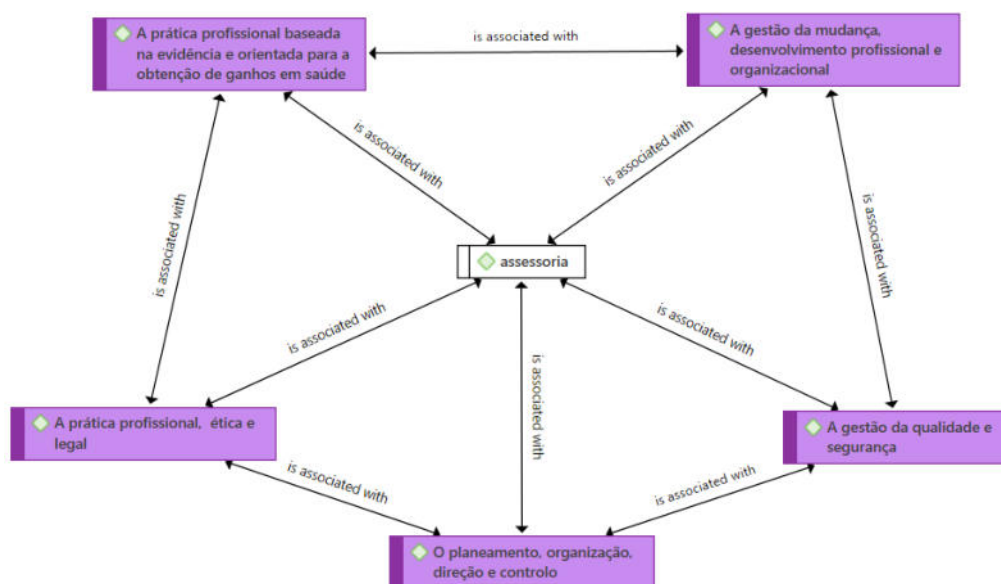


Figura 3 - Diagrama da rede de competências acrescidas e avançadas em gestão.

Não sendo viável assumir que uma categoria se sobreponha a outra, assumimos que todas as categorias possuem relações simétricas entre si. Todavia, e porque nem todos os gestores estão em posição de exercer assessoria e consultadoria, compreendemos que esta ou dependerá das restantes serem previamente exercidas ou será influenciada pelas primeiras, estando portanto centrada na figura apresentada.

Face aos dados obtidos, verificamos que a gestão da mudança, desenvolvimento profissional e organizacional, bem como a gestão da qualidade e segurança são as competências mais mencionadas pelos entrevistados, como se constata através das tabelas de correlação apresentadas no anexo IV.

Perante um gestor que atua e acredita no seu papel como agente de mudança, este estará a exercer em pleno a sua competência de promover a dinâmica organizacional: *“julgo que no fundo o chefe também tem esse papel, de promover a mudança nos serviços, logo que seja para uma mais valia”* (E1); *“nesta avaliação de desempenho às vezes fazemos auditoria aos registos para verificar se efetivamente são efetuados, ou não, as colegas já chegaram à conclusão que é preciso articular aqui com quem está a trabalhar no SNS para alterar ou para modificar a forma de registar ou colocar novas”* (E4). Ainda segundo o Regulamento n.º 76/2018 da OE, o enfermeiro gestor deve ser capaz de interpretar e desenvolver os processos de mudança através dos métodos de gestão adequados, que influenciam a dinâmica organizacional. Ele assume-se como agente de mudança responsável pelo desenvolvimento profissional dos membros da sua equipa. Assim, reconhece o desenvolvimento profissional como um processo contínuo de aquisição e aprofundamento de competências para um desempenho ótimo e um elemento facilitador e estimulador da eficácia organizacional.

Camelo et al. (2016) suportam que os enfermeiros gestores precisam de conhecer os meandros da sua instituição de forma a que os valores reflitam a missão institucional, a fim de profissionalizar a função que exercem.

No contexto atual, em que o mundo do trabalho está a passar por transformações e mudanças de paradigma e em que cada vez mais se exigem trabalhadores multifacetados e integrados na equipa e na organização, o enfermeiro gestor não pode estar somente direcionado ao cuidado. Deve, portanto, assumir o papel de gestor de relações e executor de procedimentos. Efetivamente, para responder às demandas do seu cargo o gestor deve adaptar as suas atitudes e comportamentos e relacioná-los não só à sua formação técnica, mas também à forma como estimula os aspetos relacionais no ambiente de trabalho (Camelo et al., 2016).

A competência da gestão pela qualidade e segurança mencionada pelo mesmo Regulamento n.º 76/2018 da OE assenta em conhecimentos, aptidões e atitudes no âmbito dos princípios da qualidade e visa avaliar e melhorar continuamente a qualidade da prestação de cuidados de saúde e das organizações. Está vocacionado para a satisfação do cidadão, por isso, tal como diz um dos participantes, *“nunca nos podemos esquecer que o propósito das organizações de saúde é prestar cuidados de saúde de qualidade. (...) e em função do que pretendemos deveria ser possível ajustarmos a composição e dimensão dos fatores de produção”* (E2). Um bom exemplo em prol da competência pela qualidade, verifica-se quando o gestor, com recurso aos indicadores, tenta melhorar alguns aspetos que estão a condicionar uma ou mais valências. Assim, como este participante, que procura a melhoria dentro da sua equipa, outros adotaram a mesma linha de pensamento: *“eu verifico..., porque há um registo feito no SClínico, ... por exemplo, nas consultas de planeamento familiar, consegue-se só 20%, e estão a ter dificuldades, porque não estão provavelmente a desenvolver estratégias para conseguir aumentar aqui este indicador. O que é que eu*

posso fazer? ... e o que está melhor é para manter” (E4). Seria importante refletir sobre o facto de passarmos por uma crise com falta de profissionais nos CSP e onde muitos profissionais estiveram ou estão de convalescença devido à pandemia por COVID-19. Num estudo de Reis et al. (2019) demonstra-se que “os enfermeiros gestores foram enfáticos ao descrever claramente que a insuficiência de trabalhadores, em especial da equipe de enfermagem, é um ponto chave que dificulta o cuidado seguro e qualificado, por conseguinte, a implantação das estratégias de segurança do paciente” (Reis et al., 2019, p.3). Importa reforçar que para que as pessoas se sintam comprometidas com a segurança dos doentes, é necessário contribuir para o trabalho em equipa efetivo e corresponsabilizar os envolvidos. Para se obter esta relação de forma consolidada, é necessário o envolvimento de todas as áreas, nomeadamente dos gestores, para promover condições de trabalho que motivem parcerias e práticas para a implantação da cultura de segurança (Reis et al., 2019).

A prática profissional, ética e legal terá sido a menos mencionada. *“Nós temos aquele papel dito advogado dos utentes ... Mas na realidade, a classe de enfermagem tem um papel fulcral na organização dos cuidados de saúde” (E7); “é um grande desafio, que é uma grande responsabilidade, e depois, no prato da balança ter as suas pessoas, ... e no outro prato da balança, de ter os interesses da organização” (E5).* Não obstante se verificar na nossa prática diária, onde o

Enfermeiro Gestor reconhece e demonstra um exercício de gestão com conduta ética que reflete o seu compromisso social com o bem-estar e segurança do cidadão, bem como a responsabilidade da qualidade e segurança do ambiente de trabalho, utilizando como referências, na sua prática diária, as normas legais, os princípios éticos e a Deontologia Profissional (Regulamento n.º 76/2018, de 30 de janeiro, OE, 2018).

Pereira et al. (2015) explicam que “a enfermagem compreende um conjunto de componentes de conhecimentos científicos e técnicos reproduzidos por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas na prestação de serviços ao ser humano, no seu contexto e circunstância de vida” (Pereira et al., 2015, p.1876). O estudo que estes autores desenvolveram permitiu identificar algumas características e habilidades de um líder, valorizando, principalmente, a comunicação eficaz e eficiente e a ética. Neste sentido, torna-se muito importante o aperfeiçoamento do comportamento ético do profissional de enfermagem, que passa pelo processo de construção de uma consciência individual e coletiva, pelo compromisso social e profissional e pela responsabilidade do plano das relações de trabalho com fortalecimento nos campos técnico, científico e político (Pereira et al., 2015).

Ao contrário do que seria expectável, a assessoria ocupou o seu espaço nas competências desempenhadas pelos enfermeiros, aliás, seis enfermeiros a nível local/regional desenvolvem a sua atividade no âmbito de apoio técnico para o desenvolvimento de políticas de saúde, envolvendo-se e interferindo diretamente em todas as fases dos processos, *“respondo a todas as necessidades e resposta, dentro das políticas organizacionais, que é necessário”* (E6); *“estando no conselho coordenador da avaliação, portanto, daqui saem normativas, daqui saem procedimentos, saem basicamente orientações, tendo por base, não só legislação geral, como os padrões, o REPE, etc. etc. etc. Sai da direção de enfermagem e do conselho de coordenação”* (E4). Neste sentido, constatamos que os entrevistados respondem facilmente ao Regulamento n.º 79/2018 quando as suas competências assentam num conhecimento no domínio do planeamento estratégico, de liderança, marketing, gestão financeira, gestão de projetos, governação clínica e de poder executivo, tendo como foco a intervenção política, assessoria e consultadoria.

Assim se verifica que no âmbito da assessoria e consultadoria a

reformulação e a implantação de sistemas de saúde, associada à incorporação cada vez mais acentuada e rápida de novas tecnologias vêm requerendo do enfermeiro um conjunto de conhecimentos políticos, teóricos, técnicos e operacionais relativos às políticas de saúde, à legislação, à economia em saúde e aos processos de gestão propriamente ditos, que lhe permitirão ampliar e consolidar novos espaços de atuação por meio da prática profissional crítica e competente (Chaves & Tanaka, 2012, p.1276).

É interessante salientar que nenhum dos participantes mencionou que desempenha funções compatíveis com as seis competências da gestão, sendo que dois participantes chegam mesmo a mencionar que desempenham apenas uma dessas competências, como se poderá constatar na tabela constante no anexo IV.

Realizando uma breve interpretação com base no sexo e formação relevante dos participantes, verificamos que existem competências acrescidas e avançadas em gestão com fraca representação para o sexo masculino, como a assessoria e a consultadoria, a prática profissional ética e legal e a competência em planeamento, organização, direção e controlo. Face à formação, tendencialmente, os participantes com grau de mestre direcionaram as suas intervenções para a competência em planeamento, organização, direção e controlo.

Dos 110 registos colhidos sobre as competências acrescidas e avançadas em gestão verificamos nos discursos dos participantes duas grandes representações nas áreas da gestão da qualidade e segurança e gestão da mudança e desenvolvimento profissional e organizacional, seguindo-se o planeamento, organização, direção e controlo. Salientamos

ainda a fraca representação de discursos ligados à prática profissional, ética e legal, como demonstra a figura 4.

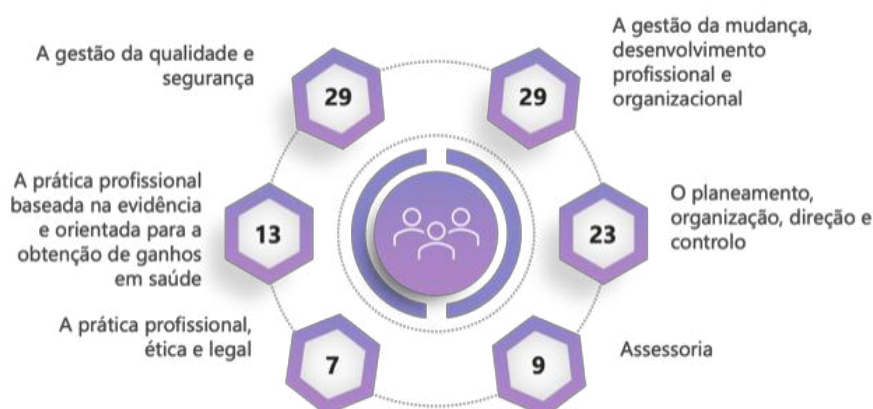


Figura 4 - Representação dos discursos face às competências acrescidas e avançadas em gestão.

Sumariando, face à rede de competências acrescidas e avançadas em gestão compreendemos as seis competências como sendo as seis categorias, nomeadamente: prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde; a gestão da mudança, desenvolvimento profissional e organizacional; gestão da qualidade e da segurança; planeamento, organização, direção e controlo; prática profissional ética e legal e assessoria.

Em seguida, exporemos o enquadramento da atividade do gestor como rede e as seis categorias que melhor a definem.

3.3. Enquadramento da atividade do gestor

O conteúdo funcional da categoria de enfermeiro gestor, perante o Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio, Artigo 10.º-B, integra as funções de planeamento, organização, direção e avaliação dos cuidados de enfermagem (utilizando um modelo facilitador do desenvolvimento organizacional e promotor da qualidade e segurança), a gestão de recursos humanos e materiais, a divulgação de informação (implementando auditorias), a prática clínica baseada na evidência, a promoção da formação e as funções de assessoria técnica. É claro que, de acordo com o novo modelo das USF e de forma a salvaguardar a autonomia dos enfermeiros que se encontram a exercer nas mesmas, era importante encontrar a tal figura

de “enfermeiro interlocutor” e aprender uma vez mais a listar as atividades, delegá-las corretamente, priorizá-las e controlar sua execução. De forma a acurar quais as atividades que os gestores entrevistados consideram importantes no desenrolar das suas tarefas diárias, estabelecemos seis categorias: dia escolhido para o relato com significado, prestação de cuidados, atividades relevantes, funções do gestor, papel da instituição e incumbências diárias (Figura 5). Não sendo viável assumir que uma categoria se sobreponha a outra, assumimos que todas as categorias possuem relações simétricas entre si.

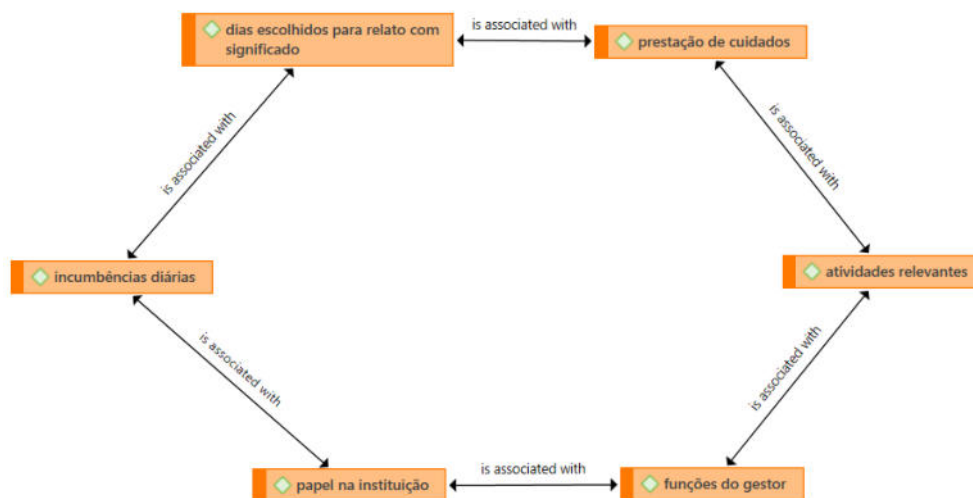


Figura 5 - Diagrama da rede de enquadramento da atividade do gestor.

Iniciando a análise pelo **dia escolhido para relato das suas atividades com significado**, verificamos que os participantes ora optam pela segunda-feira, ora pelo dia da entrevista ou por um dia complicado de gestão com reuniões e afins, *“hoje foi um dia de reunião da direção de enfermagem, que é um dos órgãos que existe nos cuidados de saúde primários e, portanto, nós hoje tivemos a primeira reunião da direção de enfermagem do ano”* (E7).

O que inicialmente foi pensado para ser mais uma questão de entrevista a fim de aferir uma vez mais as atividades desenvolvidas pelos gestores, tornou-se numa categoria que traz alguma curiosidade pela forma como os enfermeiros entrevistados a abordaram. Ainda que muitos dos seus relatos remetam para a situação atual que se encontram a vivenciar, a fase da vacinação contra a COVID-19 e a fase de avaliação de desempenho dos seus colegas, a verdade é que fizeram questão de escolher um dos dias atarefados, preenchidos ou com algo diferenciador e característico da gestão.

A questão orientadora era clara: *“Partilhe um dia representativo da sua prática de gestão.”* Factualmente e por tudo o que tem sido abordado, qualquer dia seria um dia representativo de gestão. No entanto, mesmo os enfermeiros que manifestaram desagrado em apenas desempenhar tarefas burocráticas, foram suficientemente capazes de desenrolar um dia

positivo. Os enfermeiros gestores entrevistados, de um modo geral, preferiram descrever a sua posição de chefia. Assim, os seus discursos focam-se no relato de dias preenchidos, *“ah no dia de ontem, comecei por aproximar os meus colegas, que tínhamos que, só estávamos três, ..., portanto iríamos fazer aquilo que pudéssemos e então começamos todos a trabalhar, os três, e pronto e conseguimos fazer aquilo que tínhamos previsto... fomos um bocadinho mais sucintas, não é, às vezes temos que ser nos ensinamos, ... tive uma reunião, depois de parte de tarde, que todas as quintas feiras temos uma reunião”* (E9), salientamos do discurso o conseguir atingir objetivos e a valorização das reuniões nos processos de trabalho, contudo, recordemos que as reuniões têm em si um custo elevado para as instituições: *“muita gente pensa que tem de participar em muitas reuniões, o custo total destas está muitas vezes escondido”* (Hall, Alan & Hall, Kevan, 2018, p.29).

Várias fontes podem influenciar o processo de tomada de decisão, até mesmo o dia da semana, como nos refere um participante: *“à segunda-feira, estou a entrar ao serviço. Há mais afluência de pessoas ao serviço. ... Normalmente a minha segunda-feira apesar de ter mais movimento no serviço, os enfermeiros estão mais bem dispostos”* (E1); contudo, é de recordar que *“os verdadeiros líderes devem de ocupar-se genuinamente com as pessoas”* (Lança, 2012, p. 81), o que se torna evidente neste discurso.

A avaliação do desempenho é uma atividade complexa e contínua, porque o gestor tem que observar os desempenhos para ter dados para avaliar, com momentos particulares para a sua concretização, como sejam as entrevistas iniciais, de continuidade e finais, pelo que se exige, de acordo com o artigo 5.º, alínea 2, da Portaria n.º 242/2011, de 21 de junho, *“os comportamentos a considerar no parâmetro «Comportamentos profissionais» ...Orientação para resultados; Planeamento e organização; Conhecimentos especializados e experiência; Responsabilidade e compromisso com o serviço; Relacionamento interpessoal; Comunicação; Trabalho de equipa e cooperação; Coordenação; Tolerância à pressão e contrariedades”* (Portaria n.º 242/2011, de 21 de junho, Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde, 2011); porém, os participantes referem as partes formais como significativas *“ultimamente maioritariamente é preparar as fichas de avaliação das colegas. ... muitas vezes ao centro de vacinação com falta de pessoal. Portanto, a gente também tem que se adequar”* (E4).

Sobre a **prestação de cuidados**, percebemos se os enfermeiros gestores se dedicavam a outras atividades além das da gestão. Do ponto de vista das suas atitudes, assumimos que o código deontológico e o regulamento do exercício da profissão sejam cumpridos, imperando o dever pela liberdade, dignidade humana e valores do Homem e do grupo. De acordo com o artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio, a todo e qualquer enfermeiro cabe identificar necessidades de cuidados de enfermagem no âmbito da promoção de saúde, da prevenção da doença, do tratamento, da reabilitação e readaptação funcional e da palição. Pelo que é necessário *“verificar que tipo de intervenções foram desenvolvidas, porque é que foram desenvolvidas aquelas intervenções. Porquê? ... E se eu vou ali, eu vou conseguir*

perceber com alguma facilidade o que é que este cuidador já sabe fazer, e então o que é que eu preciso de o preparar para além disto” (E4).

Os enfermeiros gestores também devem manter competências em planear e prestar os cuidados de enfermagem, tendo em conta as necessidades de cuidados identificados, estabelecendo prioridades de acordo com os recursos disponíveis para posterior avaliação e registo de informação (artigo 9.º do Decreto-Lei 71/2019, de 27 de maio, Presidência do conselho de Ministros, 2019). Como já percebemos, os nossos entrevistados mantiveram-se muito focados na vacinação contra a COVID-19 e alguns foram líderes em todo este processo. Claro que também exigiu deles a alocação de outros recursos nas unidades fixas para colmatar as falhas de recursos humanos durante baixas e isolamentos; no entanto, não é clara a prática clínica de outras atividades de âmbito geral. Porém, há um participante que claramente explica uma das atividades que prefere ser ele a fazer porque compreende que posteriormente lhe facilitará a gestão de stock, que é o aprovisionamento de material e medicação de frio: *“costumo arrumar, ...Por exemplo, as agulhas de 3 cm³ estão todas direitinhas, depois as outras que me mandaram de insulina estão direitinhas... hoje ainda não tive tempo, mas amanhã, se Deus quiser, vou arrumar o frigorífico todo, está tudo empacotado, dez a dez” (E9).* Evidenciamos, assim, o cumprimento de funções previstas no artigo 10B, alínea a), do Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio, “a) Gerir os recursos da unidade ou serviço, otimizando as respostas às necessidades em cuidados de saúde das pessoas, grupos e comunidade, defendendo os princípios do Serviço Nacional de Saúde, bem como o respeito pela ética e pela deontologia do exercício da enfermagem” (Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio, Presidência do conselho de Ministros, 2019).

Os gestores devem, pois, participar em processos formativos, contribuindo para a valorização profissional, entre outros (artigo 9.º do Decreto-Lei 71/2019, de 27 de maio, Presidência do conselho de Ministros, 2019). Onde a valorização profissional não pode ficar circunscrita nem à mercê de avaliações numéricas, é importante que o enfermeiro se envolva na prestação de cuidados e se sinta realizado pelos ganhos que obtém nos cuidados ao utente/família, assim *“sempre tentei incutir na minha equipa e é isso que deseja os colegas que efetivamente se envolvam e assumam obviamente como líderes gestores das unidades de saúde e principalmente gerir cuidados do utente” (E13).*

Várias poderão ser as causas para a falta de envolvimento na prestação de cuidados diretos dos gestores, cujos dados fomos colhendo e pesquisando nas anteriores categorias. Desde as características das instituições de saúde, às múltiplas fontes de poder (líderes hierárquicos superiores burocráticos), aos valores centrados na produtividade e à posição que de facto ocupa o enfermeiro gestor. Os recursos financeiros insuficientes, o pessoal desmotivado e insatisfeito, as taxas de absentismo (devido à pandemia, mas não só), a mobilidade entre unidades e o esgotamento do pessoal de saúde poderão ser algumas das causas que impedem a intervenção dos enfermeiros gestores também na prestação de cuidados direta, considerando tudo aquilo com que já têm de lidar. Verificamos serviços de saúde custosos,

cada vez mais desumanizados, centrados na técnica e na doença, que se esquecem da pessoa, do cliente, da família e do enfermeiro que cuida. Por tudo isso, talvez, de entre os entrevistados, apenas três mencionaram o desempenho de algumas destas atividades como a gestão e organização de materiais, a valorização da equipa e a gestão de cuidados ao utente e família.

Ao longo das entrevistas aferimos a perceção dos enfermeiros sobre a existência de **atividades na gestão mais relevantes** ou que consideram como fundamentais no seu exercício profissional; para isso, tentamos apurar quais eram as áreas a que se dedicavam mais, apesar de alguns entrevistados encararem todas as funções que desempenham com igual importância, *“eu acho que são todas relevantes. Todas elas acabam por contribuir para a melhoria da qualidade do desempenho dos enfermeiros. Porque, seja em verificar estratégias de melhoria para que consigamos melhorar os indicadores”* (E4).

A verdade é que alguns reconhecem que dedicam mais tempo aos recursos humanos, *“eu diria que os recursos humanos, considero que é o maior desafio que o enfermeiro gestor tem hoje em dia, e noutras áreas também. ... Gerir pessoas... é preciso ter uma grande, como é que hei de dizer... é um grande desafio”* (E5), enquanto outros se dedicam mais à gestão de stock, *“a gestão de stocks é muito importante. ... As duas têm um fator importante económico. ... Na gestão do material, é mais fácil ver o impacto económico de uma gestão”* (E7). No entanto, e devido à particularidade do cargo que ocupa, um dos participantes descreve como sendo relevante a realização de programas de saúde: *“neste momento temos em desenvolvimento um programa de governação integrada para... a promoção também à adesão ao regime terapêutico”* (E2).

Com a pandemia, os líderes tiveram que priorizar as atividades de forma diferente do habitual, contudo recordemos que *“gerir e liderar são duas valências necessárias para levar as equipas a atingir os seus objetivos com sucesso e eficiência”* (Fachada, 2014, p.33). Sendo uma das perguntas do guião de entrevista “Que atividades desenvolve enquanto gestor de uma unidade de CSP? Das atividades que considera mais relevantes, como as desenvolve?”, os enfermeiros não foram capazes de expor com detalhe as atitudes que adotam como líderes para gerir eficaz e eficientemente nem os recursos humanos nem os materiais. De acordo com Silva et al. (2016) os líderes em enfermagem têm necessidade de refletir e realizar uma autoavaliação à sua liderança, procurando as perceções da equipa sobre as suas ações e sobre as práticas adotadas, visto que as práticas de liderança são indicadores potentes de desempenho do trabalho da equipa de enfermagem.

Quando se estabeleceu a categoria de **funções do gestor**, pretendíamos esmiuçar, à luz do Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio, artigo 10.º-B, o conteúdo funcional da categoria de enfermeiro gestor, onde para além das funções inerentes às categorias de enfermeiro e de enfermeiro especialista, se verificam as funções de planeamento, organização, direção e avaliação dos cuidados de enfermagem, e ainda gerir os recursos da unidade com respeito

pela ética e pela deontologia do exercício da enfermagem, *“a parte da gestão da farmácia e do consumo clínico E isso é uma grande responsabilidade”* (E5), bem como gerir os recursos humanos e tudo o que a estes é inerente, promovendo um bom ambiente de trabalho e garantindo práticas com base na evidência, *“qualquer enfermeiro gestor que consiga motivar a sua equipa em determinado caminho, em determinada qualidade de cuidados, em determinadas áreas a desenvolver, acaba por ter um papel fundamental porque consegue mesmo que a equipa toda vá andando na direção que ele vai orientando”* (E7).

Cabe ao gestor promover a implementação de processos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e participar nos processos de acreditação e certificação. De igual forma, deve promover a comunicação interna, *“podemos utilizar para além do contacto informal do dia a dia, do estar com as equipas, do perceber o sentimento e perceber as expectativas das equipas, isso faz-se de forma informal muito bem. Depois temos ainda os sistemas de avaliação de desempenho, que nos dão algo”* (E2), uma vez que a *“comunicação interna de uma organização é crucial para a eficácia da gestão”* (Dalcol et al. 2019, p.3, citando Gonçalves, 2010, p. 46).

As auditorias são técnicas importantes para a gestão dos serviços, quer sejam internas ou externas, e de facto estão ligadas às funções dos gestores, designadamente, colaborar e implementar auditorias internas com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados; garantir a monitorização de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, com o recurso às tecnologias de informação. Se atualmente a pretensão das empresas é manterem-se competitivas, é sabido que um dos maiores fatores críticos para que uma empresa alcancem os seus objetivos é tomar decisões de modo eficiente, terem uma boa liderança e manterem os seus trabalhadores envolvidos (Domingues et al., 2020).

Os indicadores de desempenho poderão ser um elemento de alta relevância para os gestores na tomada de decisões. Importa distinguir objetivos de indicadores. Embora que uns dependam dos outros, os objetivos *“devem ser capazes de expressar com clareza um determinado intento, esclarecendo os colaboradores o que a empresa pretende conseguir num determinado aspeto e num determinado período de tempo”* (Domingues et al, 2020, p. 130, citando Caldeira, 2012), ao passo que *“os indicadores chave de desempenho (KPI) são métricas que quantificam a performance de processos da empresa de acordo com as estratégias e objetivos organizacionais”* (Domingues et al., 2020, p.129).

No decorrer das entrevistas, foi evidente que os entrevistados se munem dos dados colhidos através dos sistemas de informação para inferir os indicadores que precisam ser alterados e trabalhados em prol da sua comunidade: *“quando as minhas decisões se dirigem à satisfação das necessidades da população, as decisões são tomadas em função do diagnóstico de situação de saúde, que é feito através da análise dos indicadores de saúde estabelecidos para determinada comunidade ou população”* (E2).

Em suma, assim se consegue perceber que de entre as atividades que possam desempenhar como gestores, as mais mencionadas encontram-se relacionadas com a gestão e aprovisionamento de material e com a avaliação do desempenho dos seus profissionais. Verificamos uma importância na monitorização de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, enquanto que outros enfermeiros gestores preferem não descurar a promoção de um bom ambiente de trabalho.

O **papel na instituição** foi obtido pela determinação de como os próprios enfermeiros caracterizavam o papel que ocupam na instituição em relação à função que deveriam ou que desempenham como gestores - a forma como é perspectivada a sua classe na instituição.

Moreira et al. (2019) sumaria os fatores que influenciam positivamente e negativamente a satisfação profissional dos enfermeiros dos CSP. Ainda que não direcionada aos gestores, muita da revisão da literatura que apresenta esclarece, de certa forma, a satisfação e insatisfação profissional que se verifica. O autor entende, então, que a satisfação provém dos seguintes fatores: “Cultura organizacional e o investimento no ambiente de trabalho; Suporte organizacional; Existência de interação/proximidade com o utente; Trabalho em equipa; Relações profissionais cordiais entre médico e enfermeiro; Autonomia; Sentimento de pertença colegial; Equilíbrio entre vida profissional e pessoal” (Moreira et al., 2019, p.53).

Compreendemos que quando um profissional atende “*quer aos objetivos da instituição, quer aos da Direcção-Geral da Saúde ou do Ministério da Saúde, quer da própria Ordem... e à parte deontológica*” (E4) compreende a dimensão envolvida à sua volta e geradora de satisfação profissional. Pelo contrário, a insatisfação advém de:

Pouco controlo organizacional; Défices no contexto organizacional; Implementação problemática de recursos; Relações desfavoráveis com a administração; Falta de acesso adequado a informação e apoio organizacional; Falta de estrutura organizacional para avaliar o desempenho; Ausência de feedback sobre os cuidados prestados; Definição de função limitada dentro da configuração de emprego; Inexistência de tempo para a necessidade de cuidados dos utentes; Escassez de recursos humanos; Espaço físico inadequado para a prestação de cuidados; Falta de lista de utentes atribuída; Ausência de reconhecimento e respeito pela profissão; Falta de independência na prestação de cuidados; Limitação do papel de enfermagem; Perceção de falta de compreensão; Baixa remuneração salarial para o trabalho desenvolvido e qualificações existentes; Falha nos modelos de financiamento e políticas de saúde (Moreira et al., 2019, p.53).

Através de alguns comentários é possível verificar alguns constrangimentos com o papel ocupado pelo enfermeiro gestor no atual modelo de USF *“neste momento eu nem sei o que lhe dizer. Olhe é o pior possível. Como gestora é o pior possível”* (E8).

Uma das razões apontadas é o déficit no contexto organizacional, *“não estamos a ser rentabilizados na categoria que temos, com a experiência que temos, não estamos a ser rentabilizados”* (E8). As relações desfavoráveis com a administração ou superiores hierárquicos também se verificou, *“escreveu coisas (Eu: Coordenadora esta que não tem nada a ver com enfermagem) sim, sim não tem nada a ver com enfermagem ... mas implica com... Ela chegou a dizer uma coisa... isso é de uma ditadora”* (E9). É notória a definição de função limitada dentro da configuração do gestor (neste caso): *“continuou a ser eu a gestora porque já era antes no antigamente ... mas se lhe disser que o ACES não reconhece em mim essa organização acredita... mudam as funcionárias ... sem me dizer nada... porque acham que não têm de me dizer nada”* (E11). De salientar, que muitos enfermeiros tendem a realçar ao longo das entrevistas o pouco controlo organizacional que têm, quer isso se deva ao conteúdo funcional no qual estão assentes, *“nas USF elas têm a sua autonomia, elas ... autogerem-se ... ali o elemento principal é o coordenador da unidade, ... o enfermeiro depende diretamente do coordenador e não depende da sua gestão”* (E14), quer se deva ao papel que os gestores acham que ocupam na instituição, *“aqui o coordenador desta unidade tem de ser levado a votação e é o grupo que escolhe o coordenador da unidade pronto, de maneira que eu como gestor poderia estar aqui numa situação... eh não queremos este ou queremos aquele; neste momento nunca senti isso, mas pode acontecer”* (E14).

Não obstante a profissão de enfermagem ser autónoma, também atua, tal como todas as outras profissões da área da saúde, de forma interdependente para um único objetivo em comum: a satisfação das necessidades do utente/família; de facto, a autonomia conferida às USF através do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, poderá estar na base da dificuldade sentida por alguns dos enfermeiros gestores na coordenação das suas equipas. O facto de serem eleitos não como ato meritório, ditado pelas suas reais competências, mas por convite pode-se tornar ainda mais constrangedor numa unidade. Tal torna-se real quando enfermeiros especialistas tomam o lugar dos enfermeiros gestores no desempenho das suas funções. A isso acresce-se o facto da OE ter remediado a situação com o parecer de 2018 e com o surgimento do enfermeiro interlocutor. Assim, verificamos uma permanência de USF sem um enfermeiro gestor presente na direção, com manifestas dificuldades em avaliar a sua equipa.

No desempenho das nossas atividades existe sempre um agregado de atividades que se repetem. No âmbito da gestão, ou não, seria expectável obter um conjunto de atividades que os enfermeiros mencionassem como sendo habituais e rotineiras. Por este motivo, foi criada a categoria **incumbências diárias**. Se conseguíssemos fragmentar as atividades do enfermeiro gestor, poderíamos adotar a classificação de Motta et al. (2009). Para estes autores, o enfermeiro gestor apresenta funções administrativas, técnicas e relacionais

mediante a tarefa que deve concluir ou desempenhar. Assim, e citando Trevizan et al. (2006), Sanches et al. (2003) e Motta et al. (2009) descrevem que as funções administrativas são focadas na coordenação do serviço de cuidado de enfermagem, na avaliação e supervisão do trabalho da equipa técnica e na realização de burocracias como as faltas, escalas, participação de reuniões, entre outras.

Assim se verifica que as funções de ordem administrativa e técnica são as que prevalecem neste estudo, ao qual se faz jus pelo desempenho quase diário de algumas burocracias, tais como, participar em reuniões, consultar e responder a e-mails, *“normalmente chego ao trabalho, vejo e-mails, dou resposta aos e-mails que tenho.... E reuniões...”* (E4), e produzir mapas de assiduidade e férias, *“a nível de assiduidade, assiduidade é toda comigo (eu: ok) desde, desde férias, validação numa plataforma digital isso também é tudo comigo, ... a gestão de compromissos”* (E8).

Através da tabela seguinte (tabela 1) podemos verificar que em pesquisa direccionada para as palavras avaliação, material, reunião, férias e assiduidade na categoria em discussão, a avaliação predomina com 63,83%, sendo a assiduidade a menos mencionada, com apenas 2,13%.

Palavra	Contagem	%
Avaliação	30	63,83
Material	8	17,02
Reunião	5	10,64
Férias	3	6,38
Assiduidade	1	2,13

Tabela 1 - Distribuição de palavras de inclusão para a categoria incumbências diárias.

Quanto às funções de ordem técnica, estas visam assegurar a manutenção e a aquisição de materiais essenciais (vestuários, medicação, lavandaria). Também é expectável que o enfermeiro tenha domínio do conhecimento e das habilidades específicas para exercer o cargo de gestor, para repassar as instruções, disseminar informações e dados, deliberar e encaminhar as ações em conjunto com outros departamentos; tomar as decisões e encaminhar as mesmas; planejar, elaborar e aplicar os planos de ações; criar mecanismos de fluxo de comunicação com as outras unidades, entre outros (Motta et al., 2009, citando Barbieri & Hortale, 2005; Higa & Trevizan, 2005; Mendes & Marziale, 2006; Sanches et al., 2006). Face à gestão de materiais, entre outros, os nossos entrevistados mantêm-se atentos às necessidades da instituição participando em vários projetos, como por exemplo na *“comissão da qualidade e segurança, a gestão do risco, a equipa de prevenção da violência,*

o stock de material também poderá ser, ser coordenador ou responsável de determinado projeto, ter artigos ou não publicados ou comunicações, ser avaliador” (E7).

As funções relacionais requerem habilidades e atitudes para liderar e gerir a equipa, conciliando os interesses da organização com os dos trabalhadores. É então necessário ter a capacidade de negociar com as diferentes categorias profissionais, articular as demandas da política institucional, administrar as situações de conflito, bem como negociar as resistências e propor resoluções assertivas (Motta et al., 2009, citando Bertoncello & Franco, 2001; Fernandes et al., 2003; Barbieri & Hortale, 2005; Higa & Trevizan, 2005). Creio que o estabelecimento de tais relações, que vão potenciar não só a instituição, mas também fortalecer o trabalhador, só podem ser desenvolvidas e promovidas através da avaliação de desempenho: *“na avaliação de desempenho deste ano... eles têm que fazer, ... nós também temos as normativas da ARS Norte, e uma das coisas que é validada e que deve ser feita... E depois deles fazerem a avaliação, a necessidade de trabalhar, ou intervir, levantar intervenções que sejam direcionadas para aquela situação em concreto... E isso vai validar quando eu faço auditoria” (E4).*

Executando uma representação desta rede pelo sexo e formação dos participantes, como se tem vindo a realizar pelas outras redes, verificamos uma fraca representação do sexo masculino no que respeita às categorias atividades relevantes e incumbências diárias. No que concerne à formação, os participantes mestres, têm grande representação na categoria função do gestor.

Verificamos que da rede enquadramento do gestor emergiram seis categorias que pretenderam enfatizar e esmiuçar as atividades que os gestores entrevistados desempenham no seu dia-a-dia.

Após a análise das categorias propostas tentamos assomar com os modelos de atuação do enfermeiro gestor em CSP.

3.4. Sustentabilidade teórica para a prática dos enfermeiros gestores

A sustentabilidade da categoria do enfermeiro gestor passará pela evolução dos conceitos teóricos e a identificação nos contextos da prática das vantagens e desvantagens para o exercício do seu papel.

Pretendíamos analisar os modelos das práticas, contudo, verificamos muita diversidade de experiências relatadas pelos participantes, podendo estas ser enquadradas nas diversas teorias de gestão, o que nos levou a criar um modelo (Figura 6) a partir dos seus discursos.

Salientamos a importância de compreender até que ponto os gestores seguem modelos específicos nas suas práticas e, como Polit e Beck (2019) referem, que um modelo pode ser utilizado para unir conceitos com o menor número de palavras possível. Uma vez que as palavras podem ter conceitos diferentes para pessoas diferentes, a representação visual do fenómeno poderá ajudar a compreender as práticas que emergiram dos discursos, ainda que, não se tenham constituído com profundidade suficiente para identificar um modelo único.

Os modelos conceituais fornecem uma perspetiva a fenómenos inter-relacionados, mas encontram-se menos estruturados do que as teorias, e não ligam os conceitos, formando um sistema dedutivo logicamente derivado (Polit & Beck, 2019), o que nos levou a visitar as teorias para encontrar o fio condutor das práticas de gestão.

Atendendo à temática e após a análise e discussão dos resultados, à luz do conceito de modelo de Polit e Beck, facilmente se constata a multiplicidade de formas de atuação do enfermeiro gestor em CSP. As práticas que emergem dos discursos cruzam-se e são comuns, o que respeita ao alinhamento com a instituição, às competências acrescidas e avançadas em gestão e ao enquadramento das atividades de gestão.

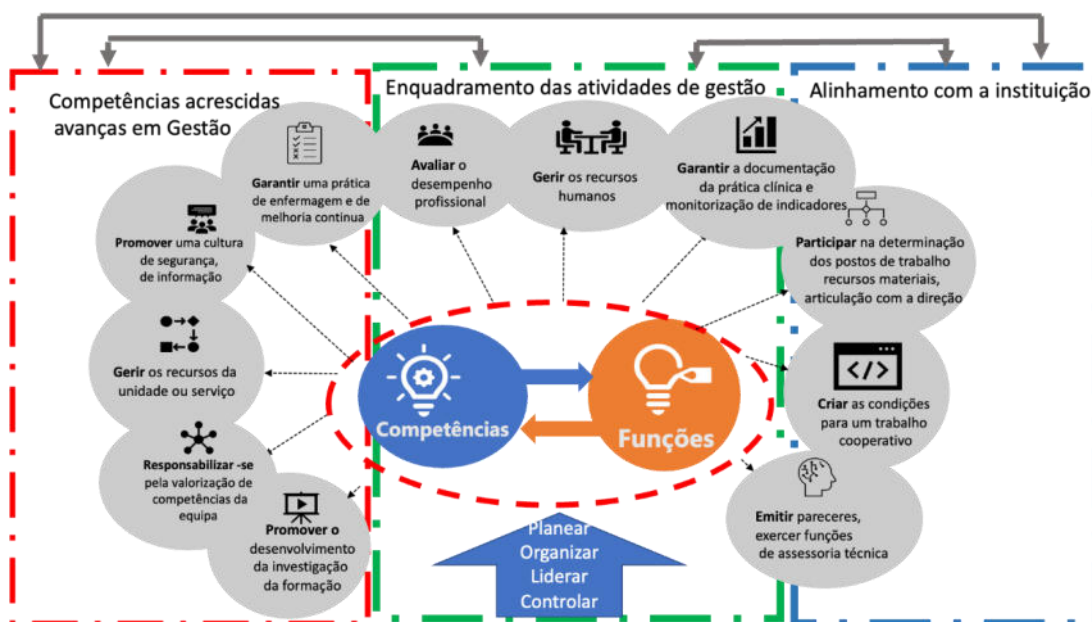


Figura 6 - Modelo emergente da gestão em enfermagem na comunidade.

O trabalho do gestor é diversificado e incorpora atividades em torno das funções agregadas em temáticas específicas e sustentadas nos três pilares identificados, nomeadamente,

competências acrescidas e avançadas em gestão, enquadramento das atividades de gestão e alinhamento com a instituição, sendo que é expresso nos discursos o processo básico de gerir, planejar, organizar, liderar e controlar.

As atividades específicas estão intimamente relacionadas com as competências e funções de gestão, verificamos uma interação entre elas com maior ou menor representação. Foram identificadas as ações de: **Gerir** os recursos humanos; **Avaliar** o desempenho profissional; **Garantir** a documentação da prática clínica e monitorização de indicadores; **Participar** na determinação dos postos de trabalho e de recursos materiais em articulação com a direção; **Criar** as condições para um posto de trabalho cooperativo; **Garantir** uma prática de enfermagem e de melhoria contínua; **Promover** uma cultura de segurança, de informação; **Gerir** os recursos da unidade ou serviço; **Responsabilizar-se** pela valorização de competências da equipa; **Promover** o desenvolvimento da investigação da formação; **Emitir** pareceres e exercer funções de assessoria técnica. Estas ações evidenciam-se nos discursos, mas também na revisão teórica:

A administração tem o papel determinante para realização da tarefa organizacional de prestação de serviços e que através dela é realizado o trabalho de combinar pessoas, tecnologias e recursos para atingir os objetivos organizacionais, mediante planeamento, coordenação, direção e controle. Essa tarefa de administrar, também chamada de gerenciar, possibilita a organização de saúde, a mudança nos níveis de atenção e a qualidade de seus serviços. Porém, o gestor, além de ter conhecimentos administrativos e técnicos, precisa ter capacidade de lidar com pessoas, conhecer suas necessidades, valores e motivá-las (Santos e Andrade, 2017, p. 5, citando Junqueira, 1990).

Em linha de concordância com o exposto, apresenta-se este nosso participante: *“a linha de base da gestão, é implementar boas práticas, monitorizar, avaliar, corrigir, reconhecer. Mais do que isso, o gestor deve ser um facilitador do crescimento profissional”* (E2). Esta configura-se, sem dúvida, uma árdua tarefa que requer, mais do que conhecimento, um *know-how* sobre a temática da gestão em saúde, sobre a instituição e os seus objetivos e sobretudo sobre a sua equipa e comunidade a quem deve servir.

Gerir os recursos humanos torna-se central pois toda a mudança organizacional e competências são transversais e relacionam-se com essa gestão. Os nossos entrevistados referem que: *“eu diria que os recursos humanos, considero que é o maior desafio que o enfermeiro gestor tem hoje em dia, e noutras áreas também. ... Gerir pessoas... é preciso ter uma grande, como é que hei de dizer... é um grande desafio”* (E5), o que é confirmado por Pauline Kurcgant já em 1996 num dos seus estudos.

Avaliar o desempenho profissional é uma atividade considerada com significado para o acesso ao desenvolvimento da carreira e também para ajustar o profissional à mudança (Portaria n.º 242/2011, de 21 de junho). Salientando-se as especificidades da carreira especial de enfermagem, decorre, também, do n.º 1 do artigo 21.º do Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro, que a avaliação de desempenho dos trabalhadores que integrem esta carreira se rege por um sistema adaptado do sistema integrado de gestão e avaliação de desempenho na Administração Pública (SIADAP). Os participantes referem que *“podemos utilizar para além do contacto informal do dia a dia, do estar com as equipas, do perceber o sentimento e perceber as expectativas das equipas, isso faz-se de forma informal muito bem. Depois temos ainda os sistemas de avaliação de desempenho, que nos dão algo”* (E2) e ainda que *“nesta avaliação de desempenho em que a gente às vezes faz auditoria aos registos para ver se eles efetivamente são efetuados, ou não, as colegas já chegaram à conclusão que é preciso articular aqui com quem está a trabalhar no SNS para alterar ou para modificar a forma de registar ou colocar novas”* (E4).

Contudo, o sistema utilizado torna-se problemático pois os participantes mencionam que *“neste momento, essencialmente pela avaliação de desempenho. Através do Siadap, que nos consome muito tempo.”* (E7). Acresce ainda a influência na motivação para esta atividade, *“eu estou muito desiludida com o meu papel atualmente ... o papel do enfermeiro gestor no caso concreto do ACES onde eu trabalho ficou completamente reduzido a avaliação de desempenho, portanto as enfermeiras gestoras não tem um papel relevante na tomada de decisão nos processos de cuidados nem são consultadas nem integram processos da prestação de cuidados e, portanto, só são um pouco são chamadas a avaliação de desempenho porque é uma obrigação formal porque de contrário não são”* (E11).

Participar na determinação dos postos de trabalho com recursos materiais em articulação com a direção são pontos determinantes das funções dos gestores uma vez que

em quantidade e qualidade adequadas, são essenciais para a prestação da assistência em saúde, entretanto, quando limitados ou insuficientes, geram situações de conflitos no processo de trabalho gerencial, além de ser ponto de interesse e disputa por vários profissionais e unidades, pois nem sempre são distribuídos de forma equitativa (Ventura et al., 2016, p.129).

É desta forma que se os nossos participantes confirmam que *“a gestão de stocks é muito importante. ... As duas têm um fator importante económico. ... Na gestão do material, é mais fácil ver o impacto económico de uma gestão”* (E7). Não descoram, no entanto, a importância de pertencer e gerir grupos de trabalho, *“comissão da qualidade e segurança, a gestão do risco, a equipa de prevenção da violência, o stock de material também poderá ser, ser coordenador ou responsável de determinado projeto, ter artigos ou não publicados ou comunicações, ser avaliador”* (E7).

É por isso necessário **criar** as condições para um trabalho cooperativo que poderá facilmente ser remediado através da “necessidade de o gestor de saúde e os próprios profissionais conhecerem as habilidades de cada integrante da equipe, melhorarem a comunicação entre os profissionais e instituírem com frequência reuniões que propiciassem espaços de fala e de escuta” (Duarte & Boeck, 2015, p. 717). Isto só se verifica, contudo, se existir um franco trabalho de equipa: *“colegas também me ajudarem, e se forem eles a darem essas propostas, e eu a pegar na proposta deles, consigo ter uma melhor motivação da equipa e mais sucesso”* (E1).

De modo a **garantir** uma prática de enfermagem e de melhoria contínua é preciso consciencialização para os padrões de qualidade pelas quais a nossa ordem profissional se rege. O estudo levado a cabo por Ferreira, em 2015, evidencia que os padrões com maior relevância são: a promoção da saúde, onde os enfermeiros identificam as situações de saúde da população e dos recursos do cliente/família; a prevenção de complicações, onde os enfermeiros identificam os problemas potenciais do cliente, prescrevendo e implementando intervenções; a avaliação das intervenções que contribuem para evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis; o rigor científico na implementação das intervenções de enfermagem; a supervisão das atividades que concretizam e das atividades que delegam. Os nossos entrevistados compreendem que *“todas elas acabam por contribuir para a melhoria da qualidade do desempenho dos enfermeiros. Porque, seja em verificar estratégias de melhoria para que consigamos melhorar os indicadores”* (E4). Na realidade, e concordando com o participante, *“qualquer enfermeiro gestor que consiga motivar a sua equipa em determinado caminho, em determinada qualidade de cuidados, em determinadas áreas a desenvolver, acaba por ter um papel fundamental porque consegue mesmo que a equipa toda vá andando na direção que ele vai orientando”* (E7).

Promover uma cultura de segurança, de informação, não significa a substituição do Homem pela máquina, mas sim a sua colaboração na tomada de decisão.

A tecnologia facilita a gestão do conhecimento, mas não pode substituir as pessoas nem a relação entre elas. A chegada do computador foi uma inovação organizacional, pois permitiu a difusão da informação, a utilização dos seus dados produz conhecimento ... o e-learning, para além das vantagens financeiras, otimiza a qualidade da formação (Ferreira, 2015, p.161, citando Carapeto e Fonseca, 2006).

Por isso, os nossos participantes participam em *“comissão da qualidade e segurança, a gestão do risco, a equipa de prevenção da violência, o stock de material também poderá ser, ser coordenador ou responsável de determinado projeto, ter artigos ou não publicados ou comunicações, ser avaliador”* (E7).

Gerir os recursos da unidade ou serviço é algo que deve ser realizado de forma equilibrada e equitativa dentro das unidades ou então poderá ser motivo de discórdia entre os profissionais, assim explicam Ventura, Freire e Alves (2016). Os nossos gestores entrevistados parecem corroborar desta vertente, *“a gestão de stocks é muito importante. ... As duas têm um fator importante económico. ... Na gestão do material, é mais fácil ver o impacto económico de uma gestão”* (E7), e acrescentam o fator que irá influenciar diretamente o consumidor/cliente/utente, *“a parte da gestão da farmácia e do consumo clínico E isso é uma grande responsabilidade”* (E5). Mais ainda, não descoram da parte da gestão mais burocrática e talvez de comunicação hierárquica superior, quando atendem aos e-mails, *“normalmente chego ao trabalho, vejo e-mails, dou resposta aos e-mails que tenho.... E reuniões”* (E4).

Quando verificamos que *“qualquer enfermeiro gestor que consiga motivar a sua equipa em determinado caminho, em determinada qualidade de cuidados, em determinadas áreas a desenvolver, acaba por ter um papel fundamental porque consegue mesmo que a equipa toda vá andando na direção que ele vai orientando”* (E7), verificamos que este se está a **responsabilizar** pela valorização de competências da equipa. Na verdade, a um bom gestor cabe *“realizar suas práticas assistenciais dentro da unidade básica de saúde e também cumprir as ações de planeamento, conduzindo de forma humanizada suas metas para o crescimento e reconhecimento profissional dele e da equipamultiprofissional”* (Mercês et al., 2018, p.75, citando, Silva et al., 2010). A sua forma de confirmar estas competências pode ser de informal, pelo contacto do dai-a-dia, ou através do uso das plataformas de registo e/ou reuniões: *“podemos utilizar para além do contacto informal do dia a dia, do estar com as equipas, ... os sistemas de avaliação de desempenho, que nos dão algo”* (E2); *“hoje foi um dia de reunião da direção de enfermagem, que é um dos órgãos que existe nos cuidados de saúde primários”* (E7).

O importante a reter é que *“o trabalho em equipa simboliza um desenvolvimento maior nos planos traçados pelo enfermeiro, beneficiando as execuções dos projetos apresentado. Favorecendo, assim, não só a equipa como um todo, mas também a comunidade e as famílias”* (Mercês et al., 2018, p.76, citando Pavoni e Medeiros, 2009). Isso foi notório pelos relatos colhidos que nos remetem à pandemia por COVID-19: *“nosso diretor executivo é um enfermeiro, e que valoriza muito o trabalho dos enfermeiros. Felizmente que agora todos os grupos profissionais estão a valorizar muito. E esta pandemia veio provar o quanto é importante o enfermeiro nas equipas, ... E, claro, ao valorizar os enfermeiros nas equipas, valorizam o enfermeiro gestor, porque sem eles, os enfermeiros estariam condenados”* (E3).

Promover o desenvolvimento da investigação da formação deve ser uma das maiores conquistas do enfermeiro gestor: conseguir ter toda uma equipa bem formada, capaz de superar os desafios que lhe vai chegando. Ainda assim, na equipa que gerem, *“porque às vezes os enfermeiros ... São um bocadinho renitentes”* (E1), torna-se difícil implementar novas alterações na dinâmica de trabalho ou conceitos de prática clínica, não obstante a

melhor evidência científica. Todavia, um estudo levado a cabo por Teixeira et al. (2022) demonstra que “o enfermeiro gestor promove uma formação adequada aos seus recursos humanos para melhorar a sua consciência, conhecimento e habilidade cultural, de modo a diminuir as disparidades em saúde e assegurar a prestação de cuidados culturalmente congruentes a pessoas de diferentes origens culturais” (Teixeira et al., 2022, p. 6/7). E é por isso que cada vez mais os nossos gestores ambicionam que as suas equipas “*tivessem boas condições de trabalho, que conseguissem ter uma formação e ter.... Porque, sem a formação estagnar, estagnávamos. Cada vez mais enfermeiros tirassem cursos de especialização, mestrados, doutoramentos, que investissem na investigação*” (E3).

Garantir a documentação da prática clínica e a monitorização de indicadores faz parte das suas intervenções. O controlo dos dados colhidos através dos sistemas de informação é realizado para inferir os indicadores que precisam ser alterados e trabalhados em prol da comunidade. Muitas das vezes é nesses mesmos indicadores que os enfermeiros gestores se suportam para a tomada de decisão: “*quando as minhas decisões se dirigem à satisfação das necessidades da população, as decisões são tomadas ... através da análise dos indicadores de saúde*” (E2).

Está claro que os gestores não podem apenas responder à sua equipa. A visão dos indicadores chave de desempenho (KPI) irá quantificar a performance de processos da instituição, de acordo com as estratégias e objetivos, e permitir reorientá-las a partir desses resultados (Domingues et al., 2020). Por essa razão, os nossos entrevistados tendem a “*verificar que tipo de intervenções foram desenvolvidas, porque é que foram desenvolvidas aquelas intervenções*” (E4), e embora acreditem que “*todas elas acabam por contribuir para a melhoria da qualidade do desempenho dos enfermeiros*” (E4), é importante que se consigam “*verificar estratégias de melhoria para que consigamos melhorar os indicadores*” (E4).

Pese embora a pertinência dessa atuação, e do maior bem se encontrar na comunidade e não na equipa em si mesma, estando-se no papel de controlo e de líder, que busca com eficácia alcançar as metas e objetivos da instituição, nem sempre se é bem entendido: “*nós notávamos e notamos que sempre que alguém é confrontado com a sua prática e se lhe dissermos a sua prática não está correta, ..., muitos dos enfermeiros não gostavam*” (E14).

Emitir pareceres, exercer funções de assessoria técnica, compele a que o gestor seja detentor de um conjunto de conhecimentos políticos, teóricos, técnicos e operacionais relativos às políticas de saúde, à legislação, à economia em saúde e aos processos de gestão propriamente ditos, que lhe permitirão consolidar novas formas de atuação por meio da prática profissional crítica e competente (Chaves & Tanaka, 2012). Todavia, nem sempre são bem aceites e por isso “*quando é necessário nomear enfermeiros para determinados cargos ou funções sei lá ... os que eu indico não são escolhidos ... sou ultrapassada*” (E11).

Longo ainda é o caminho a palmilhar e a firmar para estes gestores das unidades de CSP. Os próprios têm bem consciência disso: *“não estamos a ser rentabilizados na categoria que temos, com a experiência que temos, não estamos a ser rentabilizados”* (E8).

Torna-se agora pertinente tentar conectar o modelo emergente da gestão em enfermagem na comunidade apresentado anteriormente com as teorias de gestão.

Chiavenato (2004) “catalogou” as diversas teorias de administração, consoante o foco de atenção que colocavam, em cinco ênfases: na estrutura, na tecnologia, nas pessoas, nas tarefas e no ambiente. Podemos afirmar que o modelo proposto não se encontra indexado a uma teoria de gestão ou de enfermagem, mas antes tem contributos das duas áreas para cada ação identificada.

Tentando sumariar as categorias de Chiavenato (2004), concluímos que: quando a ênfase se verifica na estrutura, o foco das teorias considera a administração uma ciência que cuida da configuração e da estruturação das organizações, como nos casos da teoria clássica e da teoria da burocracia. Quando a ênfase está na tecnologia, o foco das teorias considera a administração uma ciência que cuida da aplicação bem-sucedida da tecnologia na atividade organizacional, como no caso da teoria da contingência. Estando a ênfase nas pessoas, o foco das teorias considera a administração uma ciência aplicada às pessoas e suas atividades dentro das organizações, como no caso da teoria das relações humanas e da teoria comportamental. Pela ênfase nas tarefas, verificamos que o foco das teorias considera a administração uma ciência aplicada na racionalização e no planeamento das atividades operacionais, como no caso da administração científica. Por último, a ênfase no ambiente é o foco das teorias onde se considera a administração uma ciência que busca a adequação das organizações às situações que ocorrem no contexto externo, como no caso da teoria de sistemas e da teoria da contingência.

Ainda que possamos depreender que uns gestores possam ter mais inclinação para assumir um tipo de gestão mais compatível com a ênfase no ambiente, outros na pessoa, e assim sucessivamente, de facto não foi realizada uma análise de perfil que me permita realizar tal inferência. Desta forma, e assumindo que a gestão é de nível intermédio, nos gestores predomina uma componente tática que se caracteriza pela movimentação de recursos em curto prazo e pela elaboração de planos e programas específicos relacionados com a sua área ou formação (Costa, 2021).

Existe um dado que se considera relevante voltar a expor: muito embora o cargo de gestor que ocupam, apenas 71% dos participantes afirma ter formação em gestão. São estes enfermeiros, dotados de **competências** que lhe foram previamente atribuídas para que satisfaçam todas e quaisquer necessidades que se prendam com a gestão, que devem reconhecer as quatro **funções** da administração que compõem o processo administrativo: **planeamento, organização, direção e controlo** (Chiavenato, 2004).

No planeamento pressupõe-se a definição da missão, a formulação de objetivos e a definição dos planos e meios para alcançá-los, programando as atividades. Na função de organização, divide-se o trabalho, designam-se as atividades por cargos, alocam-se os recursos que permitam maior eficácia e eficiência e definem-se responsabilidades; é aqui que muitas vezes se enquadra o conceito de delegação, isto é, o processo de transferir autoridade e responsabilidade para posições inferiores na hierarquia; esta deve ser realizada. Por sua vez, aquando da direção, reconhecem-se as pessoas competentes para a função, coordenam-se esforços, motiva-se, lidera-se e orienta-se a equipa. Por último, do controlo faz parte a definição dos padrões, a monitorização e análise do desempenho e a tomada de ações corretivas relativamente aos recursos humanos, financeiros, materiais, tecnológicos e de informação (Chiavenato, 2004).

Sendo a enfermagem uma disciplina e profissão que se centra no cuidar, o modelo emergente da gestão em enfermagem na comunidade compreende competências e funções que visam o alinhamento com a instituição, o enquadramento das atividades de gestão e a manutenção das competências acrescidas e avançadas em gestão. Para o efeito, os pressupostos das funções da administração (planeamento, organização, direção e controlo) acompanharão sempre a tomada de decisão do gestor, que tem como objetivos satisfazer e cumprir as metas da sua instituição, alcançar bons indicadores para a sua comunidade e manter uma equipa coesa e estável ao longo do seu caminho profissional, assistindo a equipa e o utente com todas as competências inerentes ao cargo que ocupa.

4. CONCLUSÃO

A sociedade tem verificado tremendas modificações, quer a nível estrutural e de dinâmica, quer a nível das organizações. Os sistemas de saúde são a prova disso, com a constante ameaça à sua sustentabilidade económica e financeira. Assim, tornou-se evidente a necessidade de alterações aos modelos de gestão em vigor.

De forma a melhorar e a dar uma segunda oportunidade às instituições de saúde foi trazido o conceito de gestão empresarial, que introduziu novas ferramentas de gestão, com o objetivo de se conseguir um maior rigor. A própria pesquisa bibliográfica em torno das teorias de gestão assim o demonstra, quando passamos de uma teoria de administração clássica de Taylor e de um *homo economicus*, para uma teoria das contingências e da sua compreensão de um Homem integrado em vários ambientes/sistemas.

Os utentes/clientes, com mais e melhor acesso à informação, colocam cada vez mais em causa a qualidade dos cuidados prestados. Por outro lado, os quadros administrativos exigem melhores resultados, com máxima eficácia e eficiência, a par de um menor número de recursos humanos e de uma maior contenção de custos. É neste contexto de alterações nos sistemas de saúde e num mercado competitivo que os gestores têm de agir, para que quer os profissionais, quer a organização possam atingir os objetivos e metas a que propuseram inicialmente.

O sucesso de uma estrutura organizacional pode estar relacionado com a rotatividade, absentismo, assiduidade, desempenho organizacional, comportamentos de cidadania e aceitação da mudança e tem implicações nas atitudes e comportamentos, favorecendo a produtividade e o desempenho das organizações. Torna-se, portanto, útil que as organizações e os gestores reconheçam os seus funcionários e os recompensem pelo seu bom trabalho e comportamento. Claro que esta é ainda uma visão um pouco longínqua nos nossos serviços de saúde, já que a esmagadora maioria dos profissionais de saúde, após passarem por este período pandémico, não se sentem nem reconhecidos nem recompensados.

Nos CSP, onde as USF trabalham por objetivos, os enfermeiros entrevistados não mensuraram os ganhos. Toda a análise da rede de alinhamento com a instituição e suas categorias (suportes facilitadores do papel; dificuldade ao desenvolvimento do papel; desmotivação com a carreira; expectativas; modelo de ser enfermeiro; focos do trabalho do gestor; base do processo de tomada de decisão e contributos para a mudança) tenta evidenciar o papel do enfermeiro gestor de CSP nas instituições às quais prestam serviços, satisfazendo assim o primeiro objetivo do trabalho, compreender o papel do enfermeiro

gestor nos CSP, e parte do segundo, analisar as estratégias dos enfermeiros gestores na prática da gestão na comunidade.

O enfermeiro com competências acrescidas e avançadas em gestão deve manter um papel de equilíbrio entre a equipa que gere e a administração. Este deve ser tido como modelo e influência positiva pelos enfermeiros, motivando-os a desenvolver todo o seu potencial e aumentando a sua produtividade. Os enfermeiros são elementos fundamentais na organização, pelo que conseguir a sua satisfação pode traduzir-se num melhor desempenho, o que contribui para os ganhos em saúde e para a obtenção de melhores indicadores de desempenho da organização.

Com a rede de competências acrescidas e avançadas em gestão e as categorias criadas utilizando as seis competências do enfermeiro gestor (prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde; gestão da mudança, desenvolvimento profissional e organizacional; gestão da qualidade e da segurança; planeamento, organização, direção e controlo; prática profissional ética e legal e assessoria), ainda que se assuma que os enfermeiros gestores possuem todos os conhecimentos sobre estas, a verdade é que no decorrer das entrevistas algumas ficaram por mencionar. Estas competências, tão cuidadosamente planeadas e descritas em Decreto-Lei, se colocadas em prática podem servir de *guidelines* a utilizar na mesma. Assim, o objetivo que visa a análise das estratégias dos enfermeiros gestores na prática da gestão na comunidade, encontra-se atingido.

De maneira a compreender quais as reais atividades desempenhadas pelos enfermeiros gestores surgiu a rede de enquadramento da atividade do gestor e as seguintes categorias: dia escolhido para relato com significado; prestação de cuidados; atividades relevantes; funções do gestor; papel institucional e incumbências diárias. Porém, e após análise dos relatos, constatamos que os enfermeiros consideram que a profissão não é valorizada ou reconhecida. Além disso, é referido que as alterações na carreira de enfermagem, advindas das alterações à gestão em saúde e principalmente nas repercussões sentidas nos CSP e USF, não se adequam à prática e impossibilitam a progressão e a remuneração justa.

Pese embora se consigam perceber as vantagens e desvantagens expressas pelos gestores face à sua prática diária, em traços largos, os benefícios serão sempre vocacionados para os clientes internos e externos, apesar de os enfermeiros sentirem que pouco podem intervir. Respondemos, por fim, ao último objetivo proposto para o trabalho: descrever as vantagens e desvantagens expressas pelos gestores face à sua prática diária.

Face aos resultados obtidos com o trabalho de campo, elaboramos o modelo emergente da gestão em enfermagem na comunidade, que compreende competências e funções que visam o alinhamento com a instituição, o enquadramento das atividades de gestão e a manutenção das competências acrescidas e avançadas em gestão. Para o efeito, o enfermeiro gestor far-se-á sempre valer dos pressupostos das funções da administração, planeamento,

organização, direção e controlo na sua tomada de decisão, já que pretende satisfazer e cumprir as metas da sua instituição, alcançar bons indicadores para a sua comunidade e manter uma equipa coesa e estável de modo a prestar bons cuidados de saúde, pois a enfermagem é uma disciplina e profissão que o cuidar o próximo.

Reconhecemos como entraves e limitações ao bom desenvolvimento da dissertação a limitação temporal e condicionantes laborais.

Em suma, ainda que no âmbito da saúde seja imprescindível saber como conduzir ações voltadas ao crescimento sustentável do negócio, (sim, negócio, porque a saúde deve ser cada vez mais encarada como um bem pagável e que deve ser obtida nas melhores condições possíveis), não podemos nunca descurar do lado humano por trás de quem cuida e de quem gere os profissionais que cuidam. A criação de metas e objetivos, bem como o recurso a outras ferramentas de gestão ajudam a mantermo-nos focados; todavia, é essencial que estejamos em constante autorreflexão ou sob avaliação cuidada de indicadores de qualidade/desempenho, para nos seja facilitado o processo de crescimento e compreensão do erro. Só assim nos é possível evoluir.

Consideramos importante a continuação de estudos para abordar o impacto das reformas nos enfermeiros gestores, desta feita quer a nível hospitalar, quer a nível dos CSP, bem como perceber a tendência (ou não) para um modelo de ação centrado nas tarefas (ou noutro) como perfil de enfermeiro gestor, com base na classificação adotada por Chiavenato (2004).

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, L. O. Murani, D. B., Queiróz, A. L. B., Fernandes, C. N. S., (2005) O trabalho de equipe em enfermagem: revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem* vol. 58 n.2 p.203-207 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/r5MTFW97ngkKG4V6GR8GWcc/?format=pdf&lang=pt>
- Barbieri-Figueiredo M. C., Vilar, A. I., Andrade, L., Araújo, C., Silva, M. J. R. (2017) Familiengesundheitspflege - Entwicklung und mplementation in der Primärversorgung in Portugal *Beltz Juventa. Pflege&Gesellschaft*. P. 51-66
- Bardin L. (2016) *Análise de Conteúdo*.pdf. Edições 70 Lda/ Almedina Brasil. Published online: <https://pt.scribd.com/document/504967863/BARDIN-Laurence-Analise-de-Conteudo-2016>
- Benner P. (2001) *De Iniciado a Perito* Quarteto Editora. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/374182193/De-Iniciado-a-Perito>
- Bogdan R, Biklen S. (1994) *Investigação Qualitativa Em Educação: Uma Introdução à Teoria e Aos Métodos*. Porto editora. Disponível em: <http://scholar.google.pt/scholar?hl=pt-PT&q=educacao&btnG=&lr=#3>
- Camelo, S. H. H. Rocha, F. L. R. Chaves, L. D. P. Silva, V. L. S. Soares, M. I. (2016) Competências Profissionais e Estratégias Organizacionais De Gerentes De Enfermagem *Ciencia Y enfermeria* vol. XXII n. 1 p. 75-86 Disponível em: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532016000100007&script=sci_arttext
- CIPE browser acedido a 05/05/2022, Disponível em: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Chaves L.D.P., Takana, O.Y., (2012), O enfermeiro e a avaliação na gestão de Sistemas de Saúde *Revista Escola Enfermagem USP*. vol.46, n.5 p.1274-1278 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/JYhpcRvcdYbHbtnRVwztQWQ/?lang=pt&format=pdf>
- Chiavenato, I. (2004) *Introdução à Teoria Geral da Administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações*; Elsevier. Disponível em: <https://redeprocurados.com.br/docs/T%C3%89CNICO%20EM%20ADMINISTRA%C3%87%C3%83O/M%C3%B3dulo/teoria-geral-da-administracao-chiavenato.pdf>
- Clinical Governance: <https://www.gov.uk/government/publications/newborn-hearing-screening-programme-nhsp-operational-guidance/4-clinical-governance> Acedido a 21/nov/2022
- Costa, T., (2021) *Gestão Contemporânea - Princípios, tendência e desafios*. Edições Sílabo, Lda 204p.
- Cruz, P. L., Ferraz, R. R. N., BarnabéA. S., Fonseca, S. U. L., Evengelista, A. A., Ramos, A. L., J. V., Arçari, D. P. (2016) Os Desafios do Enfermeiro Gestor nos Serviços em Saúde. *Gestão em Foco*; p.1-7 Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/028_desafios_enfermeiro_gestor_servicos_saude.pdf
- Curtis, E. e O'Connell, R. (2011) - Essential leadership skills for motivating and developing staff. *Nursing Management*, volº18 n.5, pp. 32-36
- Dalcol, C. Graziadel, C. e Muller, F. (2019) Comunicação Interna e Gestão de Pessoas: Desafios e Aproximações Possíveis para as Relações Públicas *Revista Cadernos de*

Comunicação Santa Maria, v.23, n.2, art 8, p. 24, Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/270300326.pdf>

Dias, E. P. (2002) Conceitos de Gestão e Administração: uma revisão crítica. *Revista eletrônica de administração - Facef*. Vol. 1, edição 1. Disponível em: <https://periodicos.unifacef.com.br/index.php/rea/article/view/160>

Dias, S. e Gama, A. (2019) *Introdução à Investigação Qualitativa em Saúde Pública*. Almedina. Disponível em: [https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=QGOMDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=%E2%80%9CA+investiga%C3%A7%C3%A3o+qualitativa++\(Gama+%26+Dias,+2019\)&ots=IUGlCEZljp&sig=YGrQghkQ4QZbJlu7qj8-gOVRQ08&redir_esc=y#v=snippet&q=abordagem%20interpretativa%20e%20naturalista%20do%20mundo&f=false](https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=QGOMDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=%E2%80%9CA+investiga%C3%A7%C3%A3o+qualitativa++(Gama+%26+Dias,+2019)&ots=IUGlCEZljp&sig=YGrQghkQ4QZbJlu7qj8-gOVRQ08&redir_esc=y#v=snippet&q=abordagem%20interpretativa%20e%20naturalista%20do%20mundo&f=false)

Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. OMS; Unicef *Prim Conferência Int sobre Cuid Primários Saúde*. Published online 1978. Disponível em: <https://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>

Decreto-Lei n.º 71/2019 de 27 de maio da *Presidência do Conselho de Ministros*. Diário da República n.º 101/2019, Série I de 2019-05-27. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/71/2019/p/cons/20201231/pt/html>

Decreto-Lei n.º 122/2010 *Ministério da Saúde* (2010) *Diário da República*; 219:1-12. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/endemias.pdf>

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril) Regulamento do exercício profissional do enfermeiro (REPE) *Ordem dos Enfermeiros* (1998) Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Decreto Lei n.º. 247/2009 de 22 de Setembro. *Ministério da Saúde*. Diário da república. I Série(184):6758-6761 (2009) Disponível em: <http://data.dre.pt/eli/dec-lei/247/2009/09/22/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro, *Ministério da Saúde*. Diário da República n.º 184/2009, Série I de 2009-09-22. Disponível em: https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/248-2009-490413?_ts=1662768000034

Decreto-Lei 298/2007 de 22 de agosto. *Ministério da Saúde*. Diário da República. 1ª Série(N.º 161) (2007) Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/298/2007/08/22/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de novembro. *Ministério da Saúde* Diário da República n.º 257/1991, Série I-A (1991) Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/437-1991-331852>

Domingues, R. Pedrosa I. e Bernardino, J. (2020) Indicadores Chave de Desempenho em Marketing. *Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação* vol.35 p. 128-140 Disponível em: https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/23004/1/article_80855.pdf

Duarte L M C e Boeck, J M (2015) O Trabalho Em Equipe Na Enfermagem e os Limites e Possibilidades Da Estratégia Saúde Da Família *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13 n. 3, p. 709-720 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/GJdz4vbrmb7vJhCzKNZSmRp/?format=pdf&lang=pt>

Fachada, Odete (2014) *Liderança a prática da liderança e a liderança na prática*. Lisboa. 2ªed Edições Sílabo. 251p.

Felício M. M, Rodrigues A. (2017) Grupo Técnico Nacional da Governação Clínica e de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários. *Governação Clínica e Governação em Saúde nos Cuidados de Saúde Primários - Perguntas e respostas. Essenciais*. Disponível em: <https://bicsp.min>

saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/Governa%C3%A7%C3%A3o%20Clinica%20e%20de%20Sa%C3%Bade.pdf

Ferreira, C. I. S. R. A. (2015) *Gestão Em Enfermagem E A Formação Em Serviço: Tecnologias De Informação E Padrões De Qualidade*. Dissertação. Escola Superior de Enfermagem do Porto Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9756/1/tese_finalCarla%20Rego_fev2015.pdf

Fonseca, A. M. (2012) Do trabalho à reforma: quando os dias parecem mais longos. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*; Número temático: Envelhecimento demográfico. p. 75-95. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4265/426539987006.pdf>

Fortin M. F. (1999) *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Disponível em: <https://univmed.org/ejurnal/index.php/medicina/article/view/287>

Hall, Alan & Hall, Kevan (2018) *Basta de más reuniões*. Lisboa. Ed Plátano editora. 207p.

Hernandez, J. M. C., Caldas, M. P., (2001) Resistência À Mudança: uma revisão crítica. *RAE - Revista de Administração de Empresas* v. 41 n. 2 p.31-45. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/M4sgjhqTz3GN3pPT9jfp3bh/?lang=pt&format=pdf>

Hochman B, Nahas F. X., Oliveira Filho R. S., Ferreira L.M. (2005) Desenhos de pesquisa. *Acta Cir Bras* [serial online] nº20 Suppl. 2, p.2-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/acb> ; <https://doi.org/10.1590/S0102-86502005000800002>

Kurcgant, P. Peres H H C, Ciampone M H T. (1996) A liderança na administração do pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiras, auxiliares e atendentes de enfermagem. *Revista Escola Enfermagem USP*, v.30 n. 3, p. 416-38 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/rQxKZrq7rbWBN4TqNHwzcw/?lang=pt&format=pdf>

Lança, Rui (2012) *Como formar equipas de elevado desempenho*. Lisboa ED Escolar editora 196p.

Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro. Assembleia da República. Diário da República. (2015) Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>

Machado, M. F., Lopes, M. V. e Vieira, N. F. (2005) Imogene king's open framework: a review. *Online Brazilian Journal of Nursing*. Disponível em: <https://www.proquest.com/openview/f07373458630f91b03de3fd73619dbe5/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2030048>

Masood, M., Afsar B. (2017). *Transformacional leadership and innovative work behavior among nursing staff*. Wileyonlinelibrary.com. Pakistan <https://doi.org/10.1111/nin.12188>

Mercês, J. C., Silva B. E. e Oliveira R. F. S. (2018) A Importância Do Enfermeiro Enquanto Coordenador Na Equipe De Estratégia De Saúde Da Família *Rev. Psicol Saúde e Debate*. Vol. 4 n.3 p. 72-83, Disponível em: <http://www.psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/V4N3A7>

Moura, A. A, Bernardes, A. Balsanelli, A P, Zanetti A C B, Gabriel C S. (2017) Liderança e satisfação no trabalho em enfermagem: revisão integrativa. *Acta Paulina Enfermagem*, 30 (4), pp. 442-450. [Consultado a 04/07/2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n4/0103-2100-ape-30-04-0442.pdf>

Moreira, S.; Nunes C.; Martins L.; Vale-Lima J.; Cunha, S.; Malta, D. (2019) Os fatores que influenciam positivamente e negativamente a satisfação profissional dos enfermeiros dos CSP. *Revista Investigação Em Enfermagem* p.45-57. Disponível em: http://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/RIE28_s2.pdf#page=45

Moreira, R. , Hamada. H. *Gestao De Conhecimentos E Boas Pratica* (2021) Volume 1. Bardô Grena. Disponível em: <https://www.aljgr.com.br/gallery/gest%C3%A3o%20do%20conhecimento%20e%20boas%20pr%C3%A1ticas%20na%20C3%A1rea%20de%20seguran%C3%A7a%20p%C3%BAblicavol1.pdf>

Moura E. R. F., Pagliuca L.M.F. (2004) A Teoria de King e sua interface com o programa “Saúde da Família”. *Rev Esc Enferm USP.*; vol.38(3) p.270-279. doi:10.1590/s0080-62342004000300005

Motta, K. A. M. B., Murani, D. B., Costa, F. N. (2009) Os Pontos Críticos das Atividades do Enfermeiro-Gestor no Hospital Público; *Revista Eletrônica de Psicologia e Políticas Públicas* Vol.1 N° 1. Disponível em: <https://www.crp09.org.br/portal/images/links/repispp/v1n1a5.pdf>

Nunes, E. (2011) Celebração do 25.º Aniversário da Carta de Ottawa. *Revista Portuguesa Saúde Pública*.x; vol. 29(2) p.200-202. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/39737/1/2-11%20NUNES%20P-200.pdf>

Nunes, L. (2010) Do perito e do conhecimento em enfermagem. *Percursos* nº17 p.3-9. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9215/1/Revista%20Percursos%20n17_Do%20perito%20e%20do%20conhecimento%20em%20enfermagem.pdf

Ordem dos enfermeiros (2001) *Divulgar: Padrões da qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual enunciados descritivos*. Conselho de Enfermagem. Acedido a 05/05/2022. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros: Tomada-posição_gestao-enfermagem-csp-21122018 Acedido a 05/05/2022. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10386/tomada-posi%C3%A7%C3%A3o_gestao-enfermagem-csp-21122018_vf.pdf

Pereira, L. A., Smithd Primo, L., Tomaschewski-Barlem, J. G., Barlem, E. L. D., Ramos, A. M., Hirsh, C. D. (2015) Enfermagem e liderança: percepções de enfermeiros gestores de um hospital do sul do Brasil. *Revista de pesquisa o Cuidado é Fundamental On line*. Vol. 7 n.1 p.1875-1882 Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750945012.pdf>

Polit D.F., Beck CT. (2019) *Fundamentos de Pesquisa Em Enfermagem: Avaliação de Evidências Para a Prática Da Enfermagem*. Artmed editora. Disponível em: [https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=irZwDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT6&dq=Polit,+D.+F.,+%26+Beck,+C.+T.+\(2011\).+Fundamentos+de+Pesquisa+em+Enfermagem:+Avaliação+de+Evidências+para+a+Prática+da+Enfermagem.+Artmed+Editora&ots=hOi5mV5NN3&sig=NdjXLv33ya](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=irZwDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT6&dq=Polit,+D.+F.,+%26+Beck,+C.+T.+(2011).+Fundamentos+de+Pesquisa+em+Enfermagem:+Avaliação+de+Evidências+para+a+Prática+da+Enfermagem.+Artmed+Editora&ots=hOi5mV5NN3&sig=NdjXLv33ya)

Portaria n.º 242/2011, de 21 de junho, *Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde*, Diário da República n.º 118/2011, Série I de 2011-06-21. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/242-2011-670283>

Quivy, Raymond; Campenhoudt L Van. (2005) *Manual de Investigação e Ciências Sociais - Trajectos* Gradiva.pdf. Published online 2005.

Regulamento n.º 76/2018 de 30 de janeiro. Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. *Ordem dos enfermeiros*. Diário da República, 2ª Série (Nº 21 30 janeiro 2018). Published online 2018:3478-3487. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/114591764%0Ahttps://dre.pt/application/conteudo/114599547>

Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*. Diário da República, 2.ª série PARTE E (25 de setembro de 2019) Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

Reis, G. A. X. Oliveira, J. L. C., Ferreira A. M. D, Vituri, D. W., Marcon, S. S., Matsuda, L. M. (2019) Dificuldades para implantar estratégias de segurança do paciente: perspectivas de enfermeiros gestores. *Revista Gaúcha de Enfermagem* p. 1 - 7 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/687N6SXJTd7cqhqNBXyMc4J/?format=pdf&lang=pt>

Santos F. P. e Andrade A. R., (2017) Enfermeiro-Gestor: Ensaio Sobre Contribuições Do Campo Da Administração Para O Serviço De Enfermagem *XIV Simpósio de excelência para a*

gestão e as tecnologias p. 1- 11 Disponível em:
<https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos17/782588.pdf>

Sieloff C. L. (2019) *Nursology-Specific Theories of Power and Their Integration in Teaching Theory of Work Team/Group Empowerment -Application within Education* Nursing Theories: Moving Forward through Collaboration, Application and Innovation Marvin Center, George Washington University. Disponível em:
<https://sigma.nursingrepository.org/bitstream/handle/10755/19332/Sieloff.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

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* · nº 207; p.1-8. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016099503206>

Serviço Nacional de Saúde: <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/>
acedido a 16/nov/2021

Teixeira G, Gaspar F e Lucas P (2022) Papel do enfermeiro gestor na promoção de ambientes da prática de enfermagem culturalmente competentes: Uma revisão integrativa Vol. 13. *Investigação Qualitativa em Saúde: Avanços e Desafios / Investigación en Salud: Avances y Desafios* p. 1 - 12; Disponível em:
<https://www.publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/664/765>

Tomey, A. M., Alligood, M. R. (2002) *Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)*. Lusociência. Disponível em:
<https://pt.scribd.com/document/57831255/Teoricas-de-Enfermagem-e-a-Sua-Obra-D>

Ventura, P. F. E. V., Freire E. M. R. e Alves M., (2016) Participação do enfermeiro na gestão de recursos hospitalares *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. Vol.07, N°. 01, Ano 2016 p. 126-47 Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5555870>

ANEXOS

ANEXO I - Parecer da Comissão de Ética

COMISSÃO DE ÉTICA DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

CE-ESEP

Parecer ao Projetos:

Modelos da Prática de Gestão em Enfermagem nos Cuidados de Saúde primários

Fluxo: ADHOC 1556_2021

Data da submissão: 27-11-2021

Documentos anexos ao pedido de parecer
Modelo 102 – Pedido de apreciação e parecer à comissão de ética
Modelo 92 – Questionário para submissão de projeto de investigação à comissão de ética da ESEP
Modelo 46 – Ficha de apresentação de projeto de investigação
Questionário de investigação, contendo informação do estudo ao participante e consentimento informado
Currículo da investigadora
Documento do consentimento livre e esclarecida

Investigadora principal: Maria Manuela Martins

Investigadora proponente: Noémia Alexandra Botelho Paiva

Natureza e contexto do Projeto:

O projeto insere-se no âmbito do Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto

Data de Aprovação do CTC: outubro de 2021

Data previsível de conclusão: julho de 2022

Duração - 9 meses

Objetivos

O projeto tem como objetivos:

- Compreender o papel do enfermeiro gestor nos cuidados de saúde primário;
- Analisar as estratégias dos enfermeiros gestores na prática da gestão na comunidade;
- Descrever as vantagens e desvantagens expressas pelos gestores face à sua prática diária.

Tipo de estudo e metodologia

Estudo de natureza qualitativa, fenomenológico e transversal.

Finalidade do estudo: Perceber como é que os enfermeiros gestores de cuidados de saúde primário fundamentam e desenvolvem as suas práticas de gestão diária

Participantes: Enfermeiros

Tipo de Amostra: Não probabilística, por conveniência.

Critérios de inclusão: Atuar como Enfermeiro gestor ou como enfermeiro que exerce funções de gestão; possuir pelo menos 6 meses de experiência no exercício profissional.

Critérios de exclusão: enfermeiros que, por qualquer motivo, não estão no ativo no período da colheita de dados.

Recolha de dados: Realização de uma entrevista (on line ou presencial). Posteriormente será agendada a entrevista onde assinará o consentimento nele constando a permissão de gravação da entrevista. Os dados colhidos serão tratados por E1, E2, E3, ... e neles não constam dados como nome ou local de trabalho.

Confidencialidade: É declarado que os dados recolhidos serão utilizados em exclusivo para a finalidade do estudo, de acordo com a legislação, e não serão disponibilizados a qualquer entidade externa.

Parecer:

O presente projeto representa um contributo para o conhecimento da temática e na sua construção são respeitados os princípios éticos referentes à investigação, assim como os procedimentos éticos requeridos para a proteção de dados e a confidencialidade dos participantes envolvidos, isento de qualquer forma de identificação dos mesmos, pelo que esta Comissão de Ética nada tem a opor à realização do estudo nos termos em que o mesmo está formulado.

ESEP, 14 de dezembro de 2021

A relatora e Presidente

Teresa Tomé Ribeiro

Assinado por : **TERESA CRISTINA TATO MARINHO
DE TOMÉ RIBEIRO MALHEIRO SARMENTO**
Num. de Identificação: BI037067184
Data: 2022.01.11 12:44:00+00'00'



ANEXO II - Consentimento informado

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para entrevista

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se entender que tudo está em conformidade e se estiver de acordo com a proposta que lhe é feita, então assine este documento.

O meu nome é Noémia Alexandra Botelho Paiva, encontro-me a frequentar o Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Atualmente estou a realizar um estudo intitulado “Modelos de prática de gestão em enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários”, para o qual venho solicitar a sua colaboração sob orientação dos professores Prof. Doutora Maria Manuela Martins e Prof. Doutora Luísa Andrade.

A sua colaboração é muito importante, uma vez que o estudo permitirá compreender o papel do enfermeiro gestor nos cuidados de saúde primário; analisar as estratégias dos enfermeiros gestores na prática da gestão na comunidade e descrever as vantagens e desvantagens expressas pelos gestores face à sua prática diária. Este tem como finalidade perceber como é que os enfermeiros gestores de cuidados de saúde primário fundamentam e desenvolvem as suas práticas de gestão diária. Para o efeito propomos-nos que preencha o questionário enviado pelo google form e se disponibilize a participar, dando-nos o seu testemunho através de uma entrevista gravada. Esta poderá ocorrer em um ou mais momentos, em local e data previamente acordada.

Na realização do trabalho, comprometo-me a salvaguardar a integridade e privacidade dos participantes envolvidos e a garantir a absoluta confidencialidade sobre os dados obtidos. A sua participação é voluntária, pelo que, se aceitar participar neste estudo, agradeço que assine a folha de consentimento informado. Antes de assinar, pode fazer perguntas sobre algum assunto que não tenha compreendido e mesmo aceitando pode desistir em qualquer momento. Estarei disponível para esclarecer todas as dúvidas (antes, durante e após o estudo). Comprometo-me a destruir as gravações no prazo de 2 anos após o final da investigação.

A investigadora, _____

(Noémia Alexandra Botelho Paiva)

Escola Superior de Enfermagem do Porto, Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 4200-072 Porto

E-mail: nomipaiva@gmail.com; tlm:932553071

-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado sobre o estudo “Modelos de prática de gestão em enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários” pela investigadora Noémia Alexandra Botelho Paiva que assina este documento. Foi-me dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e sobre todas elas ter obtido resposta esclarecedora. Foi-me garantido que não haverá prejuízo se eu recusar esta solicitação e dado tempo suficiente para refletir sobre a proposta. Assim, aceito participar no estudo nas condições acima expostas.

_____ (localidade), __/__/____

NOME _____

Assinatura X_____

(FEITO EM DUPLICADO, UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA QUEM CONSENTE)

ANEXO III - Guião da entrevista

MODELOS DE PRÁTICA DE GESTÃO EM ENFERMAGEM NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Compreende-se que os líderes são os principais responsáveis pela melhoria do desempenho, desenvolvendo, implementando e monitorizando a gestão dos serviços. É aos enfermeiros gestores que cabe a responsabilidade de garantir a qualidade dos cuidados que são prestados nos seus serviços, devendo motivar e alertar a equipa para uma prática de enfermagem de qualidade, estando atentos às necessidades do utente para que os cuidados de enfermagem recebidos sejam de qualidade, garantindo a sua satisfação (Massod et al., 2017).

São objetivos deste trabalho: Compreender o papel do enfermeiro gestor nos cuidados de saúde primário; analisar as estratégias dos enfermeiros gestores na prática da gestão na comunidade; descrever as vantagens e desvantagens expressas pelos gestores face à sua prática diária.

Após leitura e assinatura do consentimento informado, preencha o questionário e posteriormente passaremos à entrevista.

*Obrigatório

caracterização do participante

selecione apenas uma opção

1. sexo *

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ masculino
☐ feminino
☐ Prefiro não dizer

2. habilitação literária *

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ licenciatura
☐ pós-graduação
☐ mestrado
☐ especialidade

Outra: ☐ _____

3. tem formação específica na área de gestão? *

Marcar tudo o que for aplicável.

☐ sim

☐ Não

quanto à experiência profissional

preencha tempo em anos

4. tempo de exercício na profissão *

5. tempo de serviço na instituição *

6. tempo de serviço em Cuidados de Saúde Primários (CSP) *

7. tempo de serviço relacionado com gestão de serviços *

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

MODELOS DE PRÁTICA DE GESTÃO EM ENFERMAGEM NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

(continuação) Guião da entrevista

1. Como é o seu contexto de trabalho enquanto enfermeiro gestor de uma unidade de cuidados de saúde primários?
2. Como toma decisões/em que se baseia para tomar decisões?
3. Que atividades desenvolve enquanto gestor de uma unidade de cuidados de saúde primários?
4. Que estratégias adota para gerir recursos humanos e materiais?
5. Como percecionam o seu papel para as mudanças organizacionais?
6. Quais as suas expectativas futuras relativas ao cargo que ocupa?

ANEXO IV - Tabela de correlação da rede competências em gestão/participante

	E1 15.01.2022.pdfGr=61	E2 17.01.2022.pdfGr=62	E3 19.01.2022.pdfGr=43
● A gestão da mudança, desenvolvimen	6	4	2
● A gestão da qualidade e segurançaGr	2	2	0
● A prática profissional baseada na evic	1	2	1
● A prática profissional, ética e legalGr	0	2	0
○ assessoriaGr=9	0	3	2
● O planeamento, organização, direção	8	4	5
Totais	17	17	10

E4 20.01.2022.pdfGr=42	E5 22.01.2022.pdfGr=55	E6 25.01.2022 am.pdfGr=37	E7 25.01.2022 pm.pdfGr=24	E8 - 26-01.pdfGr=19
7	2	2	0	2
7	5	4	2	1
0	3	0	0	0
2	2	0	1	0
1	0	1	1	0
1	0	4	0	0
18	12	11	4	3

E9 28.01.22.pdfGr=30	E10 - 02-02 am.pdfGr=18	E11 - 02-02 pm.pdfGr=29	E12 - 03-02.pdfGr=22	E13 - 04 - 02.pdfGr=21
2	0	1	0	0
1	1	0	1	1
2	0	0	1	3
0	0	0	0	0
1	0	0	0	0
1	0	0	0	0
7	1	1	2	4

E14 - 16-02.pdfGr=31	Totais
1	29
2	29
0	13
0	7
0	9
0	23
3	110