



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Gestão em Enfermagem

**Enfermeiro Coordenador na Unidade de Cuidados
na Comunidade**

Desafios, Dificuldades e Competências

Maria Dulce Félix da Silva Romão Ladeira Dias

2011



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Gestão em Enfermagem

**Enfermeiro Coordenador na Unidade de Cuidados
na Comunidade**

Desafios, Dificuldades e Competências

Maria Dulce Félix da Silva Romão Ladeira Dias

Dissertação orientada por: Prof.^a Teresa Santos Potra

Prof.^a Maria João Girão

2011



AGRADECIMENTOS

É sempre bom agradecer pois a gratidão faz bem à alma.

Agradecer individualmente a todas as pessoas que directa ou indirectamente contribuíram para que a concretização deste projecto fosse uma realidade não seria tarefa fácil, no entanto não quero deixar de fazer alguns agradecimentos especiais.

A todas as enfermeiras coordenadoras que aceitaram gentilmente participar na pesquisa.

Às professoras Teresa Santos e Maria João Girão pela orientação e disponibilidade dispensadas.

Um agradecimento especial à Professora Teresa que num momento de desânimo soube dar-me o alento e o estímulo para continuar. As suas sugestões teóricas e metodológicas, as suas críticas e concelhos sempre oportunos e enriquecedores, ajudaram a que esta dissertação se revestisse de rigor científico.

Um agradecimento também a todos os colegas de trabalho que me acompanharam ao longo deste percurso e cujo apoio foi muitas vezes fundamental para levar por diante este projecto.

Ao Nuno pelo apoio dispensado na recta final do percurso.

Finalmente um muito obrigado a toda a minha família pelos incentivos e pelo apoio manifestados ao longo deste percurso, em especial aos meus filhos pela compreensão em relação a todos os momentos de ausência mesmo estando, muitas vezes, fisicamente presente.

RESUMO

O processo de reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) caracteriza-se por uma reorganização profunda dos Centros de Saúde (CS). Uma das vertentes desta reforma teve por base a criação de uma rede descentralizada de equipas multidisciplinares com estrutura de carácter permanente, com missões específicas e diferenciadas. Uma dessas equipas constitui a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) que tem a particularidade de ter como coordenador um enfermeiro. Esta nova realidade foi o mote para desenvolver o trabalho nesta área.

Este estudo teve como objectivos: compreender o papel do enfermeiro coordenador da UCC, segundo a perspectiva do mesmo; conhecer as maiores dificuldades sentidas na coordenação da unidade e da equipa multidisciplinar; identificar as competências mobilizadas no desempenho desse papel e perceber o que pode representar para a enfermagem este novo desafio.

Trata-se de um estudo qualitativo de carácter descritivo e exploratório. A recolha de dados teve por base a entrevista semi-estruturada, gravada e transcrita na íntegra, a seis enfermeiras coordenadoras, de unidades sediadas na região da grande Lisboa norte.

Os dados recolhidos revelaram que os enfermeiros coordenadores consideraram que este papel de coordenação e liderança de uma UCC, se revelou uma tarefa fácil tendo constituído um desafio, cujas expectativas iniciais não foram defraudadas apesar das imensas dificuldades que foram surgindo ao longo de todo o percurso. Os conhecimentos e habilidades sobre o coordenar ou gerir uma equipa, que foram adquirindo enquanto enfermeiros-chefes facilitaram bastante a sua adaptação a este novo papel. As dificuldades apontadas passaram pela carência de recursos humanos e materiais, falta de apoios da tutela, duplicação de papéis e dificuldades ao nível das relações interpessoais. No que se refere às competências a maioria dos inquiridos considera importante mobilizar competências (conhecimentos habilidades e atitudes) que permitam desenvolver as suas funções de gestão e liderança com eficácia e eficiência em benefício dos indivíduos e comunidade, promovendo acima de tudo a qualidade dos cuidados e o bem-estar na equipa. Prevalece a referência aos conhecimentos sobre a comunidade e as competências relacionais como ponto facilitador do seu papel de coordenador. Identificou-se que os participantes dão grande importância às habilidades para negociação, gestão de conflitos e às atitudes que promovam o bom relacionamento interpessoal. Foi possível perceber que a UCC tendo como coordenador um enfermeiro consegue dar-se a conhecer à população e à comunidade dando assim uma maior visibilidade também aos cuidados de enfermagem. A pesquisa assinalou a necessidade de haver um maior acompanhamento, por parte das equipas regionais de apoio, aos coordenadores das unidades desde a fase de arranque do projecto até à sua consolidação.

Palavras-chave: Gestão, Equipa multidisciplinar, Competências, Liderança; Papel

ABSTRACT

The Primary Health Care reform process entails an in-depth reorganisation of community health centres. Setting up a decentralised network of fixed-structure multidisciplinary teams with specific and specialised missions has been one of the cornerstones of this reform. One of those teams is the Community Care Team (CCT), which stands out as having a nurse as team coordinator. This novel feature has prompted the author to conduct the present study.

This study aimed to: describe the role of the CCT coordinator nurse from his/her own viewpoint, bring to light any difficulties felt as relevant by the unit coordinator and the multidisciplinary team as whole, identify the competencies mustered for the role, and find out what this challenge may mean for the nursing profession in general.

This is a qualitative, descriptive, exploratory study. Data collection was based on a semi-structured interview to six coordinator nurses from units in the northern Greater Lisbon area. The interviews were taped and transcribed in their entirety.

The data obtained show that the coordinator nurses feel that the CCT leadership role has proved to be an easy task as well as a challenge. They feel that their initial expectations have not been let down, in spite of the number of obstacles along the way. Team leadership and management skills and knowledge acquired through their previous experience as head nurses made adaptation to their new role much smoother. Difficulties mentioned included lack of human and material resources, lack of support from top-end hierarchy, role duplication, and interpersonal relationship issues. As for competencies, most subjects deem it important to make hand of competencies (knowledge, skills and attitudes) which can help one to deploy one's management and leadership roles in an effective and efficient way, in order to benefit both the community and the individuals by promoting above all quality of care and the team's well-being.

Knowledge on the community and relational competencies are stated by all as being facilitators for the coordinator role. The subjects accorded great importance to negotiation and conflict management skills, as well as to attitudes which promote good interpersonal relations. Having a nurse for CCT coordinator becomes visible to the community and the population at large, thus increasing the visibility of nursing care. From this study it also emerges that there is a need for closer follow-up of the unit coordinators on the part of the regional support teams right from the project's lift-off to its consolidation stage.

Key words: Management, Multidisciplinary team, Competencies, Leadership, Role

ÍNDICE	Pag.
INTRODUÇÃO	1
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	4
1.1. Evolução histórica, dos cuidados de saúde primários e centros de saúde	4
1.2. Unidade de Cuidados na Comunidade	6
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	9
2.1. A Enfermagem e a gestão	9
2.2. A função de gestão/coordenação e as suas competências	12
2.2.1. O conceito de competência	12
2.2.2. As competências de gestão em enfermagem	13
2.3. A emergência de um desafio, a coordenação de equipas multidisciplinares	15
2.4. O conceito de papel	17
3. METODOLOGIA	20
3.1. Tipo de Estudo	20
3.2. Local de estudo	21
3.3. Participantes	21
3.4. Instrumento e recolha de dados	22
3.5. Procedimentos de análise e tratamento de dados	23
3.6. Considerações éticas	25
4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	26
4.1. Ser enfermeiro coordenador de uma UCC	28
4.2. Competências	41
4.3. Implicações desse papel	46
5. CONCLUSÕES	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
ANEXOS	62
ANEXO I – Guião para entrevista	
ANEXO II – Pedido de autorização para realização das entrevistas	
ANEXO III – Autorização de Entrevista	
ANEXO IV – Transcrição de uma Entrevista	
ANEXO V – Consentimento informado	
ANEXO VI – Grelha de Análise, Definição de temas categorias e subcategorias.	
ANEXO VII – Cronograma.	

LISTA DE QUADROS

Quadro nº 1 – Caracterização das UCC estudadas	26
Quadro nº 2 – Caracterização dos participantes	27
Quadro nº 3 – Síntese das competências a mobilizar	45

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de saúde

CNA - Canadian Nurses Association

CS – Centros de saúde

CSP - Cuidados de saúde primários.

ECI - Equipas de Cuidados Continuados Integrados

ERA – Equipa Regional de Acompanhamento

MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários

OMS - Organização Mundial de Saúde

SNS - Sistema Nacional de Saúde

UCC – Unidade de cuidados na comunidade

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP – Unidade de Recursos Partilhados

USF – Unidade de saúde Familiar

USP Unidades de Saúde Pública

INTRODUÇÃO

Na última década, as políticas de saúde nacionais, têm redireccionado o seu foco de atenção para os Cuidados de Saúde Primários (CSP) assumindo explicitamente que estes “são o pilar central do sistema de saúde” (Pisco, 2007, p.60). Este facto coloca aos profissionais de saúde, um enorme desafio na construção de uma mudança organizacional que traduza, não só, melhoria nas metodologias de trabalho e dinâmicas de grupo, no acesso e na inovação dos cuidados, mas também, no envolvimento do cidadão e das forças vivas da comunidade na resposta integrada, às inúmeras necessidades sociais e de saúde.

O actual processo de reforma dos CSP caracteriza-se por uma reorganização profunda dos Centros de Saúde (CS) que passaram a integrar um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), que de acordo com o Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro são definidos como “serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais que integram um ou mais CS”. Entre outras alterações, surge então um novo modelo de gestão com a criação de órgãos próprios de gestão onde o clássico modelo hierárquico de comando e controle vertical está a ser progressivamente substituído por uma rede de equipas autónomas com relações de contratualidade interna, num quadro explícito de responsabilidade pelos processos e pelos resultados.

Uma das vertentes desta nova arquitectura teve por base a criação de uma rede descentralizada de equipas multidisciplinares com estrutura de carácter permanente, com missões específicas e diferenciadas. Surgiram assim as Unidades de Saúde Familiar (USF), as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), as Unidades de Saúde Pública (USP), as Unidades de Recursos Partilhados (URAP) e as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC).

A UCC, constituída por uma equipa multidisciplinar, articula-se sobretudo com as USF e USP e tem a particularidade de ter como coordenador um enfermeiro. Este facto, de certa forma inovador, por ter na direcção de uma equipa multidisciplinar um enfermeiro, mereceu a nossa atenção e foi o mote para desenvolver o trabalho nesta área. Esta nova realidade coloca o enfermeiro face a um novo contexto e desafio, pois vai muito para além dos modelos tradicionais, nos quais tem vindo a funcionar ao longo dos anos. Ou seja, trabalhar mesmo no caso das chefias de enfermagem, sob a égide de um profissional médico tradicionalmente o último responsável dos serviços e unidades de saúde.

Perante as grandes mudanças que se vivem nestas novas unidades, avizinha-se uma tarefa que poderá ser pontuada por algumas dificuldades. Apesar de se reconhecer que o enfermeiro tem hoje um lugar privilegiado nos modelos de equipa multidisciplinar de saúde pelo seu papel de agente facilitador da mudança, de grande proximidade com a comunidade e com reconhecimento público, existe ainda um longo caminho a percorrer até que esse facto seja completamente reconhecido e aceite por todos os profissionais envolvidos nas organizações de saúde.

Assistimos então à profusão de um novo papel para o enfermeiro, não por o exercício de chefia ou da gestão de serviços ser uma prática desconhecida, mas sim pelo facto das circunstâncias em que este exercício se vai desenvolver ter particularidades até então inexistentes. Ter consciência da complexidade dos novos cenários e ser capaz de interpretar a nova realidade em que se está inserido pode contribuir para que o enfermeiro, no desempenho deste papel de coordenação de uma unidade e de uma equipa multidisciplinar, possa tirar partido desta oportunidade aproveitando o desafio para se afirmar como elemento fundamental nas estratégias e reformas a implementar na saúde em Portugal dando visibilidade à enfermagem em geral e à sua função de coordenador em particular. Pensando esta questão à luz de um dos paradigmas de enfermagem parece-nos lógico enquadrar o tema no paradigma da transformação, que segundo Kerouac (1994), representa uma mudança de mentalidade sem precedentes, perspectivando os fenómenos como únicos mas em interacção com o que os rodeia. Podemos então questionar, será que este papel possibilitará aos enfermeiros evidenciar a abertura e integração neste paradigma e ao mesmo tempo expandir este posicionamento, perante a saúde e a pessoa humana, aos outros profissionais da equipa? Será que ao «pôr em acto» este papel o enfermeiro coordenador estará a integrar novos olhares sobre uma nova realidade profissional?

Estaremos perante uma mudança de paradigma no que diz respeito ao papel do enfermeiro na saúde em Portugal e muito particularmente nas actividades relacionadas com a gestão dos cuidados de enfermagem na comunidade? Será que está também a mudar o reconhecimento dos parceiros envolvidos sobre a importância do trabalho desta equipa de cuidados na comunidade?

Paralelamente não podemos deixar de pensar que esta nova realidade coloca o enfermeiro, perante a necessidade de mobilizar competências adequadas a este novo contexto. Ao enfermeiro coordenador de uma UCC serão exigidos conhecimentos (que saiba o que faz), habilidades (que faça de forma correcta) e que tenha atitudes adequadas para desempenhar o seu papel objectivando atingir resultados positivos. Como vê o enfermeiro coordenador esta questão?

Procurámos então, desenvolver um trabalho de investigação cuja finalidade é compreender o papel do enfermeiro na coordenação de uma UCC e de uma equipa multidisciplinar e a importância desse papel para a visibilidade do enfermeiro coordenador como promotor de mudança na nova estratégia dos CSP.

Este estudo pretende então responder às seguintes questões de investigação:

- Como percebem os enfermeiros coordenadores de uma UCC o seu papel?
- Que dificuldades poderão estar a enfrentar neste novo contexto?
- Quais as competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) que consideram necessário mobilizar para um desempenho adequado na coordenação da UCC?

- Que desafios, para o próprio e para a enfermagem, pode representar esta nova realidade?

Com este trabalho pretendemos atingir os seguintes objectivos:

Objectivo geral:

- Compreender face ao novo modelo organizativo dos CSP, como perspectiva o enfermeiro o seu papel de coordenador de uma UCC.

Objectivos específicos:

- Conhecer as maiores dificuldades para coordenar uma UCC e uma equipa multidisciplinar;
- Identificar as competências necessárias ao papel de coordenador de uma UCC;
- Perceber o que pode representar para a enfermagem este novo papel.

Este relatório que procurou reproduzir o percurso desenvolvido, foi estruturado em cinco partes. Na introdução, justificamos o tema e a pertinência da sua escolha, definimos as questões às quais procurámos responder e os objectivos baseados no que se pretendeu investigar ou seja, o enfermeiro coordenador nas UCC, os desafios, dificuldades e competências, inerentes ao desempenho do seu papel, na perspectiva do próprio coordenador.

Na primeira parte procedemos à contextualização do tema a investigar, no âmbito dos CSP. Fizemos uma breve abordagem da evolução histórica dos CSP, CS e das UCC.

A segunda parte compreende o enquadramento teórico, contém a fundamentação teórica e conceptual que serve de suporte ao desenvolvimento da investigação. Iniciámos com referência à enfermagem e a gestão enquadradas num paradigma de enfermagem, às competências, definição do seu conceito com um enfoque nas competências de gestão/liderança em enfermagem, fizemos uma abordagem ao conceito de equipa multidisciplinar, finalizando com o conceito de papel

Na terceira parte apresentamos a metodologia, tipo de estudo, o instrumento utilizado para a colheita dos dados e as considerações éticas.

Na quinta parte procedemos a caracterização do local do estudo e dos participantes, à apresentação, análise e discussão dos dados, esperando assim, contribuir para a clarificação do papel do enfermeiro coordenador das UCC.

Por fim apresentamos as conclusões, com uma síntese dos resultados, as implicações para o futuro papel, as limitações percebidas no decurso da investigação, e ainda algumas sugestões para novos estudos no sentido de um maior conhecimento desta área funcional.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

1.1 Evolução histórica dos Cuidados de Saúde Primários e Centros de saúde

Até ao início da década de 70, o hospital foi considerado o elemento central do Sistema Nacional de Saúde. A partir de 1971, com a criação dos primeiros CS, pelo Decreto-Lei nº 413/71 de 27 de Setembro, foi reforçado o papel da promoção da saúde e prevenção da doença, no quadro de uma organização dos CSP que passaram a representar a principal função deste sistema e a proporcionar o primeiro contacto do indivíduo, família e comunidade com os cuidados de saúde. Esses CS, também chamados de primeira geração visavam sobretudo o acompanhamento de grupos de risco, vacinação, saúde materna, infantil e pré-escolar. Desde então os CS passaram a constituir a infra-estrutura organizativa essencial dos CSP, através de uma cobertura que se estende a todo o território nacional.

Em 1978 em Alma Ata, na Conferência Internacional sobre CSP realizada por iniciativa da Organização Mundial de Saúde (OMS), foi estabelecida uma política internacional de saúde e assumido por todos os estados participantes, o compromisso de defesa da promoção da saúde de todos os povos. A declaração resultante dessa reunião define então CSP como:

“...cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase do seu desenvolvimento, com o espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante do sistema de saúde do país e representam o primeiro nível de contacto com dos indivíduos, da família e da comunidade, com o sistema nacional de saúde, devendo ser levados o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde.” (Portal de saúde pública, 2009)

Com a revolução de Abril, foram tomadas algumas resoluções em termos políticos, levando uma delas à criação em 1979 (Lei nº 56 /79, de 15 de Setembro), do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que tinha como propósito a universalidade, a generalidade e a gratuitidade. Quatro anos mais tarde em 1983, indo ao encontro da Declaração de Alma-Ata, surgiu a segunda geração de CS que resultaram da integração dos primeiros, com os antigos Serviços Médico Sociais da Caixa de Previdência e os hospitais concelhios tendo como objectivo a maximização dos recursos. Passaram a ser definidos, como “uma unidade integrada, polivalente e dinâmica, prestadora de cuidados de saúde primários que visa a promoção e vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, centrando a sua acção para o indivíduo, família e comunidade” (Despacho nº 97/83 de 22 de Abril, Artigo 2º). Esta decisão com uma componente fortemente normativa, não terá sido totalmente pacífica, pois a variedade de estruturas agregadas e a falta de preparação dos profissionais para esta mudança, veio dificultar uma efectiva integração. Ao nível dos enfermeiros é referida alguma insatisfação e desmotivação, na aplicação destas mudanças tendo os

indicadores, ficando também aquém do preconizado pela OMS e apregoadado pelo discurso político da época (Pereira e Costa, 2007). Em relação aos recursos humanos, e mais particularmente aos enfermeiros, deu origem a uma grande assimetria na preferência dos profissionais pela área hospitalar em detrimento dos CSP. Segundo dados da Ordem dos enfermeiros (OE) em 2000 o nº de enfermeiros nos cuidados hospitalares era de cerca de 72%, para 28% nos CSP (OE, 2000).

Esta realidade e algumas recomendações da OMS nomeadamente a política europeia da OMS “Saúde para todos no século XXI” levaram a que Portugal redefinisse a sua estratégia para os CSP. Através do Decreto-Lei nº 157/99 de 10 de Maio, surgiram então os centros de saúde de 3ª geração, dotados de autonomia, administrativa, técnica e financeira, sendo considerados de acordo com esse Decreto-Lei, Artigo 2º, como um estabelecimento público de saúde que visa a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, através do planeamento e da prestação de cuidados, bem como do desenvolvimento de actividades específicas dirigidas, globalmente, ao indivíduo, à família, a grupos especialmente vulneráveis e à comunidade. A estrutura assistencial nestes CS passa a ser organizada em unidades operativas com missões complementares, o que impulsionou uma nova postura e dinâmica aos CS.

Em 2003 através do Decreto-Lei nº 60/03 de 1 de Abril foi criada a rede de CSP que para além de continuar a garantir a sua missão específica de providenciar cuidados de saúde abrangentes aos cidadãos, passará a constituir-se como a permanente ligação aos cuidados hospitalares e cuidados de saúde continuados.

Em 2005 o programa do XVII Governo Constitucional consagrou os CSP como o pilar central do sistema nacional de saúde e os CS como a base institucional desses cuidados, pelo que se tornou necessário adequar o modelo de prestação de cuidados às necessidades emergentes dessa nova realidade. Para dar cumprimento a esses princípios foi criada pela Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005 de 22 de Setembro, a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), cujo objectivo foi conduzir uma reforma que permitisse o lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos CS e implementação de USF como primeira linha de um sistema que se pretende acessível, eficiente e equitativo.

Na realidade com a materialização da reforma dos CSP foram introduzidas profundas transformações na estrutura organizacional dos CS. Através do Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro na vigência do XVII Governo Constitucional foi apresentada uma das principais novidades nesta área, com a criação e estruturação do funcionamento dos ACES. Estes serviços públicos de saúde, foram dotados de autonomia administrativa, agrupam um ou mais CS que, por sua vez, são constituídos por várias unidades funcionais, tendo por missão garantir a prestação dos CSP à população de determinada área geográfica. Surgiram assim as: USF, UCSP, UCC, USP e URAP.

Todas as unidades enunciadas são multidisciplinares, têm um coordenador e as funções, os objectivos e os recursos humanos que as compõem estão bem definidos. Numas predominam os conhecimentos e práticas médicas e noutras como o caso das UCC o predomínio está nos conhecimentos e práticas de saúde de enfermagem comunitária. De acordo com o Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro cada uma das unidades funcionais dos ACES tem uma missão específica bem definida, mas complementares entre si para que o resultado final consista numa melhor articulação da prestação de cuidados.

Esta reforma apostou sobretudo na inovação organizacional e na criação de contextos organizacionais favoráveis à mudança de comportamentos, o que coloca múltiplos desafios à cultura das organizações de saúde e sobretudo aos seus profissionais que necessitam preparar-se para enfrentar com êxito estes desafios. Para os vencerem e a reforma ter sucesso é imprescindível apostar numa liderança eficaz e no desenvolvimento de competências chave dos seus líderes. (Carapeto, 2007)

Campos (2006), a propósito desta questão, referiu no prefácio do documento da MCSP:

“A sustentabilidade de um sistema assenta, entre outros factores, na motivação, competência técnica e capacidade de desenvolvimento profissional dos seus actores. É imprescindível assegurar que os profissionais que abracem o novo modelo de organização de cuidados de saúde tenham à sua disposição condições de formação profissional que lhes permitam enfrentar desafios com confiança, segurança e satisfação.” (Correia de Campos, 2006, p.3).

Com base neste movimento de mudanças, a partir dos avanços e das reformas no campo conceptual e prático ao nível da organização dos CS está a surgir uma grande e renovada oportunidade de dar visibilidade e afirmação ao papel importante que os enfermeiros podem ter ao nível dos CSP e no desempenho das actividades a desenvolver nas várias unidades funcionais que estão a emergir. E é precisamente ao nível das UCC que para os enfermeiros se produziu a maior alteração nesta nova configuração das unidades funcionais. Uma vez que a coordenação desta unidade é atribuída aos enfermeiros, as competências de gestão requeridas terão que ser bem evidenciadas com vista a um desempenho de excelência nas funções que lhe são atribuídas. Perspectiva-se com esta investigação, perceber se as alterações em curso vieram reforçar e valorizar o papel do enfermeiro gestor na prática de cuidados de enfermagem na comunidade.

1.2. Unidade de Cuidados na Comunidade

À UCC compete, à luz do disposto no Artigo 11º do Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro, prestar cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional actuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

A UCC representa uma nova forma de prestação de cuidados na comunidade. Trata-se de um conceito inovador na prestação de cuidados que excede a equipa básica, médico/enfermeiro de família, abrangendo também outros técnicos que vêm complementar e enriquecer a equipa multidisciplinar. Assim e de acordo com o ponto 2 do mesmo artigo a UCC é composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e outros profissionais consoante as necessidades e os recursos disponíveis.

Segundo o documento de suporte à implementação da UCC (MCSP, 2009) esta é uma unidade que tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo assim de um modo directo para o cumprimento da missão do ACES em que se integra. As actividades a desenvolver visam o bem-estar e o desenvolvimento da comunidade numa perspectiva integrada de grande proximidade e em articulação com as instituições parceiras da mesma comunidade

Esta unidade abrange ainda a prestação de cuidados aos seus utentes através das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) que são parte integrante tanto dos CSP como da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, representando uma forma eficaz de continuidade de cuidados. Esta equipa dará resposta em termos de cuidados domiciliários aos utentes e suas famílias que tenham necessidade de cuidados mais complexos em termos de saúde.

O Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro que institui directrizes para o funcionamento da UCC determina como princípios orientadores para o seu funcionamento: a cooperação, a solidariedade e trabalho em equipa, a autonomia assente na auto-organização funcional e técnica, a articulação efectiva com as outras unidades funcionais do ACES, parcerias com estruturas da comunidade local, avaliação contínua e por fim uma gestão participativa assente em princípios de comunicação e de relações entre todos os profissionais, promotores de ganhos, de motivação e satisfação profissional.

Ao ser organizada sob estes princípios a UCC tem como objectivo reduzir o desfasamento, ainda existente, entre direitos sociais garantidos por lei e a capacidade real de oferta de acções e serviços de saúde à população da área de abrangência da sua actividade.

De acordo com a alínea b) do art. 15º do Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, o coordenador da UCC é designado de entre enfermeiros com pelo menos a categoria de enfermeiro especialista e com experiência, na respectiva área profissional. O ponto 2 deste mesmo artigo aponta como critérios preferenciais de designação, a competência demonstrada no exercício de funções de coordenação e gestão de equipa na área dos CSP e ainda a formação em gestão.

Perante esta circunstância e face ao objectivo desta investigação pensámos ser pertinente descrever as competências enunciadas no Despacho nº 10143/2009 de 16 de Abril e atribuídas ao enfermeiro

Enfermeiro Coordenador na Unidade de Cuidados na Comunidade
Desafios, Dificuldades e Competências

coordenador da UCC, de acordo com o disposto no n.º 2 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro.

“1 — Ao coordenador da UCC, compete:

a) Programar as actividades da unidade, elaborando o plano anual de acção com a respectiva dotação orçamental previsional;
b) Assegurar o funcionamento eficiente da unidade e o cumprimento dos objectivos programados, promovendo e incentivando a participação dos profissionais na gestão da unidade e a intercooperação com as diferentes unidades funcionais existentes no centro de saúde e no ACES;
c) Assegurar a qualidade dos serviços prestados e a sua melhoria contínua, controlando e avaliando sistematicamente o desempenho da unidade;
d) Promover, ouvindo os profissionais da unidade, a consolidação das boas práticas e a observância das mesmas;
e) Elaborar o regulamento interno da unidade, com audição da equipa multidisciplinar em reunião geral, e propô-lo, para aprovação, ao director executivo;
f) Elaborar o relatório anual de actividades;
g) Representar a unidade perante o director executivo do ACES.

2 — Compete, em especial, ao coordenador da UCC:

a) Coordenar as actividades da equipa multi-profissional, de modo a garantir o cumprimento do plano de acção e dos princípios orientadores da actividade da UCC;
b) Coordenar a gestão dos processos e determinar os actos necessários ao seu desenvolvimento.”

A coordenação da UCC é uma área de excelência para um exercício autónomo da profissão e será certamente um enorme desafio para os enfermeiros que queiram e possam agarrar esta nova oportunidade. Estes profissionais terão que mobilizar um conjunto competências de gestão e liderança e ter uma grande capacitação para a inovação e a gestão da mudança, inerente a este novo paradigma que se vive ao nível dos CSP. Sentir-se-ão, estes profissionais verdadeiramente preparados para enfrentar este novo desafio? Terão também identificadas as competências que terão que mobilizar para a coordenação de uma equipa multidisciplinar? Estas são algumas das questões às quais procurámos responder com esta investigação.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Ao profissional de enfermagem que por opção abraçou o papel de coordenador de uma UCC caberá certamente um papel importante para o êxito dos cuidados de saúde a desenvolver na comunidade, podendo ser também um dos papéis mais desafiantes dos últimos anos, no percurso profissional desenvolvido pelos enfermeiros ao nível dos CSP. Pensámos ser interessante investigar como percebem e vivenciam os enfermeiros o seu papel enquanto coordenadores de uma equipa multidisciplinar da qual se espera a produtividade máxima e um nível de qualidade de serviço, capaz de superar as expectativas dos seus utentes. Para levar por diante esta investigação torna-se imperativo enquadrar teoricamente alguns dos conceitos importantes para a compreensão do tema a investigar. Propomo-nos então analisar a temática da enfermagem e a gestão, o conceito de competência e as competências de gestão, o trabalho em equipa multidisciplinar e por fim o conceito de papel.

2.1. A enfermagem e a gestão

As actividades que o enfermeiro tem que desenvolver na área da gestão já se encontram referenciadas, desde os primórdios da profissão. Nightingale (2005) no seu livro «Notas sobre Enfermagem» no capítulo, gestão básica de actividades, deixou bem claro a função de gestão do enfermeiro e a importância dos conhecimentos de administração para que se consiga obter bons resultados. Esta teórica refere que “...todos os benefícios de uma boa enfermagem, apresentados nestas notas, podem ser completamente anulados por deficiência, por exemplo, na administração básica, ou melhor, por se ignorar como proceder, para que o que é feito, quando se está presente, ou seja também quando se está ausente.” (Nightingale, 2005, p. 55). Mais à frente neste capítulo faz ainda referência à função do gestor a qual designa por “ser encarregado de” (Nightingale 2005, p.63) e que define como a pessoa que mesmo sem assumir pessoalmente o desempenho de determinada tarefa sabe como garantir que ela seja bem desempenhada e sem erros, na sua ausência. Ao longo de todo esse capítulo podem ser identificados muitos dos princípios que ainda hoje orientam o desempenho das funções de gestão ou seja, planear, dirigir, controlar, coordenar e avaliar os recursos e procedimentos necessários para responder às necessidades em cuidados de saúde das pessoas a quem se destinam os serviços prestados. Assim sendo, a génese do conhecimento e da prática da gestão em enfermagem constitui-se histórica e socialmente a partir do modo como Nightingale praticava e ensinava a profissão utilizando já nessa época métodos de organização do trabalho.

Em Portugal foi somente na década de 60, com a criação da primeira Escola de Ensino e Administração em Enfermagem (Portaria nº 22.359 de 27 de Fevereiro de 1967) que se começou verdadeiramente a preparar enfermeiros para o desempenho de funções na área da gestão, nessa época denominada administração. A escola surgiu por sugestão da OMS de visita a Portugal e cuja consultora nessa época defendeu que

“... tínhamos que formar líderes e que era preciso formar pessoas que soubessem muito bem ensinar as pessoas e que soubessem chefiar” (Sousa, 2003, citada por Amendoeira 2004, p.164). Esta escola permitiu dar um importante passo no aperfeiçoamento dos serviços de enfermagem uma vez que nela se prepararam chefias qualificadas para os quadros de Enfermagem dos estabelecimentos de saúde, dotando-os de profissionais à altura das tarefas complexas e de acrescida responsabilidade dos hospitais e serviços de prevenção modernos. Amendoeira (2004) refere ainda que a criação desta escola promoveu o desenvolvimento da autonomia do enfermeiro que começou pela primeira vez a actuar e utilizar uma linguagem de gestão nas unidades de prestação de cuidados, (Amendoeira 2004).

Quanto à carreira profissional esta existe desde 1971, Decreto-Lei nº 414/71 de 27 de Setembro, tendo sofrido algumas mudanças ao longo dos anos. Presentemente com a publicação do Decreto-Lei nº 247/2009 de 22 de Setembro, que define o regime de carreira de enfermagem nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde foram introduzidas profundas alterações que irão implicar grandes mudanças num futuro próximo. Foi extinto o lugar de carreira de enfermeiro-chefe e criada a figura do enfermeiro principal cujo conteúdo funcional se enquadra, entre outros, no âmbito da gestão e organização de serviços e cuidados de enfermagem. As funções de direcção e chefia passarão a ser desempenhadas pelos enfermeiros principais (Decreto-lei 248/2009 de 22 de Setembro), tendo como exigência a formação em gestão e administração de serviços de saúde.

Face ao que temos vindo a referir e perante estas mudanças que, implicarão certamente alterações na área da gestão de enfermagem, entende-se que é oportuno reflectir sobre a matéria das competências de gestão e contribuir para identificar os atributos, qualidades e conhecimentos que os enfermeiros coordenadores das UCC consideram ter que mobilizar no seu papel de coordenadores.

A Associação dos Enfermeiros Norte-Americanos (1996), citada por Marquis & Houston (2005, p. 29), afirma que as novas responsabilidades administrativas, que são parte dos serviços de enfermagem requerem enfermeiros gestores com conhecimentos habilidades e competência em todos os aspectos da gestão, sendo por isso necessário abandonar as velhas teorias da gestão e adaptar-se aos novos paradigmas. A enfermagem não pode ficar indiferente a estes factos e deverá providenciar a aquisição das competências essenciais a um bom desempenho nesta área de actuação.

No que diz respeito à coordenação das UCC, este processo poderá revestir-se de maior complexidade, não só pela natureza multidisciplinar da equipa a coordenar, mas ainda pela exigência e necessidade de associar competências distintas que se enquadram na área dos cuidados à comunidade, de gestão de equipas e de serviços.

Apesar de este trabalho estar a ser desenvolvido na área da gestão, o essencial do seu sentido serão sempre as ciências de enfermagem pelo que não poderemos deixar de pensar esta problemática à luz dos

seus paradigmas. O tema em estudo está centrado na inovação pelo carácter inovador do papel a desempenhar pelos enfermeiros coordenadores, na transformação de mentalidades e no espírito de abertura necessário para conviver e reagir de forma positiva às inovações e à mudança. Por isso quando abordamos esta questão, parece evidente, situarmo-nos no paradigma da transformação que representa uma mudança de mentalidade sem precedentes “as mudanças surgem por patamares de organização e desorganização mas sempre procurando níveis de organização superior”. (Newman, 1992, citada por Lopes, 2000, p 44).

Este paradigma que teve início na década de 70 representa a base de uma abertura das ciências sobre o mundo e engloba autores como Watson (1988), Rogers (1989, 1992), Newman (1992) e Parse (1992). Surgiu num contexto onde se evidencia uma abertura de fronteiras em vários planos, nomeadamente cultural, económico e político. Foi também neste contexto de mudança e nesta perspectiva que ocorreu a conferência sobre os Cuidados de Saúde Primários em Alma Ata (1978), onde pela primeira vez e de forma explícita se sublinha a necessidade de proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo. A OMS propôs a elaboração de um sistema de cuidados de saúde baseados numa filosofia em que “os homens têm o direito e o dever de participar individual e colectivamente no planeamento e na implementação das medidas de protecção sanitária que lhe são destinadas” (Kerouac et al, 1994, p.12), os indivíduos passam assim a ser agentes da sua própria saúde.

Neste paradigma a pessoa é considerada um ser único maior do que a soma das suas partes, com múltiplas dimensões e indissociável do seu universo. A saúde é concebida como um valor e uma experiência vivida segundo a perspectiva de cada pessoa englobando a unidade “ser humano – ambiente” e não é um estado estável ou uma ausência de doença. Nesta perspectiva, os cuidados de enfermagem visam manter o bem-estar, tal como a pessoa o define. Intervir significa "ser com" a pessoa, acompanhando-a nas suas experiências de saúde, no seu ritmo e segundo o caminho que ela própria escolher. A enfermeira e a pessoa são parceiras nos cuidados individualizados (Kerouac et al., 1994).

A natureza dos cuidados e projectos a desenvolver numa UCC, obrigam a ter em linha de conta todos os aspectos que acabamos de referenciar e que se enquadram no paradigma da transformação e nas ideias de algumas das teóricas de enfermagem acima referenciadas. À partida terão muito mais hipóteses de ser bem sucedidos, os projectos em que os seus destinatários se sintam envolvidos enquanto parceiros nas tomadas de decisão sobre os aspectos de saúde que lhe dizem respeito.

Nesta linha de pensamento, estará o enfermeiro coordenador preparado e consciente da importância de paralelamente à liderança da sua equipa em que tem um papel de promotor da adaptação do seu grupo aos processos de mudanças e transições em curso, de ter também o importante papel na promoção duma filosofia de cuidados em que, entre outros, o utente se torna parceiro nas tomadas de decisão sobre os processos e avaliações que dizem respeito à sua saúde?

2.2. A função de gestão/coordenação e as suas competências

Nos últimos anos temos assistido a um conjunto de alterações ao nível das organizações de saúde. A busca contínua de qualidade e excelência na prestação de serviços, apesar da diminuição dos recursos disponíveis e do aumento dos custos, tem colocado as organizações perante a necessidade de implementarem novos modelos de gestão. A fase do profissional meramente executor (aquele que cumpre tarefas prescritas ou indivíduo associado à função) está a dar lugar ao profissional pensante (aquele que pensa questiona, age, produz, propõe cria, inova). O desenvolvimento das pessoas no contexto organizacional nesta era de grande competitividade e em ambientes de constantes mudanças estará intimamente ligado ao desenvolvimento das suas competências. Neste contexto de mudança, o perfil dos enfermeiros que tem a seu cargo a gestão/liderança dos serviços, dos cuidados e das equipas passa inevitavelmente por alterações, que obrigam à aquisição de competências que os capacitem para desempenhos que vão ao encontro dos objectivos que as novas mudanças organizacionais impõem.

2.2.1. O conceito de competência

A noção de competência não é nova, embora tenha sido revitalizada ganhando um sentido especial nas últimas décadas. Objecto de alguma contestação, a noção de competência permite uma gama variada de interpretações, baseadas em concepções diferentes e por vezes contraditórias. Com base na literatura consultada faremos referência à evolução do conceito à luz de dois eixos ou filosofias diferentes, cada uma portadora de uma concepção distinta, de acordo com os teóricos e o contexto em que se desenvolveu. Na primeira abordagem, a americana, são mais valorizados os comportamentos individuais e as características pessoais. A expressão competência "*competency*" é utilizada para qualificar pessoas capazes de ter um desempenho eficaz e/ou superior perante um trabalho ou situação determinada. De acordo com Ceitil (2007, p. 88) a evolução do conceito de competência neste sentido é evidenciado por Spencer e Spencer (1993) no seu livro "*Competence at work*", onde afirmam que "uma competência é uma característica fundamental de um indivíduo que está casualmente relacionada a um critério de eficácia e/ou *performance* excelente num trabalho ou situação". A tónica aqui é colocada no conjunto de atributos detidos pela pessoa. A referência maior desta perspectiva é dada por Richard Boyatzis. Este autor citado por Ceitil (2007, p. 93) propôs uma definição do conceito de competência como "as características de fundo de um indivíduo que guardam uma relação causal com o desempenho efectivo ou superior no posto". A competência é uma habilidade que reflecte a capacidade da pessoa e descreve o que ela é capaz de fazer e não necessariamente o que faz. Foi ainda nos Estados Unidos que se iniciou o movimento de competências na gestão de recursos humanos assim como os primeiros estudos sobre competências de trabalho, com o psicólogo David McClelland,

segundo este autor, citado por (Ceitil, 2007) competência é uma característica pessoal relacionada com uma actuação superior na realização de uma determinada situação

Fleury e Fleury (2000) fazendo também referência a Boysatzis consideram que o conceito de competência deve ser pensado como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, acreditando-se que os melhores desempenhos estão fundamentados na inteligência e personalidade das pessoas.

A segunda concepção de competência remete para a tradição francesa que tem como autor mais relevante Le Boterf. Na sua obra *De La Compétence*, Le Boterf (1995), define competência como um saber agir responsável e reconhecido que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos recursos e habilidades que acrescentem valor económico à organização e valor social ao indivíduo. A competência não se reduz a um conhecimento ou “*know-how*” específico, para Le Boterf (1995), possuir conhecimentos ou capacidades não significa necessariamente ser competente, se não se souber mobilizar esses conhecimentos de forma coerente e no momento oportuno. O essencial da competência está no saber-agir. Le Boterf (2003), destaca competência como a capacidade de colocar em prática o conhecimento num determinado contexto. Afirma ainda este autor que competência é o resultado do cruzamento de três eixos, a formação pessoal (a biografia e socialização), a formação educacional e, por fim, a experiência profissional, sendo um conjunto de aprendizagens sociais e comunicacionais, sustentadas pela aprendizagem individual e pela formação e sistemas avaliativos. Considera a competência, como uma realidade dinâmica ou seja, o resultado de uma combinação pertinente entre os vários recursos. Destaca o saber (conjunto de **conhecimentos** estruturados), o saber-fazer (saber mobilizar os métodos e ferramentas que permitem realizar uma actividade, as **habilidades**) e, por fim, o saber-ser ou as **atitudes** (disposição natural ou adquirida e indutora de comportamentos).

2.2.2. As competências de gestão em enfermagem

Ao nível da gestão, para Resende (2004) citada por Benito e Finato (2010), as competências de gestão são imprescindíveis para alcançar resultados, possibilitando a inovação e permitindo a criatividade. Cunha e Neto (2006), enfatizam a necessidade de paralelamente ao desenvolvimento de competências profissionais, ser necessário também desenvolver competências individuais e organizacionais que permita ao gestor o seu auto-desenvolvimento e o do seu grupo. Como competências individuais mais importantes são referidas a liderança, capacidade de persuasão, trabalho de equipa, criatividade, comunicação, tomada de decisão, planeamento, organização e determinação. Situando-nos nas competências de gestão em saúde e, mais precisamente, no papel do enfermeiro gestor, McCarthy e Fitzpatrick (2009), referem que as competências podem ser consideradas o maior contributo para fazer a diferença entre eficácia ou não eficácia da função do enfermeiro gestor, podendo influenciar a performance da organização em que está inserido.

Face à complexidade da situação actual dos serviços de saúde, o gestor competente será aquele que, mais do que saber executar tarefas predefinidas, saiba agir e inovar, mobilizando conhecimentos e capacidades face aos imprevistos ou a situações de alguma complexidade. O enfermeiro gestor precisa de ser um agente de mudança organizacional e um inovador em termos de processo e de produtividade deve ser sensível, pragmático, responsável e ter visão clara, inteligência, determinação e coragem (Mezomo, 2001).

Cunha e Neto (2006) referem que o “*Nursing Leadership Institute*” nos Estados Unidos da América criou um modelo de competências para o enfermeiro gestor no qual identificam seis competências essenciais: o poder pessoal, efectividade interpessoal, gestão financeira, gestão de recursos humanos, cuidados com o “*staff*”, com os pacientes e consigo mesmo, pensamento sistematizado e como atributos adicionais destaca o optimismo e a resiliência.

McCarthy e Fitzpatrick (2009), nos estudos que realizaram identificaram oito competências genéricas: a competência técnica e credibilidade profissional, capacidades de comunicação e de influência, competências na construção e gestão de relacionamentos, integridade e postura ética, empenho pessoal sustentado, resiliência, compostura e inovação. Referem ainda que a construção de modelos de competências será muito útil à orientação e treino, ao aumento da performance do desempenho e à integração de novos gestores.

Para Jeans e Rowat (2005) as competências de gestão associadas aos profissionais de saúde são: a liderança (desenvolver e transmitir uma visão comum); a colaboração e a comunicação (estabelecer relações de cooperação e partilha de informação eficazes); práticas de gestão (identificação, avaliação e implementação das estratégias e dos processos); aprendizagem e melhoria do desempenho pela avaliação contínua e o profissionalismo. No que se refere ao enfermeiro gestor/líder este artigo refere que é importante perceber o que pode constituir uma boa gestão e uma boa liderança em determinado contexto de cuidados e, particularmente, quais as competências necessárias para assumir essa função e essas responsabilidades. De acordo com outros autores consultados, Jeans e Rowat (2005) fazem ainda referência a algumas competências dominantes consideradas como as mais importantes no bom desempenho do enfermeiro gestor, nomeadamente as habilidades em matéria de relações humanas, (capacidade de comunicação, negociação, gestão de conflitos), capacidade de colaboração e formar alianças (mobilização das equipas, liderança), espírito de análise e capacidade para ver as situações no seu todo, gestão dos recursos (humanos no que respeita a horários, dotação e materiais), domínio das tecnologias de informação, conhecimento das políticas de saúde, competências e conhecimentos clínicos.

Pode perceber-se por muito do que tem sido referido que actualmente as novas tendências da gestão valorizam um maior investimento nas pessoas em detrimento do enfoque científico das teorias de administração. Como podemos verificar uma das competências que é indissociável do papel de enfermeiro gestor é a liderança. As profundas transformações, sociais, políticas e económicas, escassez de recursos,

aumento dos custos, elevada competitividade e preocupações com a qualidade dos cuidados, colocam as organizações e os seus líderes perante a necessidade de desenvolverem capacidades e competências que lhes permitam fazer face às inovações, ao desafio permanente da mudança, à concorrência, às expectativas tanto das administrações de topo como dos seus liderados. O tipo de competências esperadas enquadram-se na necessidade de eficácia dos resultados a obter. No domínio dos cuidados de saúde e sobretudo na enfermagem, onde a qualidade e a excelência na prestação de cuidados são metas a atingir, espera-se que os líderes respondam às novas exigências e que atendam às "dimensões psicossocial, administrativa, técnica e de política de grupo, tendo como pontos de referência a comunicação, a equipa, o relacionamento, a partilha da decisões, a formação e desenvolvimento, o pensamento estratégico, a visão, a inovação e a confiança..." (Frederico e Castilho, 2006, citados por Pereira et al, 2008, p. 53).

Com base em tudo o que nos foi permitido identificar e perceber neste enquadramento teórico, são muitas as competências indicadas para um adequado desempenho profissional na área que estamos a investigar. Será então também nosso objectivo perceber no ponto de vista dos inquiridos, quais as competências que os gestores de enfermagem consideram ter que mobilizar para desenvolver com êxito a sua actividade numa UCC.

2.3. A emergência de um desafio, a coordenação de equipas multidisciplinares

O trabalho em equipa multidisciplinar pode ser hoje considerado como o novo paradigma dos CSP. Uma das estratégias da nova reforma, fundamenta-se no trabalho de equipas multidisciplinares como forma de aumentar a produtividade, racionalizar os recursos e obter ganhos em saúde para a população. O conceito de multidisciplinaridade compreende a sobreposição de competências dos vários elementos, em que cada membro dá o seu contributo de forma paralela, embora não haja uma relação entre as várias disciplinas (Figueiredo, 1997). Para esta autora é muito importante a aplicação dos conceitos de paridade e equidade no trabalho em equipa, ou seja, por um lado deverá haver valorização do contributo específico e diferente que cada disciplina dá e, por outro, é indispensável o reconhecimento de que a igualdade de oportunidade de cada disciplina é indispensável. "Trabalho em equipa é uma expressão que faz parte da nossa linguagem profissional (...) no entanto trabalhar em equipa multidisciplinar implica um certo número de pressupostos e acompanha-se sobretudo de muitas dificuldades que nós enfermeiros vivenciamos no quotidiano." (Figueiredo, 1997, p. 19). Concordamos no entanto com Benner (2001, p. 177), quando afirma que "trabalhar em equipa é crucial tanto para prestar ao doente cuidados eficazes como para manter a moral da equipa de saúde".

Convém referir que trabalho multidisciplinar e trabalho em equipa não são sinónimos mas sim conceitos relacionados e complementares. O primeiro compreende a organização do processo de trabalho considerando a complementaridade dos diversos saberes e práticas profissionais, procurando a

integralidade dos cuidados, o segundo é fundamental e envolve a partilha do planeamento, a divisão de tarefas, a cooperação e a colaboração, mas pode acontecer entre profissionais de uma mesma disciplina ou de disciplinas diferentes, o importante é a complementaridade dos dois.

Segundo Corte Vale (2007), num artigo de opinião, o bem mais precioso que existe num CS são as equipas que integram as unidades prestadoras de cuidados, considerando-as como seres vivos de elevada complexidade que precisam de crescer, de experimentar e mesmo de errar para serem adultas e serem capazes de assumir responsabilidades, isto é, serem autónomas. O mesmo autor refere ainda que os processos de amadurecimento e de autonomia das equipas multidisciplinares, exigem a presença de construtores de equipas que saibam lançar raízes e consolidar identidades próprias e que as lideranças – particularmente, os coordenadores das unidades – têm de possuir o talento, a tolerância e dominarem as tecnologias que lhes permitam oxigenar continuamente a sua equipa. Será que os coordenadores das UCC sentem que possuem este talento para liderar a equipa da UCC de modo a torná-la madura e suficientemente autónoma de forma a assumirem as responsabilidades que por lei lhe foram conferidas?

Para Corte Vale (2007) os principais activos das equipas multidisciplinares são as suas competências, isto é, o conjunto de estratégias e acções capazes de resolver problemas e produzir soluções de valor inequívoco para os cidadãos, para as Unidades e para o CS. O trabalho da equipa multidisciplinar, em especial, os momentos de reflexão, auto-diagnóstico e balanço das práticas clínicas, constituem os espaços naturais de actualização e reforço das competências. É da responsabilidade das equipas, de cada um dos profissionais de saúde, e, em particular, da sua coordenação, a manutenção de uma atitude de vigilância permanente às inovações, velando pela actualização permanente das suas competências, criando oportunidades de reaprendizagem e actualização, acompanhadas por iniciativas de balanço pessoal, que permitam uma permanente reflexão e investimento sobre as competências estratégicas e operacionais que integram cada profissão ou especialidade.

A eficácia no funcionamento de uma equipa multidisciplinar, tem também muito a ver com a existência de um líder, alguém que detenha um conjunto de competências capazes de liderar e motivar a equipa. O líder tem que ser capaz de estimular a responsabilidade e habilidades individuais, permitindo aos membros da equipa desenvolverem comportamentos de confiança e respeito mútuos. Tradicionalmente numa equipa de saúde, o médico detém este poder de liderança e mais do que uma questão de quantidade e qualidade de conhecimentos, isto deve-se sobretudo à hierarquia pré-estabelecida pela sociedade e pelas organizações. A situação que se vive actualmente na UCC com a coordenação atribuída ao enfermeiro é uma situação nova que representará obrigatoriamente um grande desafio para a enfermagem obrigando a uma mobilização de competências nas várias áreas de actuação. Neste cenário de mudança, o coordenador da equipa deverá assumir a responsabilidade pelo desenvolvimento do trabalho da sua equipa de uma forma

eficiente e eficaz, promovendo ao mesmo tempo o desenvolvimento de um clima de coesão entre os seus membros.

No nosso estudo, as equipas multidisciplinares de saúde têm a seu cargo conhecer a realidade da comunidade pela qual são responsáveis, com ênfase nas características sociais, demográficas e epidemiológicas, identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta e dar resposta aos problemas identificados. A equipa multidisciplinar da UCC é constituída por pessoas com formação e proveniência de ambientes muito diversos, levando a que várias visões profissionais possam emergir no mesmo espaço. Para além das diferenças de socialização entre estes profissionais, cada um deles detém uma visão pessoal baseada no sexo, idade, cultura, situação socioeconómica e experiência de vida, de tal forma que esta diversidade pode ser uma potencial fonte de conflito em qualquer equipa de saúde.

Nesse contexto, o enfermeiro coordenador da UCC deverá mobilizar competências na área da liderança e da resolução de conflitos para que consiga um desempenho eficaz da equipa de trabalho. Por vezes, esta questão pode parecer fácil, mas numa equipa com pessoas tão diferentes tanto pela sua profissão como pela sua condição de ser humano único com características, expectativas, ambições, desejos e necessidades próprias, deve obrigar o líder a ter o entendimento de que, para cada colaborador, é necessário que se aplique um estilo de liderança apropriado. O grau de homogeneidade ou heterogeneidade de um grupo, no que se refere às suas características demográficas, sociológicas ou psicológicas tem influência nos processos de interacção e, conseqüentemente, no desempenho da equipa. Equipas com objectivos, características de personalidade comuns e com elevada compatibilidade, despenderão menor energia nas interacções de carácter social e afectivo, pelo que o nível de satisfação, motivação e conseqüentemente o desempenho poderá ser mais eficaz e eficiente. Estará então o enfermeiro coordenador apto para desempenhar este novo papel de líder de uma equipa com estas características de heterogeneidade?

A coordenação de uma equipa formada por elementos pertencentes a várias disciplinas poderá assim ser também entendido como parte do desafio que o enfermeiro enfrenta no desempenho deste novo papel, estará este consciente desta nova realidade e dos desafios que ela implica?

2.4. O conceito de papel

O conceito de papel é frequentemente usado pelos sociólogos para descrever o comportamento humano em situações sociais. Deriva do francês “rôle” e está muitas vezes associado ao termo “função”. Teve a sua origem na prática teatral, referindo-se à parte cénica que a pessoa representa no teatro. Na vida real o papel

será uma representação da pessoa como actor social, ou seja, um conjunto de comportamentos e normas que uma pessoa adquire e aprende de acordo com o estatuto que tem na sociedade.

Ao ocuparem posições sociais, as pessoas vêem o seu comportamento determinado não tanto pelas suas características individuais mas sobretudo pelas expectativas face à posição que ocupam. Assim, o papel social vem caracterizar modelos de comportamento que, ultrapassando as diferenças e as adaptações individuais, orientam a acção dos sujeitos que ocupam uma determinada posição ou função. Em cada grupo em que o indivíduo participa, ele desempenha um papel de acordo com o estatuto que lhe é atribuído. A sociologia serve-se do papel social para demonstrar que a actividade dos sujeitos é socialmente influenciada e segue padrões de alguma regularidade.

Segundo Show e Costanzo, (1982), citados por Neto (1998), papel pode definir-se como a posição ou função que uma pessoa ocupa no seio de um determinado contexto social, que no caso do enfermeiro coordenador será a função de líder e gestor no seio do grupo ou seja da equipa da UCC.

Os papéis que assumimos no grupo a que pertencemos definem as obrigações e os comportamentos que os outros esperam de nós, estando o papel dependente da posição que se ocupa num determinado grupo. É importante ter em conta que ao longo da vida uma pessoa pode assumir simultaneamente diferentes papéis de acordo com o contexto em que está inserido, por exemplo uma mulher poderá ao mesmo tempo desempenhar papel de mãe, de filha, de enfermeira e de chefe, cada um desses papéis será guiado pelas expectativas que os outros têm acerca do comportamento esperado e por normas, que são expectativas mais generalizadas, acerca do comportamento e interiorizadas no decurso da socialização, (Neto, 1998). Do enfermeiro coordenador serão, por exemplo, esperados comportamentos que decorrem do seu saber, saber ser e saber estar enquanto líder da sua equipa e gestor da unidade de saúde.

Podem existir por vezes conflitos de papéis sociais nos casos em que a mesma pessoa assume papéis que supõem exigências incompatíveis, (por exemplo, em certos casos o papel de mãe e esposa pode ser difícil de conciliar com o papel exigido pela profissão nomeadamente a profissão de enfermeira). Estamos assim perante um conflito inter-papéis. Podemos também encontrar "conflito de papéis" nos casos em que o sujeito encara o seu papel de maneira diferente da definida pelos papéis sociais com os quais se encontra em interacção, neste caso estamos perante um conflito intra-papel (Neto, 1998).

Segundo Moreno (1974), um dos primeiros autores a trabalhar esta área, citado por Trevisan et al, (1987), "papel" refere-se à maneira de agir que o indivíduo adopta no momento específico em que reage a uma dada situação. Transportando esta definição para o contexto da enfermagem, o enfermeiro coordenador de uma equipa reage executando tarefas de índole organizativa, de gestão, de liderança e de planeamento das actividades a desenvolver pela equipa, indo ao encontro da sua missão.

Trevisan et al, (1987), citando, Sabine & Allen (1968) referem que “na psicologia social, papel é entendido como o conjunto organizado de comportamentos que são activados quando o indivíduo ocupa uma posição num contexto de papéis que poderemos entender como o contexto de uma organização” (Trevisan et al, 1987, p.95)). De acordo com Santos (2006), citando Katz e Kahn (1976), “as organizações humanas são sistemas de papéis na medida em que as pessoas interagem entre si e os seus actos são funcionalmente dependentes” (Santos, 2006, p.17), sendo esta situação particularmente evidente nas instituições de saúde. As organizações, entendidas como sistemas sociais, caracterizam-se por um conjunto de papéis que diferenciam um cargo de outro e por um conjunto de normas e valores compartilhados pelos seus membros, (Ferreira, Neves e Caetano, 2001).

O conceito de papel pode ser abordado a dois níveis: a nível psicológico e nível comportamental. No contexto psicológico é sinónimo “de padrão de condutas associadas e esperadas das pessoas que ocupam uma determinada posição” (Ferreira, Neves e Caetano, 2001, p.61), sofrendo influência da idade, sexo, estatuto familiar e, profissional. “A nível organizacional, papel é sinónimo de comportamento esperado para uma determinada posição, entendendo-se esta como o lugar ocupado por alguém dentro da organização” (Ferreira, Neves e Caetano, 2001, p.61).

Se admitirmos como diz Collière (1999), “que o aspecto mais corrente do papel é a maneira como se desenvolve um acontecimento, uma actividade, uma função, um estatuto, ele é constituído por uma infinita variedade de elementos que entram em jogo, de variáveis que interferem, estão em interacção e vão criar diferenças na maneira de fazer, na maneira de proceder” (p.231). Podemos então considerar que o papel é a forma de agir, de viver e sentir o que se faz no exercício de determinada função.

No desenvolvimento da enfermagem nos últimos tempos assiste-se a uma redefinição de alguns papéis de acordo também com uma mudança da estrutura organizacional onde estes têm que ser desempenhados. Centrando-nos então no papel do enfermeiro coordenador da UCC podemos considerar que é um conjunto de comportamentos que dele se espera enquanto líder da equipa e coordenador da unidade. O conjunto de comportamentos é fundamentado nos conhecimentos, habilidades e valores da profissão, nas suas características pessoais e nas regras da organização. O desempenho do seu papel, que é determinado por padrões sociais envolve um processo combinado de estruturas impostas ao comportamento, ou seja, por um lado, regras que abrangem os direitos e deveres do enfermeiro, visando uma adaptação das suas atitudes e do seu comportamento face ao que é exigido pela organização, e por outro a participação interactiva com outros indivíduos membros da equipa que coordena, sempre com o propósito de alcançar as expectativas inerentes ao seu papel.

3. METODOLOGIA

A pesquisa científica é um método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões que necessitam de investigação (Fortim 1999), devendo ser planeada, desenvolvida e relatada de acordo com uma metodologia científica.

De uma forma simples, poderemos dizer que a metodologia é a determinação do modo como será conduzida a pesquisa e delineado o caminho que vai permitir concretizar os objectivos e encontrar respostas para as questões de investigação inicialmente colocadas

Neste capítulo faremos referência ao tipo de estudo, ao local e aos participantes à opção metodológica utilizada para a colheita de dados e análise dos mesmos e por fim, as considerações éticas.

3.1. Tipo de Estudo

Considerámos, de acordo com a natureza do estudo e dos seus objectivos, que a abordagem qualitativa era a mais adequada, uma vez que utiliza métodos capazes de compreender os fenómenos de forma holística, permitindo conhecer em profundidade a riqueza da experiência dos sujeitos inseridos no seu contexto (Carmo e Ferreira, 1998). Segundo Polit, Beck e Hungler (2004, p.30) "...os resultados da pesquisa qualitativa são tipicamente baseados nas experiências da vida real de pessoas com conhecimentos do fenómeno em primeira mão". Ainda segundo os mesmos autores a investigação qualitativa abrange a recolha e análise sistemática de matérias narrativas mais subjectivas, utilizando procedimentos flexíveis para que o investigador, controle o menos possível, procurando evidenciar os aspectos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana tentando capturá-los na sua totalidade, dentro do contexto dos que os experimentam. Através da metodologia qualitativa podemos compreender melhor a realidade que emerge da percepção e experiência dos participantes no estudo, não havendo preocupação com a quantificação mas com a representatividade e dinâmica presente no discurso dos entrevistados (Polit, Beck e Hungler, 2004).

Consideramos também tratar-se de um estudo de carácter descritivo exploratório, que nos pareceu ser o mais adequado à natureza da temática a investigar, pela possibilidade de descrição e compreensão das experiências humanas tal como elas surgem. Descritivo porque é dada ênfase à descrição dos narradores sobre o fenómeno em estudo e exploratório porque o papel do enfermeiro coordenador nas UCC é uma realidade ainda recente e pouco explorada.

Parse et al. (1985) descrevem este tipo de estudo como sendo uma investigação acerca do significado de um acontecimento de vida num grupo de indivíduos que vivenciaram o mesmo acontecimento. Na opinião de Polit, Beck e Hungler (2004) estes estudos pertencem à classe da pesquisa não experimental e pretendem "observar, contar descrever e documentar os aspectos de uma situação" (p. 34). Os autores afirmam que a directriz do estudo descritivo é a intenção de conhecer melhor determinada realidade. A

investigação descritiva segundo Carmo e Ferreira (1998), implica estudar, compreender e explicar a situação actual do objecto de investigação. Os estudos descritivos têm como objectivo “discriminar os factores determinantes ou conceitos que, eventualmente, possam estar associados ao fenómeno em estudo” (Fortin, 1999, p. 162).

A característica exploratória está relacionada com o desejo de mais do que simplesmente descrever ou adquirir conhecimento, procurar também esclarecer factos pouco conhecidos permitindo assim uma visão geral e aproximada de um tema ou facto pouco explorado. Isto vai ao encontro do que defendem Polit, Beck e Hungler (2004), quando referem que os estudos exploratórios acontecem quando uma nova área ou tópico é investigado e fenómenos pouco entendidos são explorados através da abordagem qualitativa. Segundo Carmo e Ferreira (1998), citando Seltiz, Jahoda, Deutch e Cook (1967), os estudos exploratórios têm como objectivo, efectuar o reconhecimento de uma realidade que necessita de maior nível de análise e consecutivamente levantar hipóteses de entendimento dessa realidade. Neste caso é aceite como ponto de partida descobrir uma realidade ainda pouco conhecida e o significado que os envolvidos lhe atribuem enquanto protagonistas dessa realidade.

3.2. O local do estudo, as UCC

O contexto em que este estudo foi desenvolvido, corresponde aos ACES da área Metropolitana da Grande Lisboa Norte que inclui os concelhos de Lisboa, Amadora, Cascais, Loures, Mafra, Odivelas, Oeiras, Sintra e Vila Franca de Xira.

No início de 2011, de acordo com a actualização do “Site” dos CSP, encontravam-se em funcionamento na área metropolitana acima referida 17 UCC. Dessas somente 10 tinham 6 ou mais meses de existência. Este facto foi considerado importante, pois era necessário já ter alguma experiência na função, para serem incluídas neste trabalho. Constituímos assim como local para a realização do estudo 10 UCC que preenchiam os critérios definidos e que mais à frente explicitaremos

3.3. Os participantes

Para o estudo, foi necessário seleccionar um grupo de participantes de acesso que para Polit, Beck e Hungler (2004) são aqueles que obedecem aos critérios estabelecidos na escolha. Considerando as limitações temporais para a realização do estudo e as dificuldades em entrevistar a totalidade das coordenadoras das UCC seleccionadas, optamos pelo tipo de amostragem, designada por amostra intencional ou de conveniência, seleccionando participantes com experiência no fenómeno de interesse, permitindo assim a compreensão do mesmo com maior profundidade.

Tivemos em consideração dois aspectos, que em estudos qualitativos se deve evitar amostras de grande tamanho, devido a gerar um amontoado de dados, difícil de analisar (Fortin, 1999), e o facto de na metodologia qualitativa o que interessa ser a riqueza da informação, não havendo regras para o tamanho das amostras, sendo estas geralmente pequenas (Bogdan e Biklen, 1994). O número de participantes foi assim determinado, pela saturação de informação que segundo Morse (1999), citada por Steubert e Carpenter (2002, p.26) "é a repetição de informação descoberta, e confirmação de dados previamente colhidos".

Segundo Carmo e Ferreira (1998, p. 197) "...tratando-se de um estudo exploratório cujos resultados obviamente não podem ser generalizados à população à qual pertence o grupo de conveniência, mas do qual se poderão obter informações preciosas, embora não as utilizando, sem as devidas cautelas e reserva (...) utiliza-se um grupo de indivíduos que esteja disponível".

Assim, a amostra deste estudo foi de 6 enfermeiras coordenadoras de UCC que se constituíram pelas 6 primeiras respostas positivas à solicitação de participação e que estivessem de acordo com os seguintes critérios: desempenhar funções de coordenação de uma UCC num ACES da área Metropolitana da Grande Lisboa Norte; tempo de actividade na coordenação da UCC superior a 6 meses e aceitar livremente participar no processo de recolha de dados.

3.4. Instrumento e recolha de dados

À realização de qualquer trabalho de investigação está inerente a recolha de dados, tornando-se necessária a programação das acções a desenvolver, a escolha do método e o instrumento para a utilizar.

A entrevista é uma das estratégias de recolha de dados mais utilizada no método qualitativo e representa toda a "actividade de investigação no decurso do qual são colhidos dados junto de uma população ou porções desta com o objectivo de examinar atitudes, opiniões, crenças ou comportamentos desta população" (Fortin, 1999, p.168). Para a mesma autora a entrevista é considerada o "modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas" (p.245). Para Bogdan e Biklen (1994), esta técnica é "utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia como os sujeitos interpretam aspectos do mundo" (p.134). Ghiglione e Matalon (1993) e Bogdan e Biklen (1994) realçam a entrevista semi-estruturada, considerando que esta possibilita ao entrevistado falar abertamente, usando as palavras e a ordem que entender.

Face ao objectivo deste estudo, perceber o papel do enfermeiro coordenador da UCC na perspectiva do próprio, decidimos utilizar esta estratégia pois verifica-se segundo os autores consultados ser a mais adequada para este tipo de estudo. Com recurso à entrevista semi-estruturada pretendemos recolher a

opinião individual de cada enfermeiro coordenador através da interacção da investigadora com o entrevistado, dando-lhe sempre espaço para livremente expressar as suas ideias. A entrevista foi semi-estruturada e construída com base no enquadramento teórico, nos objectivos e na população em estudo. A recolha de dados compreendeu dois momentos, um de apresentação e introdução aos objectivos do estudo e o outro de resposta a um conjunto de questões, que por vezes, não respeitaram uma ordem e sequência pois o entrevistado seguiu um discurso de forma espontânea falando das suas vivências, e percepções. Isto vai ao encontro de Bogdan e Biklen (1994) quando referem, que as boas entrevistas se caracterizam pelo facto de os sujeitos estarem à vontade para falar livremente sobre os seus pontos de vista produzindo uma riqueza de dados, recheados de palavras que revelam as perspectivas dos participantes.

Para a realização das entrevistas, construímos especificamente para este estudo, um guião flexível do qual fizeram parte um conjunto de questões sobre o tema em estudo (Anexo I). O Guião da entrevista foi validado através de um pré-teste a um enfermeiro coordenador que reunia as mesmas características dos nossos participantes. Essa primeira entrevista permitiu prever a duração média das entrevistas, desenvolver a habilidade técnica para a sua realização e avaliar a eficácia e precisão das questões assim como a sua sequência e encadeamento. Após o pré-teste e não se tendo verificado a necessidade de efectuar alterações partimos para a colheita de dados. Para a realização das entrevistas, efectuámos, de acordo com os critérios estabelecidos, um contacto prévio via e-mail com os enfermeiros coordenadores das UCC e, de acordo com a disponibilidade manifestada, foi pela mesma via solicitada autorização aos Directores executivos dos respectivos ACES para a sua realização (Anexo II).

Uma vez concedida a autorização (Anexo III) foram agendadas e realizadas as entrevistas no local, dia e hora escolhidos pelos participantes. Na totalidade dos casos os participantes optaram por realizá-las na UCC onde desenvolvem a sua actividade o que permitiu à investigadora um conhecimento mais profundo sobre os locais do estudo. Foi previamente enviado o guião para que os participantes se sentissem mais à vontade em relação ao tema e às questões a responder. As entrevistas foram realizadas entre 17 de Fevereiro e 12 de Junho de 2011 e a sua duração oscilou entre 30 e 60 minutos. Todas foram gravadas com o acordo prévio dos entrevistados de forma a facilitar a transcrição e posterior tratamento dos dados. A ordem com que as questões foram apresentadas dependeu da relação dos acontecimentos e das respostas do entrevistado. No final de cada entrevista, agradecemos a cada participante a ajuda, amabilidade e disponibilidade realçando o valor do seu contributo.

3.5. Procedimentos de análise e tratamento de dados

Com a conclusão das entrevistas procedeu-se à sua transcrição tendo-lhe sido atribuída uma identificação de acordo com a ordem cronológica com que foram realizadas, precedido da letra E (E1 a E6). A transcrição

do registo áudio para o registo em suporte de papel (Anexo IV) foi um procedimento moroso, mas permitiu o retorno ao ambiente real e uma maior validade na análise.

Terminada esta fase deu-se início à segunda etapa do processo empírico, a organização e sistematização dos dados, seguidas da sua análise. A análise dos dados constitui-se como “um processo de busca e de organização sistemático de entrevistas, de notas de campo e de outros materiais que foram sendo acumulados, com o objectivo de aumentar a sua própria compreensão desses mesmos materiais e de lhe permitir apresentar aos outros aquilo que encontrou”, (Bogdan e Biklen 1994, p. 205).

Os dados obtidos através das entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo, pois consideramos ser a que melhor se adequa à técnica de recolha de dados que adoptamos. Análise de conteúdo é definida como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” Bardin (1995, p.42). Vala (1987)), refere-se à análise de conteúdo como uma técnica de tratamento de informação que permite organizar e classificar os dados que o investigador reuniu de forma controlada e sistemática e reforça dizendo que a análise de conteúdo permite efectuar inferências com base numa lógica explicitada, sobre mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas.

Para a análise de conteúdo seguimos as fases propostas por Bardin (1995):

1) A **pré-análise**, ou seja, a fase de organização e inventariação dos dados cujo objectivo foi tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais. Foi nesta primeira fase que efectuamos as várias leituras flutuantes nas quais se estabeleceu um primeiro contacto com as entrevistas transcritas, que constituíram o *corpus de análise*. O nosso *corpus de análise* foi constituído pela totalidade das 6 entrevistas realizadas, “se o material a analisar foi produzido com vista à pesquisa que o analista se propõe realizar (...) o corpus de análise é constituído por todo esse material” (Vala, 1987:109). Esta fase permitiu familiarizarmo-nos com o material, apreender as regularidades e as singularidades do discurso, os aspectos mais significantes, isto é, estabelecer contacto com os documentos em análise (Bardin, 1995). No final desta fase emergiram também um primeiro conjunto de áreas temáticas e de categorias.

2) A **exploração do material**, ou seja, a fase 2 de análise, com leituras mais exaustivas, consistiu na codificação, que “é o processo pelo qual os dados brutos do texto são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo”(Bardin, 1995,p.103).

No processo de codificação foi necessário determinar as unidades de registo ou unidade de significação que “corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base” (Bardin, 1995, p.104). Foram então criadas as categorias definitivas e subcategorias que segundo a mesma autora, são rubricas que

reúnem um grupo de elementos (unidades de registo) sob um título genérico, agrupando-os em razão dos caracteres comuns desses elementos. O critério utilizado para a categorização foi o semântico, ou seja, por categorias temáticas, utilizando a parte da frase com significado.

3) Por fim procedeu-se ao **tratamento dos resultados obtidos**, ou seja, a análise dos dados.

Estas foram sem dúvida, as fases mais difíceis de todo o processo de investigação, o que nos leva a concordar com Bogdan e Biklen (1994, p. 205) quando refere que “a tarefa analítica, ou seja, a tarefa de interpretar e tornar compreensíveis os materiais recolhidos, parece monumental quando alguém se envolve num primeiro projecto de investigação”. Foi uma tarefa complicada que teve que ser encarada como uma série de tarefas e decisões divididas em várias fases de forma a tornar mais agradável o enorme esforço do processo de interpretação.

3.6. Considerações éticas

Quando uma investigação visa estudar factos ou fenómenos relacionados com pessoas, torna-se imperativo assegurar e garantir que os seus direitos são respeitados e salvaguardados, o que implica que o investigador actue de acordo com os princípios éticos inerentes a um trabalho de investigação científica (Bogdan e Biklen, 1994; Carmo e Ferreira, 1998; Fortin, 1999; Polit, Beck e Hungler, 2004,). Durante todas as etapas deste estudo salvaguardamos os aspectos éticos inerentes à realização de uma investigação de carácter qualitativo defendidos por estes autores.

Começámos por pedir autorização à instituição onde realizámos o estudo e só iniciámos as entrevistas após concedida essa autorização. Cada participante no estudo foi previamente informado acerca da duração média da entrevista, que a mesma seria gravada, que estava assegurada a confidencialidade e o anonimato das informações. Foi também devidamente salvaguardada a divulgação prévia aos participantes da finalidade e objectivos do estudo assim como dada a garantia que os dados recolhidos seriam exclusivamente utilizados para os fins do estudo.

A participação nas entrevistas foi voluntária, um dos princípios chave de qualquer investigação é a participação voluntária dos indivíduos mediante o seu consentimento livre e informado. Neste caso foi solicitado a cada entrevistado o seu consentimento informado (Anexo V) e garantido o anonimato na apresentação dos resultados, bem como garantido o retorno dos resultados da investigação caso seja esse o interesse do participante.

4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo começaremos por fazer uma breve caracterização das UCC e dos participantes, seguida da apresentação e análise dos dados obtidos através das entrevistas efectuadas.

Caracterização das UCC

Com a intenção de dar a conhecer o cenário em que o estudo se desenvolveu optamos por descrever no Quadro nº 1 algumas das características das UCC de acordo com informação recolhida junto das enfermeiras coordenadoras durante as entrevistas realizadas.

No que diz respeito à constituição da equipa multidisciplinar das UCC esta tem pequenas variações de unidade para unidade, justificadas pelas características e necessidades das populações abrangidas.

Quadro nº 1 **Caracterização das UCC estudadas**

UCC	Tempo de Actividade	Nº de enfermeiros	Outros profissionais	Nº de utentes	População residente (Census 2001)
UCC 1	6 Meses a 1 ano	20	Terapeuta ocupacional Técnica de serviço social Assistente técnica Assistente operacional Motorista	210.000	175.872
UCC 2	> 1ano	12	Fisioterapeuta Técnica de serviço social Assistente técnica Higienista oral	130.000	109.159
UCC 3	> 1ano	11	Fisioterapeuta Técnica de serviço social Terapeuta ocupacional Psicóloga Médicos de família	100.000	81.843
UCC 4	6 Meses a 1 ano	12	Técnica de serviço social Assistente operacional Psicóloga Assistente técnica	48.000	33.031
UCC 5	6 Meses a 1 ano	12	Fisioterapeuta Técnica de serviço social Psicóloga Assistente técnica	102.000	81.843
UCC 6	6 Meses a 1 ano	12	Técnica de serviço social Assistente operacional Psicóloga, Terapeuta ocupacional, Fisioterapeuta Assistente Administrativa	100.000	88.825

Caracterização dos participantes

A caracterização do grupo de participantes é apresentada no quadro nº 2 numa abordagem que compreende o sexo, idade, conhecimentos de gestão, experiência e tempo de coordenação.

Quadro nº 2 Caracterização dos participantes

	Sexo	Idade	Formação específica em Gestão	Experiência em cargos de gestão	Tempo de coord. na UCC
E1	F	36 a 45 anos	Não	5 - 10 Anos	6 Meses a 1 ano
E2	F	46 a 55 anos	Não	> 10 Anos	>1 ano
E3	F	46 a 55 anos	Não	5 - 10 Anos	>1 ano
E4	F	36 a 45 anos	Não	5 - 10 Anos	>1 ano
E5	F	46 a 55 anos	Não	5 - 10 Anos	6 Meses a 1 ano
E6	F	46 a 55 anos	Não	5 - 10 Anos	>1 ano

Todos os participantes são do sexo feminino o que vai ao encontro da prevalência de mulheres na profissão. No que diz respeito à idade os participantes enquadram-se nos seguintes grupos etários, 2 no escalão dos 36 a 45 anos e 4 no escalão dos 46 aos 55 anos. Em relação à experiência na área da gestão parece-nos importante referir que todos os participantes revelaram deter já alguns anos de experiência, não nesta função específica de coordenação de uma UCC (pela recente entrada em funcionamento das mesmas, pouco mais de um ano), mas na função de chefia de equipas ou de CS. Este facto parece-nos importante pois tal como refere Benner (2001, p 172) “ É a sua experiência que lhe permite ultrapassar as incertezas” não faz necessariamente referência ao tempo passado em determinada função mas sobretudo a um processo activo que consiste em formar, modificar, teorias e ideias ligadas de muito perto à realidade. A autora menciona ainda que “ para que uma enfermeira atinja o nível de perícia é necessário trabalhar mais de seis anos neste domínio (Ibidem, p 170) ”. Assim constata-se que todos os participantes, já têm uma experiência em cargos de gestão de serviços e coordenação de equipas superior a 5 anos.

No que se refere à formação de gestão, a maioria, revelou ter apenas os conhecimentos adquiridos durante os respectivos cursos de especialidade. Apenas a participante E1 revelou ter feito formação na área da liderança.

Para a análise dos discursos das participantes, tal como referido no capítulo anterior, utilizamos a técnica de análise de conteúdo de Bardin (1995). A tradição da pesquisa qualitativa é “aprender a partir dos membros de um grupo cultural a compreender a sua visão do mundo tal como eles a definem”. (Polit e Hungler 1995, p.271), assim, as entrevistas que efectuamos junto das enfermeiras coordenadoras das UCC, constituíram sem dúvida a grande mais-valia deste estudo. Os dados que emergiram da análise das entrevistas revelaram um conjunto multifacetado de perspectivas no que diz respeito ao papel do enfermeiro coordenador.

Através da categorização das unidades de registo que foram extraídas das entrevistas, identificamos vários temas de análise que seguem as linhas de pensamento das questões colocadas inicialmente. Os temas identificados permitiram-nos conhecer melhor esta função, quais as dificuldades sentidas no seu desempenho, como tem sido vivenciada a coordenação de uma equipa multidisciplinar de saúde, que competências tem tido necessidade de mobilizar e qual a importância desta função para a visibilidade da enfermagem no seio da comunidade onde trabalham.

Surgiram então três temas de análise: ser enfermeiro coordenador, competências e implicações deste papel. Cada uma dessas dimensões subdivide-se nas várias categorias e subcategorias de acordo com a grelha de análise que apresentamos em anexo, (Anexo VI) Ao longo da análise, as unidades de registo serão identificadas de acordo com o código atribuído ao participante (E1 a E6).

Dado que o tema major em análise neste estudo, ou seja, o papel do enfermeiro coordenador de uma UCC é um assunto sobre o qual ainda pouco se investigou, não havendo dados que possam auxiliar-nos na comparação com outros dados encontrados, optamos por recorrer a alguns estudos que trabalharam o tema do enfermeiro-chefe e outros estudos que abordaram alguns dos temas que emergiram nesta investigação, nomeadamente competências e coordenação de equipas multidisciplinares.

4.1. Ser enfermeiro coordenador de uma UCC

O grande tema desta análise é o ser enfermeiro coordenador de uma UCC, assim as **considerações sobre o papel do enfermeiro coordenador** constituíram a primeira categoria de análise

I - Considerações sobre o papel do enfermeiro coordenador

Das respostas analisadas e que deram origem a esta categoria emergiram as seguintes subcategorias:

- 1 - Missão do enfermeiro coordenador;
- 2 - Conteúdo funcional;
- 3 - Ligação e articulação com as outras unidades e os parceiros da comunidade;
- 4 - Gestor ou líder;
- 5 - Autonomia.

A primeira subcategoria, **missão do enfermeiro coordenador** resultou da questão colocada sobre, qual seria para os participantes a sua principal missão enquanto enfermeiro coordenador. A missão pode ser entendida “como o dever que cria obrigações, que implica escolha e aceitação e para o qual a pessoa é enviada ou missionada”(Hesbeen, 2000, p. 89). Não foi evidente apurar uma resposta que nos permitisse perceber realmente quais as principais missões do enfermeiro coordenador de uma UCC. Quase todos responderam ser uma missão idêntica à de outros coordenadores das outras unidades do ACES, havendo ainda quem considerasse que seguia na linha do que já tinha sido a missão de enfermeiro-chefe do CS.

Enfermeiro Coordenador na Unidade de Cuidados na Comunidade
Desafios, Dificuldades e Competências

“...eu não distingo muito bem, esta missão de coordenador de uma UCC de um coordenador de outra unidade qualquer, no fundo as competências são um pouco as mesmas” (E1,A, I, 1).

“...relativamente à missão enquanto coordenadora, penso que foi a continuidade do trabalho que já se fazia (...) enquanto enfermeira chefe não mudei a minha postura enquanto coordenadora” (E3, A, I, 1).

“...não difere muito de outros coordenadores” (E4, A, I, 1).

“...a missão continua a ser a mesma coordenar as equipas, motivá-las, assegurar que as coisas estão a ser bem-feitas, (...) gerir os cuidados, gerir os recursos, garantir a qualidade dos cuidados” (E5, A, I, 1).

Apesar das respostas pouco precisas, conseguimos ainda destacar alguns indicadores tais como: organizar, estruturar, dirigir e motivar a equipa, delinear a nova metodologia de trabalho e a garantia da qualidade dos cuidados. *“Numa fase inicial foi o conseguir organizar e estruturar a equipa (...) estabelecer a metodologia de trabalho que é diferente de todas as outras Unidades de Cuidados na Comunidade que eu conheço” (E2, A, I, 1).* Todos os indicadores referenciados enquadram-se nas missões e funções que se situam próximo do papel de gestor, isto é, planear, organizar, dirigir e controlar. Salientamos esta questão da reorganização e estruturação da equipa, pois sendo uma equipa multidisciplinar de saúde, mais heterogénea com formações distintas e diferente do que até então era usual, poderia revestir-se de alguma complexidade. Voltaremos a falar desta questão um pouco mais à frente quando analisarmos a categoria coordenar equipa multidisciplinar.

Nesta subcategoria emergiu, como acima referido, a questão da garantia da qualidade dos cuidados citada por um dos participantes. É do senso comum que esta deve ser uma preocupação do enfermeiro gestor ou chefe de cada serviço, também aqui esta ideia surge reforçada numa das respostas obtidas *“assegurar que as coisas estão a ser bem-feitas (...) ter cuidado com a qualidade dos cuidados de enfermagem” (E5,A, I,1).* Santos (2006), no estudo que teve como objectivo aprofundar a compreensão e o conhecimento sobre o papel do enfermeiro-chefe, citando Hubinon (1998) refere que a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade é uma função prioritária dos enfermeiros chefes. Estamos também de acordo quando refere que a qualidade dos cuidados se deve constituir como uma responsabilidade ética de qualquer enfermeiro e particularmente do enfermeiro-chefe (Santos 2006).

O enfermeiro coordenador da UCC será, em conjunto com outros profissionais da equipa multidisciplinar, a garantia da qualidade e da segurança dos cuidados prestados na unidade de saúde. *“Todo o gestor precisa de contar com apoio e trabalho de toda a sua equipa mas é ele o responsável final pelas actividades da organização ou serviço que dirige e isto inclui a qualidade do cuidado e a alocação dos recursos” (Mezomo, 2001, p.16).*

A segunda subcategoria tem a ver com o **conteúdo funcional** do papel de coordenador. O discurso da maioria dos inquiridos veio no sentido de considerarem ser uma continuidade das funções que já desempenhavam enquanto enfermeiros- chefes dos CS e que passa por gerir os cuidados de enfermagem,

os recursos humanos e os recursos materiais. “...*não mudou muito as funções, é aquilo que já era (como enfermeira-chefe)*” (E3, A, I, 2). “...*a função não é nova, eu já era coordenadora do centro de saúde antes de ser coordenadora da UCC*” (E5, A, I, 2). Não podemos deixar de concordar que existem aspectos que se prendem com a gestão de um serviço e, conseqüentemente, com as funções do seu gestor e que acabam por não ser muito diferentes. “...*tem a ver com os Recursos Humanos e a sua gestão, as atribuições dos horários, a gestão de férias, enfim aqueles aspectos mais de gestão geral e o apoio às equipas na definição e gestão dos projectos*” (E1, A, I, 2). No entanto, a opinião não foi unânime, uma das inquiridas considerou, ser uma nova função “...*não é uma gestão de um serviço tão comum como se poderia pensar inicialmente, existe toda uma série de funções novas, desde registos, manuais de articulação, toda uma série de coisas que são necessárias hoje e que não era antes*” (E4, A, I, 2). Na realidade também consideramos ser uma função bem diferente da gestão de um serviço de saúde tradicional, primeiro pelas características da equipa, até então constituída basicamente por enfermeiros e hoje multidisciplinar e, por outro lado, pela obrigatoriedade de trabalhar essencialmente para e na comunidade isto é levando “a saúde para fora de portas”. Perguntamo-nos, pois, se todo o potencial que encerra este papel estará a ser interiorizado e implementado pelos coordenadores

A próxima subcategoria tem a ver com o papel que o enfermeiro coordenador tem que assumir enquanto elo de **ligação e articulação com as outras unidades e os parceiros da comunidade**. Este aspecto parece-nos ter relevância e apesar de poder ser analisado na subcategoria conteúdo funcional, consideramos ser importante dar-lhe algum destaque pois pareceu-nos ser uma das inovações deste novo papel. As chefias habitualmente centram-se muito no seu serviço na sua equipa, mas sempre “entre portas”. Aqui o enfermeiro coordenador deixou de ter somente a responsabilidade dentro da instituição passando a ser, de certa forma, também responsável pela saúde na comunidade.

“...enquanto enfermeira chefe, eu estava muito centrada só no centro de saúde, porque a minha responsabilidade era para com os enfermeiros do centro de saúde e agora como coordenadora da UCC é abrir-me mais à comunidade, conhecer mais os parceiros, dialogar mais com eles” (E3, A, I, 3).

“...a UCC trabalha em articulação com todas as unidades e assim é que faz sentido” (E4, A, I, 3).

Coordenando uma unidade cujo objectivo é assegurar respostas integradas, articuladas, diferenciadas e de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde e sociais da população percebe-se quão importante é esta função. É referido por dois dos participantes que consideram esta articulação muito importante para a consecução de bons resultados, como se pode ver nos seus discursos documentados nas transcrições que se seguem:

“...o nosso trabalho, não depende só única e exclusivamente da própria unidade, tem ligações com as outras unidades funcionais, portanto tem de se conseguir fazer esta articulação e tem de conseguir também, a nível das instituições parceiras, desenvolver algum conjunto de protocolos, de cooperação para dar continuidade ao trabalho na própria

Enfermeiro Coordenador na Unidade de Cuidados na Comunidade
Desafios, Dificuldades e Competências

comunidade. No fundo é diferente e para mim mais desafiante, do que das outras unidades que vivem mais voltadas para si mesmas” (E1, A, I, 3).

“...eu acho que ninguém consegue nada sozinho e como tal, só a saúde não consegue nada, assim como o social se não tiver a saúde não consegue nada. Portanto tem de haver um trabalho articulado. Rentabilizar, potenciar recursos. Esta ideia de uma unidade de cuidados na comunidade, para mim, faz todo o sentido e por isso avancei” (E2, A, I, 3).

Tudo isto vem reforçar o que foi defendido na conferência de Ottawa de 1986 sobre promoção da saúde que atribuiu notória importância à participação e responsabilização das comunidades (e não apenas dos profissionais de saúde) no processo de promoção da sua saúde. Atendendo a que as condições básicas e as expectativas face à saúde não podem ser unicamente asseguradas pelo sector da saúde exigindo uma acção coordenada de todos os intervenientes passando obrigatoriamente pelos sectores sociais, económicos, políticos, organizações não governamentais, autarquias, famílias e a comunidade, percebe-se o alcance desta articulação tendo ficado bem patente nos discursos dos participantes a consciencialização da importância do seu papel em toda esta dinâmica de estímulo à participação de todos na identificação e remoção de obstáculos à adopção de políticas saudáveis. Esta Conferência apelou a todos para que se aliem ao compromisso, visando a criação de uma forte aliança em favor da saúde, consideramos que no desempenho da sua função o coordenador da UCC poderá ser o grande motor impulsionador desta aliança.

Em síntese, apesar de inicialmente afirmarem que consideravam ser uma continuidade da missão e funções até então assumidas nos cargos anteriormente desempenhados, acabam por reconhecer que este novo papel se reveste de diferenças e particularidades que o convertem num desafio para a quase totalidade dos inquiridos.

Procurámos também saber se o enfermeiro coordenador se via mais no papel de um **gestor ou de um líder**. As respostas variaram entre, uns considerarem ser um misto dos dois, “...as duas coisas. As duas têm de se associar” (E2, A, I, 4.). Outros vêem-se mais como líderes “...eu acho que é mais um líder (...) O líder tenta lançar/propor algumas novas ideias a desenvolver e as pessoas depois decidem na equipa” (E5 A, I, 4) e outros ainda se enquadram mais como gestores, caso de E4. A opinião expressa pelos participantes, revela sobretudo como cada um se vê no papel que desempenha, mas na realidade não está em perfeita sintonia com o discurso relacionado com as duas primeiras subcategorias, nas quais podemos perceber um maior peso para os aspectos relacionados com a gestão em detrimento das questões de liderança, denotando alguma dissociação entre o papel percebido e as funções desempenhadas. Historicamente, os aspectos de gestão tem sido substancialmente mais valorizados que as habilidades de liderança, assumindo as chefias tradicionais mais uma atitude de controlo e autoridade do que de líderes. Os nossos participantes, como já foi referido, trazem atrás de si toda uma experiência de chefia de serviços. Isto pode levar-nos a questionar se os enfermeiros entendem qual é na realidade o alcance destes dois papéis, e se estão verdadeiramente preparados para o desempenho de um papel como líderes da sua equipa de trabalho.

Estamos de acordo com Marquis & Houston (2005) quando referem que tornar-se melhor líder/administrador (entenda-se administrador como gestor) começa com a compreensão elementar do que é liderança, e de como essas habilidades podem ser melhor desenvolvidas. No estudo de Spagnuolo (2006, p.92), sobre coordenar equipa multiprofissional, é referido que “as enfermeiras acreditam que a coordenação pode ser facilitada quando se exerce o papel de líder, mas que esse papel tem sido atribuído às enfermeiras sem uma preparação prévia”.

Embora existam autores que consideram que não é possível ser-se bom nas duas vertentes, existindo alguma incompatibilidade psicológica entre as duas dimensões, não podemos deixar de considerar que para serem bem sucedidos os gestores/líderes terão de desenvolver competências que se enquadrem em ambos os conceitos. Segundo Cunha *et al* (2007 p 332) a liderança é a “capacidade de um indivíduo para influenciar, motivar e habilitar os outros a contribuírem para a eficácia e o sucesso das organizações de que são membros”. Entendemos assim o líder como aquele que empurra a organização para o futuro, criando estratégias, inovando e mantendo acima de tudo as pessoas comprometidas com a missão. Claro que para isso necessita inevitavelmente de competências do domínio da gestão, de forma a manter-se orientado para os objectivos e resultados dando à organização a estabilidade necessária para a sua sobrevivência e prosperidade. Perante a situação que se vive actualmente na sociedade em geral e no sector da saúde em particular, com maior incidência nos CSP e que se caracterizam por alguma instabilidade e turbulência, o ideal seria termos figuras, que assumissem simultaneamente o papel de líder e de gestor, equilibrando as exigências inerentes a cada uma dessas funções.

Concluindo, podemos considerar não estar bem definido, na percepção dos participantes, o seu papel enquanto líderes ou enquanto gestores.

Por fim integrado ainda nesta categoria surge a subcategoria **autonomia** “...esta unidade permite um trabalho de articulação mas autónomo e isso é muito bom.” (E1, A, I, 5). A autonomia é reconhecida como o atributo principal de uma profissão. Actualmente o enfermeiro continua ainda a lutar por uma verdadeira autonomia num sistema de saúde que se move sobretudo em torno da doença e onde a sociedade reconhece o médico como o principal prestador dos cuidados à doença. Com a coordenação desta unidade e pelas características da sua missão, podemos inferir que existe finalmente espaço reconhecido onde o enfermeiro pode e deve exercer de forma autónoma a sua função, mostrando através da sua prática as suas competências e o seu valor. Isto é visível nas palavras de E2 quando nos afirmou:

“...esta unidade vai ajudar a entender o enfermeiro como um elemento que integra uma equipa multidisciplinar e, dentro dessa equipa multidisciplinar, ele não é o profissional que só faz se tiver autorização para fazer. Ele é um profissional pro-activo, perfeitamente autónomo, com capacidade de planejar, de organizar, de articular como outro qualquer” (E2,A, I, 4).

Mendes (1999) citado por Ribeiro (2009), refere no entanto que a autonomia pode ser incómoda, não só porque é mais exigente e responsabilizadora, mas também porque exige um empenhamento capaz de

conduzir ao reconhecimento dessa mesma autonomia por parte das outras profissões e da sociedade em geral. O discurso dos participantes mostrou que estão conscientes desta exigência e responsabilidade e que isso faz parte do desafio ao assumir um projecto deste género. A autonomia reflecte também a necessidade de construção e manutenção de uma base de poder no desempenho da actividade de coordenação reflectida na figura de gestor e de líder. E quando falamos de poder, pretendemos entendê-lo como a capacidade de influenciar pessoas e situações, considerando também que se o coordenador for desprovido de poder não poderá cumprir o dever de construir de forma efectiva e adequada uma base de legitimidade, informação e influência a partir da qual serão atendidas as necessidades identificadas nas suas áreas de actuação e na própria organização.

II - Dificuldades no desempenho da função

Contudo, se a questão da liderança, da gestão ou mesmo da coordenação da UCC constitui um grande desafio pode também revestir-se de dificuldades, como em qualquer outra área profissional. Todos os participantes enquanto coordenadores das várias UCC foram as figuras de proa para iniciar este novo projecto. Isto significou, dar início a todo o processo de candidatura, defendê-lo nos vários níveis de aprovação e, por fim pô-lo em prática. A abertura das várias unidades implicou um grande esforço por parte de quem desenvolveu e liderou todo o projecto. Apesar de, como verificamos na subcategoria anterior, ter sido uma aposta ganha e gratificante, a missão e funções que estão implicadas não são isentas de algumas dificuldades.

Na categoria das dificuldades emergiram assim as seguintes subcategorias:

- 1 - Nova metodologia de trabalho;
- 2 - Carências de recursos materiais e humanos;
- 3 - Duplicação de papéis;
- 4.- Falta de orientações;
- 5 - Relações interpessoais.

Com as UCC surgiu também a necessidade de se adoptar uma **nova metodologia de trabalho** que respondesse aos objectivos propostos. De acordo com algumas participantes este processo nem sempre foi fácil “...organizar toda uma actividade de projectos não é fácil porque nós estávamos organizados de outras formas, por programas de saúde, que era o mais habitual (...) agora tinha de ser por metodologia de projecto, conceber projectos para corresponder a necessidades específica” (E1, A, II, 1).

Foi também referido que parte dessas dificuldades se devem ao facto dos vários profissionais ainda não estarem muito preparados para se perspectivar em projectos, mas sim estarem muito mais adaptados às antigas metodologias de trabalho nos CS. Podemos concluir, que o domínio de outras metodologias de

trabalho é absolutamente necessário para o êxito dos novos projectos a desenvolver e que é necessário que os profissionais tenham o tempo, a disponibilidade e a vontade necessárias para esta adaptação.

Outra das dificuldades apontadas foi a **carência de recursos materiais e humanos**. Para que a UCC possa responder adequadamente às populações e aos grupos de risco, necessita de recursos não só humanos como materiais, que lhe permita funcionar segundo critérios de qualidade. A totalidade dos participantes referiu que uma das maiores dificuldades é precisamente este aspecto da escassez de recursos de vária índole. Sendo uma equipa que funciona sobretudo fora de portas, gerir as suas actividades sem os recursos necessários para as deslocações dos seus elementos revela-se uma tarefa por vezes bastante complicada, originando também grande desgaste por parte de quem tem essa função. Este facto é percebido pelos participantes na expressão de alguns discursos.

“...há grande dificuldade de recursos, nós temos uma carência brutal de transportes, os recursos que temos são insuficientes Não conseguimos aumentar a oferta, que era um dos aspectos, em termos de horas, de cuidados, alargar o horário” (E1, A, II, 2).

“...não temos um programa informático que nos dê as respostas no exacto momento. Ainda estamos a trabalhar muita coisa no papel. Fazem-nos falta, sem dúvida, os veículos para o transporte, para os resíduos que deixamos na casa do utente, o que é mau” (E3 A, II, 2).

“...os recursos materiais, essencialmente. Não tínhamos meios informáticos (...) viaturas não temos, estamos a andar de Táxi, o que em termos económicos é muito pesado. Em termos de material, há meses que temos material, outros que não” (E5, A, II, 2).

“...penso que é mesmo a parte informática, não temos nenhum sistema adequado, nem Vitacare, nem Medicine One, nem SAP. Os registos são feitos em Excel” (E6, A, II, 2).

Sabemos que se vive uma fase de grande contenção de despesas por parte do erário público e que esta situação é transversal a todas as áreas incluindo o sector da saúde e, por inerência, os CSP. Mas a UCC, para conseguir responder aos compromissos assumidos pela sua carteira de serviços, necessita de recursos humanos e materiais. Perante este défice identificado pelas participantes torna-se evidente o acréscimo de dificuldade na gestão da UCC. No que refere à escassez de recursos humanos, especificamente de enfermeiros, emergiu uma questão que nos parece ser de capital importância pois para além de uma dificuldade identificada poderá pôr em causa as metas a atingir e também uma das missões do enfermeiro coordenador no que se refere à manutenção da qualidade dos cuidados. Esta carência deve-se muito à precariedade contratual de alguns profissionais e que, conseqüentemente, poderá pôr em causa a estabilidade e qualidade do trabalho e os projectos em curso.

“...temos enfermeiros da prestação de serviços que a ARS contrata com empresas de colocação de recursos, contrata horas de enfermagem ou seja, não contrata o enfermeiro A, B ou C. Só este ano já conhecemos umas 10/12 caras ou mais não há continuidade no trabalho” (E1, A, II, 2).

“...a UCC é feita de pessoas e as pessoas não estando estáveis enquanto pessoas, é complicado enquanto profissionais estarem estáveis. Temos colegas a contrato que não sabem o que lhes vai acontecer. Temos colegas da empresa, que não sabem o que vai acontecer (...) é óbvio que isto traz alguma instabilidade” (E4 A, II, 2).

Também no estudo de Santos (2006) esta questão da falta de recursos humanos e da grande mobilidade dos enfermeiros foi apontada como uma das dificuldades identificadas. Citando esta autora podemos também dizer que “de facto, a escassez de enfermeiros tem sido um dos grandes problemas com que se têm debatido as organizações de saúde nos últimos anos e que limita a constituição de equipas estáveis e coesas” (Santos, 2006, p.135). Também Martin e Henderson (2004), reforçam esta ideia quando referem que, para o gestor de uma unidade de saúde os recursos de que dispõem para trabalhar exercem uma influência importante na eficácia da sua missão e que a parte mais importante destes recursos são as pessoas. No caso da UCC este problema foi também apontado como limitador da capacidade de resposta face às inúmeras necessidades das populações, impedindo o alargamento do horário, o crescimento de alguns serviços e a execução e continuidade de determinados projectos.

A **duplicação de papéis** a desempenhar foi outra das dificuldades identificadas. Foram feitas várias referências ao longo das entrevistas evidenciando a questão da acumulação de funções, as novas decorrentes do novo papel de coordenador de UCC com as já desempenhadas enquanto enfermeiros-chefes dos CS onde trabalham e que não puderam deixar para trás, implicando conseqüentemente algum conflito nas funções a desempenhar. A maioria dos coordenadores percepção este facto como um aspecto negativo e, conseqüentemente, uma dificuldade acrescida pois gostariam por um lado de ter mais tempo disponível para este novo projecto e, por outro, poder defendê-lo melhor e com maior isenção. E4 referiu mesmo, que se tivesse de momento opção, abraçaria a gestão da UCC a tempo inteiro.

“...estou com dois papéis, o que não é fácil, estou como coordenadora da UCC, mas também estou como enfermeira chefe de um agrupamento” (E2, A, II, 3).

“...enquanto enfermeira coordenadora não consegui deixar para trás uma série de coisas que pertencem à enfermeira chefe, (...) acumulo as funções de coordenadora da UCC e de enfermeira chefe de todo o Centro de saúde o que faz com que fique muito sobrecarregada” (E3 A, II, 3).

“...eu desempenhava funções de chefe do centro de saúde e foi-me feita a proposta de eu acumular, ou seja, ter meio horário como coordenadora da UCC e meio horário a desempenhar funções no centro de saúde” (E4 A, II, 3).

Em síntese, verificámos que os participantes que acumulam os dois papéis se sentem sobrecarregadas nas suas funções, denunciando alguma dificuldade na articulação da coordenação da UCC com a chefia do CS.

Falta de orientações e apoio por parte da tutela, que aqui se subentende como a Equipa Regional de Apoio (ERA), foi outra das subcategorias identificadas. Todos os participantes consideraram que apesar da regulamentação criada deveria ter havido um acompanhamento mais próximo e pormenorizado ao longo das várias fases de apresentação e desenvolvimento das candidaturas e também na implementação das

Unidades. Para que qualquer novo projecto, se possa desenvolver com sucesso e de uma forma mais ou menos equilibrada no desenvolvimento da actividade, torna-se necessário a existência de orientações comuns que permitam uma unanimidade na actuação e um suporte nas dificuldades. Segundo os discursos das participantes a falta deste apoio tornou mais difícil este percurso, foi especificamente referenciada a falta de orientações na elaboração do plano de acção, do regulamento interno e sobretudo na definição dos indicadores que orientassem o rumo a seguir e o trabalho a desenvolver.

“...Nesta fase de organização com tanta coisa para fazer “de novo”, sem modelos de referência, a carga torna-se muito pesada e, portanto, aquilo que eu sinto é a necessidade de ter alguém que me ajude, alguém exterior que olhe de uma forma diferente, sem estar implicado e/ou envolvido na problemática. Esse papel deveria ser dado à ERA, neste caso, mas realmente eu não tenho sentido essa colaboração” (E3, A, II, 4).

“...não tivemos muita orientação da parte da ERA (...) deveriam haver orientações que fossem mais ou menos uniformes para todo o país embora com especificidades em cada comunidade porque a população assim o exige. (...) Puseram cá para fora a portaria que regulamenta as Unidades de Cuidados na Comunidade, pediram candidaturas, mas neste processo não houve orientações, orientações para fazer um plano de acção, para fazer um regulamento interno, os principais indicadores para depois se fazer uma avaliação” (E4, A, II, 4).

“Não há apoio. Ou é a pessoa, a equipa, que vai fazendo e que acredita e continua ou em termos de apoio não há nenhum”. (E6, A, II, 4).

Por fim, em termos de dificuldades no desempenho de papel de coordenador a última subcategoria que emergiu tem a ver com as **relações interpessoais**.

“...é mesmo a área mais difícil, são as relações com o outro, estas novas unidades geraram também alterações nas forças de poder que estavam já organizados, cada um não quer perder o seu espaço de poder,” (E1,A,II,5).

“...inicialmente foi muito traumático (...) gerir os conflitos foi a parte mais difícil” (E3 A, II, 5).

Como podemos verificar, as afirmações acima transcritas parecem indiciar algumas dificuldades na relação com alguns dos profissionais que compõem a equipa ou com quem se têm que relacionar no desempenho das suas funções. A perda de poder pode ser na realidade outra fonte de conflito. Para algumas pessoas é difícil sair do seu lugar de conforto, não querendo dar de si ao outro, não querendo ceder, mas antes manter tudo como estava e da forma tradicional. É a habitual resistência à mudança que tem que ser vencida pelo coordenador com grande persistência e, sobretudo, sabendo situar-se face aos outros profissionais sem assumir uma atitude competitiva nem agressiva, mas sim de respeito e complementaridade. Cada pessoa sendo diferente detém um conjunto de capacidades qualidades e competências que com a experiência e conhecimento dos outros membros da equipa, pode complementar, enriquecer e potenciar o trabalho conjunto.

Na dificuldade de relação foi especificamente focado a relação com o médico.

“...eu é que sou médico, eu é que decido” ou “as equipas têm de ser coordenadas por médicos”, ainda há muito esta versão e isto é muito difícil de ultrapassar”. (E1 A, II, 5).

“...mais difícil é com o médico (...) a cultura institucional faz com que o médico ainda não veja muito bem o coordenador da unidade ser um enfermeiro” (E5 A, II, 5).

Esta questão ainda é muito comum entre estes dois grupos profissionais, constituindo até uma barreira numa comunicação mais eficaz. Consideramos que a liberdade de actuação e decisão não é maior em nenhuma das profissões situando-se apenas em campos de actuação diferentes. Nero (2008, p.65) que estudou esta temática afirma “...se cada um destes profissionais souber aplicar os seus conhecimentos científicos e o seu desempenho de uma forma construtiva, sem patamares de superioridade e com proveito para o utente e para eles próprios, alguns dos conflitos são realmente evitados”.

Perante as dificuldades identificadas podemos concluir, que este papel apesar de desafiante se tem revestido de alguma complexidade por razões que se prendem com a carência de alguns recursos tanto humanos como materiais, com a dualidade de funções a desempenhar pois, em alguns casos, mantem-se a acumulação das funções anteriores de chefia do serviço com as actuais de coordenação da UCC, com a falta de orientações por parte da tutela e, por fim, com dificuldades inerentes ao relacionamento interpessoal pela mobilização de algumas forças de poder instituído que nem sempre aceitam as mudanças.

III - Coordenar equipa multidisciplinar

Uma das características da UCC é o trabalho em equipa multidisciplinar que visa reunir um conjunto de diferentes perspectivas e saberes nos cuidados a prestar às pessoas da comunidade. A diversidade e a complexidade das situações a resolver é uma tarefa impossível para um único grupo profissional, exigindo um amplo trabalho em equipa multidisciplinar.

Cada equipa na totalidade das UCC estudadas é composta maioritariamente por enfermeiros variando o seu número entre 12 e 20 de acordo com o número de utentes ou as características dos projectos em que se encontram envolvidas. Fazem também parte da maioria dessas equipas, psicólogos, técnicos de serviço social, assistentes operacionais e fisioterapeutas. Como podemos verificar há uma grande diversidade na composição das equipas multidisciplinares, motivado pelas diferentes necessidades identificadas a nível local. Existe um factor comum a todas as UCC estudadas que é a existência de Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), também estas multidisciplinares. Em algumas unidades, ao contrário do que está consagrado no Decreto-lei, Nº 28/2008, foi referido não existir um médico em apoio permanente, beneficiando somente de apoio pontual destes profissionais para discussão ou pareceres sobre casos mais complexos. *“Não, temos médico, temos um médico a 3 horas que apenas é para reuniões de parcerias e para dar alguma consultadoria” (E5,A,III,1).* Esta questão pareceu-nos significativa sobretudo se pensarmos que a legislação contempla a existência deste profissional como fazendo parte integrante da equipa multidisciplinar, mas a realidade percebida revelou-se um pouco diferente. A que se deve esta situação, será que tem somente a ver com a enorme carência destes profissionais nos CS ou isto poderá indiciar que na

prática os médicos têm ainda grande dificuldade em aceitar colaborar em projectos cuja liderança está atribuída ao enfermeiro?

Após análise dos discursos dos participantes consideramos as seguintes subcategorias:

- 1 - Motivação da equipa;
- 2 - Apoio à equipa;
- 3 - Outros aspectos relevantes.

A primeira subcategoria centra-se na **motivação da equipa**. A eficácia no funcionamento de uma equipa multidisciplinar, tem também a ver com a existência de um líder, alguém que detenha um conjunto de competências capazes de facilitar e estimular a motivação na equipa.

Nas organizações de saúde encontram-se muitas vezes grupos de trabalho que não funcionam verdadeiramente como equipa, pois não partilham objectivos comuns nem têm grandes afinidades entre si. Para Ferreira, Neves e Caetano (2001, p.337) "...equipa é mais do que grupo". Assim os grupos tornam-se equipas quando ocorrem processos sinérgicos entre si, existindo um sentimento de implicação do grupo. É consensual a definição de equipa enquanto grupo de pessoas que se unem para atingir um objectivo comum. No contexto da UCC a equipa visa dar resposta aos problemas da comunidade, mobilizando e articulando saberes e práticas dos vários profissionais. É assim importante que os seus membros reúnam interesses comuns e sobretudo que participem em projectos para os quais se encontrem motivados. Neste estudo foi possível perceber pelas declarações dos participantes que os grupos de trabalho das unidades funcionam realmente como verdadeiras equipas e que a motivação é uma característica do grupo ao qual pertencem por opção própria e gosto pelo projecto que abraçaram voluntariamente

"...Aqui há muita vontade própria dos profissionais que aqui trabalham e de alguma forma isso também os motiva (...) as pessoas que estão, estão porque tinham essa vontade e de alguma forma dá logo uma motivação acrescida" (E1 A, III, 1).

"...foram todos por opção própria, que espontaneamente disseram que queriam estar (...). Portanto todos estão cá porque querem o que é muito bom e torna mais fácil gerir a equipa. Estão unidos, não querem que isto vá abaixo e lutam pela UCC" (E3 A, III, 1).

Um dos aspectos cada vez mais importantes das unidades de saúde é a gestão de equipas que incluem profissões diferentes "conseguir juntar uma gama de especialidades e de experiências abre a oportunidade de criar serviços mais eficazmente integrados com benefícios para os doentes e para os utentes dos serviços" (Martin e Henderson, 2001 p.94). Esta motivação identificada pelos enfermeiros coordenadores nos seus discursos é, sem dúvida, um factor facilitador do seu papel enquanto líderes.

A segunda subcategoria que emergiu nesta categoria e que tem influência na motivação foi o **apoio à equipa** por parte do seu coordenador e que é referida nos discursos que se seguem:

"...ainda se sentem com algumas dificuldades (...), e pedem muita colaboração, formação e portanto não se pode ainda abandonar as equipas" (E1 A, III, 2).

Enfermeiro Coordenador na Unidade de Cuidados na Comunidade
Desafios, Dificuldades e Competências

“...eu sempre estive muito próximo deles (da equipa) e portanto sabem com quem podem contar”. (E2, A, III, 2).

“...se as pessoas precisam de alguma coisa, só se de todo nós não pudermos é que não damos. Se querem participar num congresso, se têm uma dificuldade qualquer. É uma forma de motivação. isto não é pratica em todos os lados e, o facto é, que as pessoas aqui sentem-se em casa e sentem que são apoiadas, por isso dão tudo”. (E4, A, III, 2).

“...sou eu, mais como gestora e como coordenadora que faço mais essas convocatórias neste momento, ou seja, estou a tentar ajudá-los a chegar junto dos médicos” (E5 A, III, 2).

Este papel de facilitador da equipa vai ao encontro do que diz Hesbeen (2000) quando defende que a missão principal do chefe é dar atenção ao pessoal do seu serviço, proporcionando-lhe as melhores condições para exercer a profissão, desenvolvê-la e nela encontrar satisfação.

Este aspecto é também referido por Santos (2006) quando salienta o tipo de liderança descrita pelo grupo de enfermeiros-chefes do seu estudo, como o desejo de promover o espírito de grupo, o bem-estar da equipa, a sua motivação e o seu desenvolvimento, centrada numa atenção muito particular a cada um dos membros da equipa, auscultando os seus problemas e as suas necessidades, dando suporte.

Em síntese, relativamente à coordenação da equipa multidisciplinar a maioria dos inquiridos considera importante o papel desempenhado na motivação e apoio da equipa, exercendo um tipo de liderança facilitador de um ambiente agradável promotor do bem-estar e satisfação da equipa.

Relativamente à terceira subcategoria, nela agrupamos alguns **aspectos relevantes** desta particularidade que é a coordenação de uma equipa multidisciplinar. A gestão e coordenação da UCC não foi isenta de algumas dificuldades, como podemos verificar na categoria anterior, tentamos agora perceber se o facto de se tratar de uma equipa multidisciplinar poderia ter tornado mais complexa essa função. A maioria dos inquiridos revelou ser uma tarefa fácil e ao mesmo tempo um desafio gratificante.

“...É bom e é fácil, porque as pessoas estão porque querem, por opção. Antigamente era mais difícil porque era por necessidade”. (E3,A, III, 3).

“É um desafio porque tenho aprendido algumas coisas, nomeadamente com alguns profissionais (...) neste momento não me vejo com grandes dificuldades em gerir a equipa”. (E5 A, III, 3).

“...tem sido tudo muito calmo. Fizemos um plano de actividades onde as coisas ficaram muito bem definidas. Isso foi muito importante e foi feito por todos. É importante, as pessoas saberem quais os seus papéis dentro desta equipa (...) Eu estou como líder da equipa, mas ajo sempre conforme o que os outros membros acham, com diálogos, por isso as coisas têm corrido bem. E o facto de terem abraçado este projecto foi porque quiseram e isso facilita muito” (E6 A, III, 3).

Verificamos assim que a maioria dos participantes revelou não ter tido dificuldades na coordenação da equipa multidisciplinar e justificam esse facto pela experiência anterior na gestão de equipas. Este sentimento de bem-estar em relação à coordenação de equipa multidisciplinar manifestado pelos participantes vem contrariar o que é referido no estudo de Spagnuolo, (2006, p.74.), no qual as participantes revelaram que “a coordenação de equipa multiprofissional a busca pelo equilíbrio da equipe, a falta de

preparação para tal função, têm gerado muito dificuldade, muito desgaste emocional por parte das enfermeiras”. A autora refere que a enfermeira “...encontra diante de si uma equipa muito diferente da que foi preparada para coordenar pela escola” (p. 72). Podemos inferir também que esta diferença de opinião se deve ao facto das nossas participantes já terem experiência de chefia e das equipas multidisciplinares terem sido constituídas de forma voluntaria.

Um outro aspecto que emergiu dos discursos e que está relacionado com as equipas é o planeamento das suas actividades. Essa tarefa que alguns participantes referiram ser realizada em conjunto com os vários elementos da equipa demonstrando uma liderança participativa, implica a realização de reuniões entre os vários profissionais que a integram. Alguns depoimentos apontam a dificuldade de nem sempre se conseguir realizar essas reuniões por falta de tempo o que nos pareceu indiciar algum sentimento de desconforto por parte dos coordenadores.

“...é complicado eu conseguir ter acesso e juntar estes elementos que já estão tão absorvidos na sua área e que não têm tempo para reunir” (E1, A, III, 3).

“...Tem sido um trabalho um pouco desgastante, o tentar ganhar estes espaços de reflexão numa equipa, tentar que uma vez por semana a determinada hora as pessoas se encontrem e partilhem experiências, dificuldades, ganhos que tiveram, as experiências positivas, eu acho que é extremamente importante, só que nem sempre têm compreendido que isto é importante, mas penso que isto também faz parte do crescimento.” (E2, A, III, 3).

“...depois é o tentar fazer reuniões de equipa semanais, tentar coordenar um pouco, uniformizar critérios, ver as necessidades sentidas, melhorarmos algumas coisas o que nem sempre é fácil” (E5, A, III, 3).

Alves (2008) no seu trabalho sobre equipas multiprofissionais refere que as reuniões da equipa de saúde são um espaço comum de partilha, debate e reflexão dos vários profissionais acerca das experiências em contexto de trabalho. Estas reuniões fazem também parte do contexto de trabalho sendo um momento potencial de aprendizagens, depreendendo-se um sentido formativo e indispensável ao processo de crescimento e maturação das equipas.

Em suma, podemos considerar que, o facto de a UCC ser constituída por uma equipa multidisciplinar não trouxe dificuldades acrescidas à coordenação sendo pelo contrário um desafio enriquecedor pela troca de conhecimentos e complementaridade de experiências que este facto pode originar. Os inquiridos consideram de extrema importância o papel de apoio às suas equipas que referem estar motivadas sendo essa motivação atribuída em grande parte ao facto de ter sido por opção própria que cada elemento integrou este projecto. Emerge, no entanto, o facto de não se poder dispor de mais tempo para dedicar a momentos de reunião, que seria de grande mais-valia para todos. Apesar de a maioria dos inquiridos ter referido não ter sentido dificuldades, uma das participantes considerou que “...devia haver alguma formação que nos fosse proporcionada pelo próprio organismo à semelhança do que é feito, para outros dirigentes no caso particular da gestão de equipas multidisciplinares” (E1 A, III, 3).

4.2 Competências

Passamos agora ao segundo tema que procurou compreender quais as competências que os coordenadores sentem ser necessário mobilizar para o desempenho do seu papel. O desempenho do papel de coordenador obriga certamente à mobilização de competências que vão para além das enunciadas no Despacho nº 10143/2009 de 16 de Abril e atribuídas ao Enfermeiro Coordenador da UCC, de acordo com o disposto no n.º 2 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro. Neste artigo é feita sobretudo referência às suas atribuições na responsabilidade da coordenação da equipa multidisciplinar, da gestão dos cuidados e da tomada de decisão, com o objectivo de proporcionar uma assistência à saúde de qualidade. Nesta investigação pretendíamos ser mais abrangentes e, para além das competências enquanto atribuições, pretendíamos perceber também que outras competências consideram os participantes ter que mobilizar e/ou adquirir, para levar por diante com eficácia, o seu papel. Seguimos a linha de pensamento apresentada no enquadramento teórico, Fleury e Fleury (2000), que entende a competência como um saber (conhecimentos), saber-fazer (habilidades) e saber ser (atitudes) que possibilitam ao profissional exercer o seu trabalho na busca de resultados eficientes.

Algumas das competências identificadas emergiram sobretudo dos discursos dos participantes ao longo das entrevistas e nem sempre das respostas às questões efectuadas especificamente sobre esta temática. Percebemos algumas dificuldades por parte dos entrevistados na sistematização desta problemática sobretudo na separação das competências de acordo com as três dimensões identificadas na literatura. No entanto, e para facilitar esta análise, vamos utilizar essa diferenciação para organizar as subcategorias.

I - Competências a mobilizar

Nesta primeira categoria iremos fazer a análise de acordo com as seguintes subcategorias identificadas:

- 1 - Competência ao nível dos conhecimentos;
- 2 - Competência ao nível habilidades;
- 3 - Competência ao nível das atitudes.

O conhecimento pode entender-se como a dimensão mais ampla da competência, ou seja, o conjunto de saberes ou de domínios de execução técnica que as pessoas poderão adquirir, seja pela via do sistema formal de ensino, seja por via da formação profissional ou por outras modalidades de aprendizagem ao longo da vida (Ceitil, 2007). Nesta subcategoria, competência enquanto **conhecimentos**, os participantes manifestaram a necessidade de mobilizar conhecimentos técnicos específicos para poderem e saberem direccionar o trabalho das equipas que coordenam e que vão desde os conhecimentos de saúde comunitária, perfil e características da comunidade e conhecimentos de gestão.

Enfermeiro Coordenador na Unidade de Cuidados na Comunidade
Desafios, Dificuldades e Competências

“...sem dúvida que é muito importante, ter competências técnicas também nesta área (saúde comunitária), ter conhecimento real do trabalho, do perfil da comunidade”, (E1, B, I, 1).

“...conhecimentos, tive que fazer um diagnóstico da comunidade muito forte para poder passar a esta equipa alguma informação relativamente às várias áreas” (E2, B, I, 1).

“...são necessários conhecimentos de gestão, são necessários conhecimentos das classes, da comunidade onde estamos. É necessário mobilizar estes saberes todos” (E4, B, I, 1).

“...conhecimento da comunidade (...) é importantíssimo ter-se esse conhecimento, porque se não se souber bem o que é importante para a comunidade é complicado fazer-se esse trabalho” (E6, B, I, 1).

É de salientar a referência que a maioria das participantes fez ao conhecimento da comunidade e dos parceiros com quem tem que estabelecer relações de parceria. Como atrás foi referido o trabalho do enfermeiro coordenador está muito ligado à saúde na comunidade, isto torna imprescindível um amplo conhecimento da área de abrangência da UCC e um diagnóstico preciso da situação de saúde/doença de toda a população. Também Lazzarotto (2001) referiu nas conclusões do seu estudo que o trabalho do enfermeiro gestor está directamente ligado à saúde da comunidade, sendo por isso imprescindível o conhecimento da área de abrangência onde está inserida a sua unidade. André (2006) conclui também que o gestor deve conhecer a realidade e as necessidades locais, sendo essa uma das várias temáticas das quais o gestor se deve apropriar.

Também, foi reconhecido por E2 a necessidade de mobilizar conhecimentos na área da gestão. Competências de gestão, de acordo com Resende (2000) citado por Lazzarotto (2001), envolvem o planeamento estratégico, a gestão da qualidade e dos recursos humanos e materiais. Como atrás podemos verificar estas acções foram referenciadas como fazendo parte das funções do enfermeiro coordenador pelo que é perfeitamente justificável a mobilização e referência a esta competência. No entanto e atendendo aos dados recolhidos no que se referiu à formação específica nesta área por parte dos participantes, podemos ainda sugerir/inferir que a mobilização destes conhecimentos, resulta mais da experiência adquirida nas funções de chefia anteriormente desempenhadas que da formação específica em gestão, que todas referiram não ir além da adquirida nos cursos de especialidade que fizeram.

A segunda subcategoria aborda a área das **habilidades** que se definem como as aptidões desenvolvidas que diferenciam as pessoas na acção. O conceito “...está relacionado com a forma de execução de tarefas, na aplicação de conhecimentos, de agir, de pensar” (Lazzarotto, 2001 p.23). Na análise que efectuámos encontramos referência específica às habilidades de liderança, de negociação, de gestão de conflitos e, ainda, habilidades no relacionamento interpessoal.

“...- Liderança, capacidade de negociação, mobiliza muitas competências na área da negociação, sobretudo na gestão de conflitos (...) é mesmo a área mais difícil, são as competências de relação com o outro, capacidade de gerir uma equipa muito grande.” (E1 B, I, 2).

“...são as relacionais, sem dúvida. Todas são importantes mas as relacionais são as básicas” (E3 B, I, 2).

“...As competências relacionais são sempre importantes. A capacidade de negociação. (E5 B, I, 2).

“...As competências que eu tive de desenvolver não foi muito diferente das que eu já tinha. No fundo é fazer uma gestão participativa” (E6 B, I, 2).

Como se pôde verificar pelas transcrições foi dado algum destaque, às habilidades que permitem um bom relacionamento interpessoal. Foram apontadas como necessárias e até consideradas as mais importantes no conjunto das relações a estabelecer, tanto no que se refere aos elementos da própria equipa como também com os coordenadores das outras unidades, com os órgãos de direcção e com os membros da comunidade.

Lazzarotto (2001) no seu estudo conclui que as habilidades de relações interpessoais assumem um carácter extremamente importante nas empresas em que o trabalho em equipa é uma constante, fazendo com que o gestor seja hábil na condução de processos interdisciplinares, responsáveis pelo desenvolvimento do perfil criativo e inovador dos seus subordinados. Referindo ainda que “as competências nesta área recaem sobre a influência, a negociação, as habilidades interpessoais, o diálogo, sagacidade política e comunicação escrita” (Lazzarotto, 2001, p.95).

Também Jeans e Rowat (2005) quando fazem referência a algumas competências dominantes consideradas como as mais importantes no bom desempenho do enfermeiro gestor, põem em evidência as habilidades em matéria de relações humanas (capacidade de comunicação, negociação, gestão de conflitos), capacidade de colaboração e formar alianças (mobilização das equipas, liderança). Também Pitthan, Guido e Linch (2010) afirmam, numa reflexão sobre as competências de gestão em enfermagem, que o sucesso de toda a equipa de saúde é obtido através de bons relacionamentos. Dizem ainda que o profissional que possuir a capacidade de criar e manter uma boa relação estará a trabalhar no seu próprio benefício, dos seus colaboradores, dos clientes e da organização. Neste sentido Munari e Bezerra (2004) consubstanciam a importância da inclusão da competência interpessoal, à qual chamam competência relacional no desempenho do enfermeiro gestor, considerando que o profissional que desenvolve a sua competência interpessoal, possui maior capacidade para lidar com as situações de conflito, para potencializar talentos e gerir o trabalho num clima de confiança e satisfação. Para estes autores a competência interpessoal pode auxiliar o enfermeiro na gestão de uma equipa que no seu quotidiano convive com diferenças, conflitos de ideias e sentimentos e outras situações emergentes e inesperadas. A questão das habilidades para gerir conflitos e a capacidade de negociação foram também referidas como necessárias pela maioria dos participantes.

A última subcategoria identificada nas competências faz referência às **atitudes**. Segundo Ferreira, Neves e Caetano (2001) as atitudes são uma das formas mais significativas de diferenciação dos indivíduos, tendo no seio da organização grande influência no comportamento e desempenho dos colaboradores e na

produtividade em geral. Tratando-se da coordenação de uma equipa, este facto pode ser bastante significativo, pois as atitudes do coordenador à semelhança das habilidades, como verificado na subcategoria anterior, podem ter grande influência no comportamento da equipa e nos seus resultados.

Aqui foram referenciadas competências voltadas para a pro-actividade, como a criatividade, o ser dinâmico e ter visão de futuro e ainda, o autoconhecimento.

“...Algumas características pessoais temos que ser criativos, dinâmicos, inovadores e com visão de futuro” (E4,B,1,3).

“...As competências que eu tive de desenvolver não foram muito diferentes das que eu já tinha. No fundo é fazer uma gestão participativa” (E5 B, I, 3).

“...No fundo eu acho que as competências são um pouco de todas, estão todas interligadas, não há uma competência que seja melhor. Talvez o que se destaca nelas sejam as atitudes. Há muitas coisas em que eu acho que é também importante o conhecimento de nós próprios” (E6,B,1,3).

Para Spagnuolo (2006, p.101.), “a criatividade utilizada nas funções de coordenação auxilia a eficácia do trabalho e propicia uma melhor qualidade do cuidado, que se dá pelo desenvolvimento das pessoas e do trabalho em equipa. Procura envolver e integrar a todos num processo indutor individual e colectivo da equipa”.

No que se refere ao espírito inovador e à criatividade Munari e Bezerra (2004) afirmam que a criatividade é fundamental pois permite ao gestor a proposição de projectos inovadores na busca de novos resultados e novas formas de comportamentos individual e organizacional. Com uma atitude inovadora o gestor estimula e desafia a criatividade individual e colectiva da sua equipa. Estando nós perante profundas mudanças na organização dos CSP em Portugal e desempenhando o enfermeiro coordenador da UCC um papel importante como agente facilitador dessas mudanças, tal como foi referido inicialmente, percebemos que a mobilização desta competência se reveste de grande importância para o sucesso do seu desempenho e para a capacidade de mobilizar e envolver toda a equipa multidisciplinar na concretização dessa mudança.

Sintetizando, a maioria dos inquiridos considera importante mobilizar competências relacionadas com as três dimensões, que incluem um conjunto de conhecimentos habilidades e atitudes que permitam desenvolver as suas funções, de gestão e liderança com eficácia e eficiência em benefício dos indivíduos e comunidade, promovendo acima de tudo a qualidade dos cuidados e o bem-estar da equipa (Quadro nº 4). Deste modo prevalece a referência aos conhecimentos sobre a comunidade e o seu perfil e as competências relacionais como ponto facilitador do seu papel de coordenador da UCC e de uma equipa multidisciplinar. Percebemos que os participantes dão grande importância à capacitação para gerir conflitos e às atitudes que promovam o bom relacionamento interpessoal, o que nos leva a concluir que os enfermeiros coordenadores devem possuir competências abrangentes, que se enquadrem nas várias dimensões, desde os conhecimentos a vários níveis, às habilidades e às características pessoais mais adequadas para este desempenho.

Quadro nº4 – Síntese das competências a mobilizar

Dimensões das competências	Competências a mobilizar	
Conhecimentos	Conhecer a comunidade (perfil e necessidades) Conhecimentos de gestão Conhecimentos na área da saúde comunitária	E1, E2, E4, E6, E4, E1
Habilidades	Liderança, capacidade de negociação Gestão de conflitos Relações interpessoais Capacidade de gerir uma equipa	E5 E1, E5 E1, E1, E3, E4
Atitudes	Ter visão de futuro Ser criativo, Inovador, dinâmico Desenvolver uma gestão participativa Autoconhecimento	E4 E4 E5 E6

II - Competências a adquirir no futuro

A maioria dos discursos demonstrou claramente uma preocupação com as questões de âmbito relacional. Também na categoria de **competências a adquirir** estas foram referenciadas como as mais importantes a desenvolver para o desempenho deste papel. Atendendo que também na subcategoria das dificuldades surgiu referência a esta questão faz sentido que as participantes sintam necessidade de a melhorar.

“...há muitas coisas em que eu acho que é também importante o conhecimento de nós próprios. Se calhar esse é um aspecto que eu deveria aprofundar mais. Eu acho que o meu papel de líder é um pouco intuitivo, vem de mim, das minhas características pessoais e há aspectos que eu deveria aprofundar, mesmo teoricamente, mais coisas. Mas depois há sempre coisas novas e é importante se fazerem formações nesses aspectos”. (E6, B, II).

Para Munari e Bezerra (2004) “o aprimoramento da competência interpessoal dos enfermeiros gestores e supervisores pode facilitar as relações do dia-a-dia no contexto institucional tornando as atitudes mais profissionais e as dificuldades mais viáveis de serem resolvidas” (p. 246). E acrescentam que “o desenvolvimento da competência interpessoal pode ser uma ferramenta poderosa para transformar a prática gerencial do enfermeiro uma vez que esta permite a formação de um líder que consiga avaliar e dimensionar os problemas de modo global construindo relações significativas que permitam exercer o seu papel com segurança e transparência” (Munari e Bezerra, 2004, p.486).

Foi também referido por um dos participantes a necessidade de desenvolver competências na área da gestão, mencionou ainda, lamentar não ter havido investimento em formação para esta nova função nomeadamente através da Ordem dos Enfermeiros.

“...ainda bem que eu já tinha a experiência em coordenar e ainda bem que eu já estava a coordenar aqui. Porque se fosse para começar a coordenar esta unidade logo assim do início teria tido muitas dificuldades” (E4, B, II).

Finalmente também emergiu como necessário desenvolver uma outra competência que tem a ver com as apetências políticas.

“...apetência política é um dos aspectos que eu penso que, pessoalmente, ainda tenho de desenvolver. Nessas áreas políticas ainda tenho algumas falhas, até pela nossa formação, nunca fomos muito vocacionadas para desenvolver essa área.” (E1,B,II).

“...talvez seja uma das coisas que é necessário ter e que antes não era, estes conhecimentos da área política, este poder de negociação (com os parceiros da comunidade)” (E3,B,II).

É interessante esta questão, pois habitualmente não vemos por parte dos enfermeiros grande referência a esta necessidade embora consideremos ser de capital importância os enfermeiros perceberem quão útil pode ser o seu papel na intervenção junto dos poderes de decisão sobre as questões relacionadas com a saúde e os cuidados de saúde. Também consideramos que, os enfermeiros têm que ser proactivos na intervenção das políticas de saúde e assumir as suas responsabilidades perante a sociedade, pois a enfermagem é imprescindível e insubstituível na promoção da saúde e da justiça social numa sociedade cada vez mais global.

... “Para participar na planificação estratégica e na tomada de decisão no domínio da saúde, assim como na elaboração de políticas públicas de saúde – e para que as suas capacidades sejam plenamente e eficazmente utilizadas nestes domínios – os enfermeiros devem estar à altura de demonstrar o seu valor e de convencer os outros das contribuições que eles podem dar. Isto pode implicar ter que melhorar e aumentar a sua preparação no domínio da gestão e liderança sobretudo no que respeita à sua compreensão dos processos políticos e governamentais.” (International Council of Nurses, 2008, p. 1)

Apesar da maioria dos participantes ter considerado não necessitar de mobilizar mais competências para além das que já detêm um dos participantes considerou que *“...devia haver alguma formação que nos fosse proporcionada pelo próprio organismo à semelhança do que é feito, para outros dirigentes” (E1 B, II).*

Concordamos que, deverá ser ponderado tanto em termos de formação académica como na formação em serviço, esta questão da preparação dos enfermeiros para uma nova realidade, proporcionando um leque mais alargado de saberes e capacidades, no que respeita à gestão e coordenação de equipas multidisciplinares.

Resumindo, podemos concluir que as competências mais referenciadas pelo grupo de participantes a desenvolver não diferem das que são descritas na literatura consultada, como as mais importantes para o desempenho do papel de enfermeiro gestor.

4.3 Implicações desse papel

Passando agora ao último tema e sendo este um novo projecto, que quase todos abraçaram por opção pessoal, representando inerentemente novos desafios, considerámos interessante perceber quais as expectativas iniciais, quais as razões que influenciaram a decisão de assumir este cargo, como se tem sentido neste novo papel e que desafios e implicações para o futuro poderia representar este papel. Na primeira categoria foram evidenciadas as expectativas iniciais e o desafio que representou este novo papel.

I - Expectativas e desafios

Emergiram assim as seguintes subcategorias:

- 1 - Expectativas;
- 2 - Desafios.

No que diz respeito às **expectativas**, somente um dos participantes revelou não ter qualquer expectativa, no início do projecto, “...Confesso-lhe que não tinha expectativas, porque fiquei chocada quando foi criada uma unidade a ser obrigatória (...), a obrigatoriedade cria-nos alguns constrangimentos, ou seja, a bem ou a mal tem de abrir.” (E3, C, I, 1). Percebemos algum desagrado nestas palavras que deixaram antever que, neste caso, o projecto não teria sido talvez uma opção voluntária mas antes uma imposição do contexto organizacional. Os restantes participantes referiram que perspectivaram com este papel, dar maior visibilidade à enfermagem e ao trabalho que desenvolve na comunidade, pois é a única que é coordenada por um enfermeiro e justificaram as suas razões para aderir a este projecto com os discursos que se seguem:

“...esperava que desse também alguma visibilidade aos enfermeiros nesse aspecto da liderança e da gestão de equipas e que não fossem só equipas de enfermeiros o papel do enfermeiro, que as pessoas muitas vezes não ligam a estes aspectos da gestão, ligam mais à prestação (...) e por outro lado dar visibilidade ao trabalho que é feito na comunidade e que nós já fazemos há muitos anos” (E1 C, I, 1).

“...peguei neste projecto por várias razões. Primeiro porque percebi da importância desta reforma e desta unidade, efectivamente é a única unidade coordenada por enfermeiros, todas as outras unidades têm enfermeiros mas o coordenador é médico” (E4 C, I, 1).

O discurso dos participantes expressa o pensar e o agir de quem vem ao longo dos anos experienciando o desafio de ocupar cargos de gestão nos vários serviços onde tem desenvolvido a sua actividade profissional. Neste novo papel, que para muitos, como podemos verificar, consideram não ser novo, enfrentam no entanto novos desafios não só pela liderança de uma equipa multidisciplinar, como também pela constante necessidade de participar no processo de decisão dentro da UCC e no intercâmbio de relação da equipa com a organização as outras unidades e com a própria comunidade. Este desafio foi considerado por alguns como o estímulo para levar por diante um trabalho já iniciado, no entanto, houve quem considerasse ter sido também causador de algum stress, sendo por isso merecedor de algumas compensações.

Podemos dizer que face às expectativas iniciais identificadas no discurso dos participantes esta foi, sem dúvida, uma aposta ganha, pois a forma como evidenciaram quando inquiridos sobre “como se tem sentido neste papel?”, foram unânimes em responder de forma muito positiva, que apesar das dificuldades e do trabalho acrescido voltariam a fazer tudo de novo.

Os **desafios** que esta nova condição de coordenador representa também foram considerados como bastante positivos:

“...gosto muito deste desafio, acho-o muito interessante” (E1, A, II, 2).

“...eu achei que estava na hora de aproveitar esta oportunidade política, porque se não houver vontade política as coisas não avançam” (E2 A, II, 2).

“...é um desafio, completamente diferente (...) é uma equipa multidisciplinar e é um desafio porque é trabalhar na comunidade com este grupo de profissionais que, apesar de já se conhecerem, nunca tinham trabalhado todos juntos e numa experiência nova (...) é um serviço novo, com projectos novos, com metodologia de trabalho nova e isso foi um grande desafio” (E4 A, II, 2).

“...foi integrar um projecto novo e uma nova metodologia de trabalho (...) acho que é uma grande oportunidade e acho que foi uma boa aposta a coordenação de uma UCC por um enfermeiro” (E5, A, II, 2).

Como podemos verificar pelo discurso dos participantes é dada ênfase à oportunidade que surgiu pela decisão política de criar esta unidade e que esta teria que ser aproveitada, tanto pelo desafio de trabalhar com uma equipa multidisciplinar na comunidade, como pelo desafio que representa esta nova metodologia de trabalho. Foi fácil perceber nestes discursos, que esta nova experiência se tem revestido de satisfação sendo gratificante a nível pessoal e profissional.

II – Percepção sobre a visibilidade deste papel

A enfermagem enquanto profissão tem caminhado, através de estudos e pesquisas, para a formação de um corpo teórico próprio que lhe dê visibilidade e a projecte como ciência. Os resultados de alguns estudos sobre o tema apontam, apesar de alguns avanços e conquistas, para o facto da visibilidade do enfermeiro estar ainda muito associada às tarefas técnicas e ao papel subalterno de auxiliar do médico, configurando uma imagem junto da sociedade de uma profissão não autónoma.

O aparecimento destas unidades e, sobretudo, o facto de a sua coordenação ter sido atribuída a um enfermeiro, levou-nos a tentar perceber até que ponto este novo papel de coordenador de uma UCC pode significar uma maior visibilidade para o enfermeiro e para a enfermagem tanto junto da comunidade como perante os outros profissionais de saúde tendo emergido as seguintes subcategorias:

- 1 – Dentro da organização (o ACES);
- 2 - Na comunidade

A primeira subcategoria em análise é a **visibilidade dentro da organização** (o ACES). A curta história de vida destas unidades pode não permitir ainda uma avaliação precisa das implicações desta mudança, mas quando inquiridos sobre esta questão as opiniões dos participantes foram unânimes em considerar que esta era, sem dúvida, uma grande oportunidade para os enfermeiros darem visibilidade à profissão e ao trabalho que desenvolvem, tanto na comunidade como dentro do próprio agrupamento.

Enfermeiro Coordenador na Unidade de Cuidados na Comunidade
Desafios, Dificuldades e Competências

“...dentro do agrupamento, penso que está afirmada. Neste momento penso que todas as outras unidades a consideram como uma unidade parceira, reconhecem a actividade da unidade, embora não conheçam em pormenor (...) irá dar visibilidade à enfermagem, vista com a vertente da liderança na gestão de equipas. Aqui o enfermeiro está a mostrar que consegue gerir uma equipa multi-profissional com objectivos vários que não se restringem só aos objectivos duma equipa de enfermagem e de prestação directa de cuidados. Vai gerir projectos, vai gerir várias iniciativas e vai dar visibilidade a esta área que as pessoas normalmente não atribuíam competências a um enfermeiro. Vai transmitir para fora essa possibilidade” (E1, C, II, 1).

“ é uma oportunidade de mostrarmos que os enfermeiros são precisos e têm competências, tal e qual, como os outros profissionais e que são uma grande mais-valia em termos de saúde das populações” (E5,C,II,1).

Apesar das UCC, como já foi referido, se encontrarem há pouco tempo no terreno, um dos participantes, revelou ter sido já possível fazer um questionário de avaliação/satisfação da representação desta Unidade junto das outras unidades do agrupamento, dos seus profissionais e dos parceiros da comunidade. *“As respostas foram bastante positivas sobretudo ao nível das parcerias” (E2,C,II,1)*, sendo que um dos aspectos mais invocados foi a potencialização dos recursos e o facto de se conseguir finalmente trabalhar em equipa multidisciplinar. No entanto, o participante revelou também que *“A nível do agrupamento obviamente que ainda há muitos profissionais, sobretudo médicos, que dizem que ainda não conhecem a unidade, que não respondem porque ainda não tiveram oportunidade de trabalhar com a unidade” (E2,C,II,1).*

A visibilidade da enfermagem traduz a emancipação das atitudes e acções destes profissionais no sentido de dar a conhecer o seu campo de intervenção. A actuação dos enfermeiros no contexto dos CSP acontece na, maioria das vezes, sem que as pessoas percebam o trabalho que realmente esses profissionais desenvolvem e qual é o seu potencial para a implantação, manutenção e desenvolvimento de políticas de saúde tanto em nível primário quanto secundário. Não se pode negar que a enfermagem é o eixo principal para suportar qualquer política de saúde que tenha como objectivo uma assistência de qualidade, mas é importante que os destinatários dos cuidados e instituições parceiras também o percebam.

Assim, em relação à **visibilidade na comunidade** também houve consenso em afirmar que, de facto, a existência destas unidades e, conseqüentemente, a sua coordenação por um profissional enfermeiro irão contribuir para divulgar a importância dos enfermeiros e dos cuidados de enfermagem tanto junto dos utentes como das unidades parceiras na comunidade. É de supor que os utentes encontrem hoje na UCC uma nova acessibilidade aos cuidados de saúde a nível dos centros de saúde.

“...esta mensagem está a passar também para a nossa comunidade, é o enfermeiro estar num outro tipo de situações que as pessoas quase que nem tinham percebido que era também o seu papel o enfermeiro como promotor da saúde, na área de educação para a saúde (...) acho que a população ainda não tinha percebido este papel também importante que nós temos” (E2, C, II, 2).

“...quem está presente nas reuniões são os enfermeiros coordenadores, depois quem aplica no terreno podem ser outros. No fundo, para a comunidade é importante saber que é enfermeiro, se é coordenador ou não, o que interessa é que está

Enfermeiro Coordenador na Unidade de Cuidados na Comunidade
Desafios, Dificuldades e Competências

presente, vai ajudar, vai ser uma mais-valia (...) Os parceiros estão agora a começar a perceber a diferença do centro de saúde como era e como é, eles recebiam-nos desconfiados e agora já não” (E3, C, II, 2).

“...o papel do enfermeiro está a ser mais valorizado (...) nos cuidados continuados o enfermeiro é muito bem visto. Acho que é uma grande oportunidade e acho que foi uma boa aposta a coordenação de uma UCC por um enfermeiro” (E5, C,II,2).

“...eu agora acho que nós temos a obrigação de dar essa visibilidade. O facto de termos começado a apresentar o nosso trabalho nas outras unidades e nos parceiros vai dar uma certa visibilidade. (E6, C, II, 2).

São muitos os autores que fazem referência à necessidade de uma maior visibilidade tanto para a enfermagem como para o trabalho que os enfermeiros desenvolvem e isso só se consegue afirmando-se pela qualidade do seu trabalho e pela dedicação à comunidade. Esta é também a opinião de um dos participantes que refere *“Se primarmos pela qualidade, pelo atendimento personalizado e pela dedicação a esta população, que é uma população de grupos vulneráveis e de risco, eu acho que o papel do enfermeiro vai ser mais valorizado (E5 C, II, 2).* Jeans e Rowat (2005) concluíram no seu estudo que um enfermeiro gestor competente e visível pode melhorar a qualidade e a eficácia dos cuidados, a moral e a motivação da equipa assim como a segurança e satisfação dos clientes.

Terminamos este capítulo citando a Enfermeira Cristina Correia (2009) em entrevista no âmbito de um trabalho para Unidade Curricular deste mestrado *“ Os enfermeiros estão conscientes do seu papel, são profissionais responsáveis e motivados na construção das novas culturas de responsabilização que exigem a sua melhor performance, numa perspectiva de desenvolvimento contínuo das competências profissionais. Contudo considero essencial a existência de sistemas de informação adequados a esta nova realidade que sirvam de suporte à sua prática e sejam capazes de ilustrar, com carácter regular e sistémico, a qualidade e os resultados do seu desempenho”.*

5. CONCLUSÕES

A investigação sobre o papel do enfermeiro coordenador de uma UCC foi desenvolvida utilizando uma metodologia qualitativa de cariz descritivo e exploratório. Para a recolha de dados recorreremos a entrevista semi-estruturada realizada a seis enfermeiras coordenadoras em UCC sediadas na região da grande Lisboa norte. O objectivo deste trabalho foi identificar como percebem os enfermeiros coordenadores de uma UCC o seu papel de coordenador, quais as dificuldades que tiveram ou têm que enfrentar no seu dia-a-dia, que competências tiveram que mobilizar, que expectativas e desafios representou este novo papel e por fim qual a visibilidade que esta função pode trazer para o enfermeiro coordenador e para a enfermagem, junto da organização, dos utentes e da comunidade.

Na análise comparativa das entrevistas e uma vez que cada pessoa é um sistema vivo e singular, integrador de experiências e conhecimentos, verificámos que cada enfermeiro coordenador integrou diferentes aspectos de uma mesma experiência de acordo com as expectativas que detinha e as circunstâncias em que a viveu e, conseqüentemente, mobilizou e desenvolveu competências de acordo com os desafios e dificuldades que teve que enfrentar.

Através da análise do discurso dos participantes neste estudo e da descrição que fazem da sua vivência, identificámos três temas centrais, **(A- Ser enfermeiro coordenador numa UCC, B- Competências a mobilizar e C- Implicações deste papel)**, nos quais se enquadraram sete categorias que traduziram o significado contextual que os participantes atribuem ao seu papel: *considerações sobre o papel do enfermeiro coordenador, dificuldades no desempenho da função e coordenar equipa multidisciplinar (tema A); competências mobilizadas e competências a desenvolver no futuro (tema B) e expectativas, desafios e visibilidade para a enfermagem (tema C)*. Esta organização temática visou ajudar na resposta às questões colocadas no início desta investigação e a conclusão final será orientada também nesse sentido.

A primeira questão tem a ver com a forma **como os enfermeiros percebem o seu papel de enfermeiro coordenador**. Constatámos, pelos discursos dos participantes, que a maioria considerou não ter havido grandes modificações relativamente à sua prática diária anterior, mas sim algumas adaptações face a uma realidade um pouco diferente. Quase todos os participantes consideraram ser este uma extensão do papel que já vinham a desempenhar enquanto enfermeiros-chefes e cujas funções e missão se enquadram dentro do que é esperado dos coordenadores de todas as unidades funcionais do ACES. Foram especialmente referidas as funções de coordenação e motivação da equipa, gestão dos cuidados, dos recursos e da qualidade dos cuidados. Foi dado grande ênfase ao papel de ligação com a comunidade, parceiros e população, considerado pela maioria, como de grande importância. Efectivamente esta é uma função fundamental para dar cumprimento ao que está preconizado pelo Despacho nº 10143/2009 de 16 de Abril no que se refere à missão e atribuições da UCC.

Foi nossa preocupação perceber onde se situavam os enfermeiros coordenadores, no que diz respeito aos papéis de líder da equipa versus gestor do serviço. Constatámos que embora a maioria dos participantes se reveja no papel de líder, quando inquiridos sobre a sua missão e funções a desenvolver, as respostas se enquadraram mais numa vertente administrativa de planeamento, organização, direcção e controlo que está mais relacionada com o perfil de gestor. Poderemos atribuir esta divergência aos anos de experiência enquanto chefes, que inevitavelmente impede um descolar desse papel para assumir verdadeiramente a papel de líderes da equipa multidisciplinar.

Foi também nosso objectivo perceber que **dificuldades** poderão estar a enfrentar neste novo contexto. A maioria dos participantes foi unânime em referir que as maiores dificuldades estiveram relacionadas com a carência de recursos, tanto materiais como humanos, assim como as alterações decorrentes da nova metodologia de trabalho, instituída para responder às necessidades identificadas. Foram ainda identificadas dificuldades que decorreram da existência de uma duplicação de papéis, ou seja, na maioria dos casos existe ainda acumulação de funções entre as que derivam deste novo papel de coordenador da UCC e as que derivam do papel de enfermeiro-chefe que alguns enfermeiros continuam a desempenhar. Podemos pressupor que esta situação coloca os enfermeiros coordenadores perante uma encruzilhada na tomada de decisões nem sempre facilmente transponível pois pode levar ao confronto dos dois papéis, por um lado, o de coordenador e, por outro, o de chefe. Podemos concluir que, poderia haver grandes benefícios se o enfermeiro se dedicasse em exclusividade à coordenação da unidade.

Outro conjunto de dificuldades percebidas emergiu das relações a estabelecer com os outros actores dentro da organização. Neste campo foi feito sobretudo referência a dificuldades decorrentes das alterações nas forças do poder até então instituído, facto que nem sempre foi bem aceite por quem teve que abdicar desse poder, indiciando alguma resistência na aceitação do enfermeiro como profissional com iguais capacidades e competências nas tomadas de decisão. Por último, foi feita referência às dificuldades sentidas no início de todo o projecto, atribuídas pelos participantes à quase ausência de orientações e de acompanhamento efectivo por parte dos órgãos competentes nas várias fases por que teve que passar a evolução de todo este processo. Estes dados evidenciaram a necessidade de ser proporcionado um acompanhamento no terreno, tanto na fase de programação inicial do projecto como na fase de implementação e desenvolvimento, às unidades que venham a ser criadas.

No que diz respeito aos aspectos relacionados com a coordenação da equipa, **concluimos** que o facto de se tratar de uma equipa multidisciplinar não acrescentou dificuldades ao papel do coordenador, sendo pelo contrário, visto como um desafio enriquecedor pela troca de experiências e de saberes que esta circunstância pode originar. Neste contexto o papel do enfermeiro coordenador passa, sobretudo, pelo apoio e pela motivação da equipa.

Em resumo, podemos afirmar que uma das **conclusões** deste trabalho é assim a concordância da maioria dos participantes em considerarem que este papel de coordenação e liderança de uma UCC, não se revelou uma tarefa difícil, cujas expectativas iniciais não foram defraudadas apesar das imensas dificuldades que foram surgindo ao longo de todo o percurso. Os conhecimentos e habilidades sobre o coordenar ou gerir uma equipa, que foram adquirindo enquanto enfermeiros-chefes de serviço parecem ter facilitado a sua adaptação a este novo papel. Isto leva-nos a inferir, pelos dados recolhidos, que a experiência de ocupar um cargo de gestão em qualquer circunstância tem sempre, apesar das dificuldades, o seu lado positivo. São as dificuldades que nos fazem crescer como profissionais e pessoas, sendo também muitas vezes através dessas dificuldades que se desenvolvem as competências.

Com a segunda questão pretendíamos saber, **quais as competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) que consideram necessário mobilizar para um desempenho adequado na coordenação da UCC.** Neste levantamento sobre as competências necessárias ao exercício da coordenação, percebemos algumas dificuldades, por parte dos participantes em desenvolver as suas respostas, limitando um pouco o leque de competências enumeradas, se compararmos com outros estudos consultados sobre este tema. Apesar desta limitação, a maioria dos participantes considerou ser necessário mobilizar os conhecimentos relacionados com o contexto em que se desenvolve a actividade da UCC, sobretudo no que se refere ao perfil, características e necessidades da comunidade, de forma a conseguirem dar subsídios à equipa para desenvolverem bem o seu trabalho, fizeram ainda referência aos conhecimentos na área da saúde comunitária e conhecimentos de gestão. Na vertente das habilidades foi dada relevância às capacidades para a gestão de conflitos, negociação e capacidade de liderança. No entanto, a maior ênfase foi dada às habilidades de relacionamento interpessoal com os elementos da equipa, com os parceiros da organização e com a comunidade. Por último, alguns participantes fizeram referência às atitudes entre as quais destacaram as características pessoais, ter visão de futuro, ser dinâmico, inovador, e criativo, foi apontado, como atitudes facilitadoras de um bom desempenho.

Por conseguinte podemos **concluir** que ao enfermeiro coordenador da UCC não basta ser dotado de competência e conhecimentos técnicos para resolver os problemas dentro da equipa e exercer o seu papel de coordenador, uma exigência cada vez mais eminente é o uso da competência interpessoal, que qualifica o profissional para o relacionamento com os outros sejam eles, os elementos da própria equipa, da organização ou da comunidade.

A última questão colocada foi perceber **que desafios, para o próprio e para a enfermagem, pode representar esta nova realidade.** As UCC estão, na sua maioria, em início de actividade (6 meses a 1 ano) pelo que muitos dos aspectos em análise carecem ainda de maturação e estabilização para poderem ser adequadamente interpretados e compreendidos. Apesar desse constrangimento foi possível perceber que a UCC tem conseguido dar-se a conhecer à população e à comunidade dando assim uma maior visibilidade

aos cuidados de enfermagem. Este estudo evidenciou que a criação das UCC representa para o enfermeiro uma excelente oportunidade de mostrar que a base dos cuidados na comunidade é a enfermagem, estando aberto um espaço onde pode afirmar a importância dos enfermeiros nas estratégias de promoção da saúde das populações. É no desenvolvimento e implementação destas estratégias de mudança que é fundamental o papel do enfermeiro coordenador.

Concluimos assim, que ao enfermeiro coordenador da UCC cabe um dos papéis mais importantes para o sucesso da reforma dos CSP, sobretudo se pensarmos que um dos grandes objectivos desta reforma é a obtenção de mais e melhores cuidados de saúde para os cidadãos com aumento da acessibilidade, proximidade e qualidade (Pisco 2007). Através da gestão dos cuidados de saúde, coordenação e organização do trabalho da equipa multidisciplinar, o coordenador tem como desafio ser de facto um agente de mudança e transformação nesta reforma e o desenvolvimento das suas capacidades de liderança será um recurso fundamental para implementar as mudanças requeridas no contexto da actual reforma dos CSP.

Perante os resultados e conclusões que acabamos de enunciar pensamos que este estudo poderá ter algumas **implicações** para a formação, a gestão e a própria enfermagem como profissão.

A emergência deste novo papel evidencia que os enfermeiros necessitam de competências na área da gestão. É assim fundamental que as Escolas Superiores de Enfermagem continuem e intensifiquem o investimento na formação nesta área de intervenção. Só com uma gestão inovadora voltada para as transformações tendo como eixo norteador a melhoria da qualidade dos cuidados e as estratégias que possibilitem maior satisfação para a equipa, os enfermeiros poderão mostrar a importância do seu papel.

Embora a área de gestão seja uma área de intervenção tradicional dos enfermeiros este estudo vem demonstrar que os enfermeiros estão a ser chamados a gerir para além do seu grupo profissional, outros profissionais de saúde que fazem parte da equipa multidisciplinar. É assim necessário continuar a investir no desenvolvimento desta área de intervenção em enfermagem, nomeadamente, na preparação dos enfermeiros para uma nova realidade, proporcionando um leque mais alargado de saberes e capacidades, no que respeita à gestão e coordenação de equipas multidisciplinares.

Podemos ainda considerar, com base nos dados recolhidos, que nesta fase de lançamento das primeiras unidades, os enfermeiros coordenadores têm focado muito mais a sua actividade nas necessidades organizativas da UCC, cumprimento dos regulamentos, diagnósticos de situação e implementação das novas metodologias de trabalho etc. Será então importante que os organismos tutelares concedam um maior suporte técnico e organizativo, para que os enfermeiros coordenadores disponham de mais tempo para consagrar à equipa aos clientes e à comunidade, podendo assim dar maior visibilidade à importância do contributo dos cuidados de enfermagem no contexto dos CSP.

É também importante como se pode inferir deste estudo que se valorize cada vez mais o desenvolvimento de competências, na vertente da relação interpessoal e da liderança. A formação contínua dos enfermeiros coordenadores poderá ser concebida em torno de projectos de desenvolvimento dos cuidados e de práticas de gestão mas reforçando também a área do desenvolvimento das relações interpessoais. "...o desenvolvimento de habilidades no campo das relações humanas, aspecto tão presente na actualidade e pouco explorado no quotidiano do gestor em saúde, deve ser meta daqueles que pretendem ter uma actuação mais competente e assertiva como gestores". Munari e Bezerra (2004, p. 485)

Por último, poderemos inferir que algumas das dificuldades enunciadas pelos participantes, falta de recursos, ausência de alguns indicadores e de contratualização e falta de apoios poderá estar a pôr em causa a evolução da visibilidade dos cuidados de enfermagem. Sendo assim parece-nos importante referir que um dos aspectos a melhorar nas condições de trabalho dos coordenadores das UCC e da sua equipa é, sem dúvida, o colmatar dessas dificuldades para que o trabalho desenvolvido possa assim ter a qualidade desejada e a visibilidade merecida.

Relativamente às **limitações** deste estudo considerámos, em primeiro lugar, que o número limitado de pessoas entrevistadas pode impedir um conhecimento mais abrangente sobre o tema em análise. Em segundo lugar, a escassez de estudos sobre o tema não permitiu a consulta e comparação dos resultados obtidos neste estudo com os de outros estudos realizados numa realidade semelhante. Considerámos ainda que, a utilização de um segundo método de recolha de dados, nomeadamente a observação participante, teria possibilitado minimizar alguma discrepância entre o que é relatado e a realidade vivida, contribuindo para um maior rigor e uma maior profundidade na compreensão do fenómeno em estudo. Deste modo seria útil considerar esta técnica em futuros estudos.

Por fim, consideramos que este estudo não esgota toda a riqueza e dimensão do papel do enfermeiro coordenador, assim como as competências e desafios que lhe estão associados, pelo que julgamos ter relevância desenvolverem-se outros estudos com maior abrangência de unidades e mais tempo de exercício dos seus coordenadores, de modo a ampliar a visão dos resultados aqui encontrados e, sobretudo, avaliar os ganhos em saúde dos seus utentes. Seria também relevante considerar a perspectiva dos outros profissionais da equipa face ao papel do seu coordenador, pelo que seria também interessante ampliá-lo aos outros elementos da equipa multidisciplinar. Por último, destaco a relevância de compreender e de conhecer as características pessoais e profissionais dos enfermeiros coordenadores e como estes podem interagir e influenciar o comportamento da equipa e os resultados da unidade.

Como última nota, fica o nosso desejo de contribuir com este estudo, para um conhecimento mais alargado sobre esta nova realidade, dar uma maior visibilidade ao papel do enfermeiro como coordenador de uma equipa multidisciplinar de saúde e, simultaneamente, estimular novos estudos capazes de aprofundar os dados aqui obtidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, Patrícia (2008) – **Equipa multiprofissional de saúde e formação em contexto de trabalho – O caso de um serviço hospitalar**. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação*, 05, pp. 19-32. [em linha]. Acedido em 17/07/2011. Disponível em <http://sisifo.fpce.ul.pt/pdfs/sisifo5completo.pdf>
- AMENDOEIRA, José (2004) – **Entre preparar Enfermeiros e educar em Enfermagem uma transição inacabada**. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. Tese de Doutoramento.
- ANDRÉ, Adriana (2006) – **Competências para a gestão de Unidades Básicas de saúde: Percepção do gestor**. São Paulo: Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo. Tese de mestrado.
- BARDIN, Laurence (1995) – **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70.
- BENNER, P. (2001) – **De iniciado o perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem**. Coimbra: Quarteto.
- BENITO, Gladys; FINATO, Pâmela (2010) – **Competências gerenciais na formação do enfermeiro análise documental de um projecto pedagógico de curso**. *Revista electrónica de enfermagem*, [em linha], Acedido em 17/07/2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/pdf/v12n1a17.pdf>
- BOGDAN, R. e BIKLEN, S (1994) – **Investigação qualitativa em educação**. Porto: Porto Editora.
- CALDEIRA, Maria Graça Sepúlveda (2001) – **Em caminho para a autonomia dos cuidados de enfermagem**. BISE. Coimbra. Nº23, p.19.
- CARAPETO, Carlos (2007) – **Reforma dos Cuidados de Saúde Primários Inovação e Liderança**. [em linha]. Acedido em 23/11/2010. Disponível em:
http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_56/CSP_CarlosCarapeto.pdf
- CAMPOS, António (2006) – **Linhas de acção prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários**. (Prefácio), [em linha]. Acedido em 23/11/2010. Disponível em:
http://www.portugal.gov.pt/pt/Documentos/Governo/MS/Linhas_Cuidados_Saude_Primarios.pdf
- CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela (1998) – **Metodologia da investigação, Guia para Auto-aprendizagem**. Lisboa, Universidade Aberta.
- CEITIL, Mário (2007) – **Gestão e desenvolvimento de competências**. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise (1999) – **Promover a vida**. 3ª Ed. Lisboa: Edições Lidel e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses
- CONTINO, Diana (2004) – **Leadership competencies: knowledge, skills, and aptitudes nurses need to lead organizations effectively**. [em linha]. (Junho 2004); 24(3): 52. Acedido em 13/07/2010 de CINAHL Plus with Full Text. Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2004118848&lang=pt-br&site=ehost-live>

CORTE, Vale (2007) – **O que deve ser o Centro de Saúde do Futuro**. *Trabalho em equipa: um novo paradigma nos CSP*. O Valor da *Equipa* Multiprofissional. [em linha] acedido em 14 /02/ 2011, disponível em: <http://covita.blogs.sapo.pt/5449.html>

CUNHA, Isabel; NETO, Francisco (2006) – **Competências gerenciais de enfermeiras: Um novo velho desafio?** [em linha] *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2006 Jul-Set, 15 (3): 479-82. Acedido em 14/02/2011. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71415313.pdf>.

CUNHA, Miguel [et al] (2007) – **Manual de Comportamento Organizacional e Gestão**. 6ª Ed. Lisboa: Editora RH Lda.

DECRETO-LEI nº 413/1971 D.R.I SÉRIE nº 228 (27-9-1971) 1406-1434.

DECRETO-LEI nº 414/1971 D.R.I SÉRIE, nº 228 (27-9-1971) 1434-1445.

DECRETO-LEI nº 157/1999 D.R.I SÉRIE-A nº 108 (10-5-1999) 2424 - 2435.

DECRETO-LEI nº 60/2003. D.R.I SÉRIE-A nº. 77 (1 -04-2003) 2118-2127.

DECRETO-LEI nº 28/2008. D.R.1ª SÉRIE nº 38 (22-02-2008) 1182 - 1189.

DECRETO-LEI nº 247/2009 D.R.I SÉRIE nº 184 (22-09-2009) 6758-6761.

DECRETO-LEI nº 248/2009 D.R.I SÉRIE nº 184 (22-09-2009) 6761-6765.

DESPACHO nº 97/83 D.R.I SÉRIE nº 93, (22-4-1983) 1439-1453.

DESPACHO nº 10143/2009. D.R. II Série nº 74 (16-04-2009) 15438-15440.

FERREIRA, J. M.; NEVES, J.; CAETANO, A. (2001) – **Manual de psicossociologia das organizações**, Lisboa : McGraw Hill.

FERREIRA, Maria Manuela (2008) – **Estratégias de promoção da autonomia. Dos enfermeiros chefes aos enfermeiros**. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Tese de mestrado, Porto. Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar. Tese de mestrado

FIGUEIREDO, Maria do Céu A. B. (1997) – **Trabalho em equipa: o contributo dos enfermeiros**. *Sinais Vitais*. 10 (1997) p. 19-22.

FLEURY, Maria Tereza; FLEURY, Afonso (2001) – **Construindo o Conceito de Competência**. *RAC*, Edição Especial 2001: 183-196, [em linha]. Acedido em 20/06/2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>

FORTIN, Marie-Fabienne (1999) – **O Processo de Investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência.

GHIGLIONE, R.; MATALON, B. (1993) – **O inquérito: teoria e prática**. Oeiras: Celta Editora.

HESBEEN, Walter (2000) – **Qualidade em Enfermagem**, Loures: Lusociência.

HUBINON, Myriam (1998) – **Management des unités de soins -De l'analyse systématique à l'évaluation de la qualité**. Paris: De Boeck Université.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE, 2002) – Censos 2001 – **Resultados definitivos, Informação à comunicação social**. [em linha]. Acedido em (8/11/2010). Disponível em:

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=377750&PUBLICACOESmodo=2

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN), (2008) – **Participation of Nurses in Health Services Decision Making and Policy Development** [em linha]. Acedido em 02/02/2011. Disponível em:

http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D04_Participation_Decision_Making_Policy_Development.pdf

JEANS, M.; ROWAT, K.(2005) – **Leadership, Objectif C Compétences attendees des infirmières gestionnaires**. [em linha]. Canadá: Canadian Nurses Association. Acedido em 20/06/2010. Disponível em:

http://www.cna-nurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/Competencies_Required_Nurse_Managers_f.pdf

KEROAUC, Suzanne [et al] (1994) – **La pensée infirmière**: Quebec: Éditions Études Vivantes.

KURCGANT, P, [et al] (2005) – **Gerenciamento em enfermagem**., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

LAZZAROTTO, Elizabeth, (2001) – **Competências essenciais requeridas para o gerenciamento da Unidades Básicas de Saúde**. Florianópolis: Universidade federal de Santa Catarina. Dissertação de Mestrado.

LE BOTERF, Guy (1995) – **De la compétence Essai sur un attracteur étrange**. 3e édition. Paris: Les éditions d'Organisation.

LE BOTERF, Guy (1999) – **Compétence et navigation professionnelle**. 2e édition. Paris: Les éditions d'Organisation.

LEI nº 55/79 D.R.I SÉRIE nº 214 (15-9-1979) 2355-2370.

LOPES, Manuel José (2000) – **Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-moral: Alguns dados e implicações**. Lisboa: Gráfica 2000.

LOURENÇO, Maria Regina (2004) – **Desenvolvimento da competência em liderança na efectividade de organizações de saúde dirigidas por enfermeiros-gerentes**, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Tese de mestrado

MACCARTHY, G, FITZPATRICK, J (2009) – **Development of a competency framework for nurse managers in Ireland**. *Journal Of Continuing Education In Nursing* [em linha]. Agosto 2009; 40(8):346-345
Acedido em 12/7/2010 de: MEDLINE with Full Text, Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=19681570&lang=pt-br&site=ehost-live>.

MARTIN, Vivien, HENDERSON, Euan (2004) – **Gestão de unidades de saúde e de serviços sociais**, Lisboa: Monitor.

MARQUIS, Bessie; HUSTON, Carol (2005) – **Administração e Liderança em Enfermagem Teoria e prática**. 4ª ed., Porto Alegre: Artmed Editora SA.

MENDES, Maria Angélica (2010) – **Papel clínico do enfermeiro: desenvolvimento do conceito**. [em linha]
Acedido em 20/02/2011, disponível em:

<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/717139/tde-30032010-111338/pt-br.php>.

MEZOMO, João (2001) – **Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos**. Tamboré: Editora Manole.

MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (2006) – **Linhas de Ação Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários**. Lisboa [em linha] Acedido em 20/10/2010, disponível em: http://mcsp.lvengine.com/lmgs/content/page_46/Linhas%20de%20Acao%20Prioritaria.pdf.

MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (2009) – **Documento de suporte à implementação da UCC**. [em linha] Acedido em 18/11/2010, disponível em: http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_95/doc_suporte_de_ucc_9_setembro2009.pdf

MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (2010) – **Reforma dos Cuidados de Saúde Primários Plano Estratégico 2010-2011**. Lisboa [em linha] Acedido em 18/10/2010, disponível em: http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_133/planomcsp2010_2011.pdf

MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (2010) – **Agrupamento de Centros de Saúde Unidade de cuidados na Comunidade** [em linha] Acedido em 24/11/2010 disponível em: http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_125/UCC_TEXTO.pdf

MUNARI, Denize; BEZERRA, Ana (2004) – **Inclusão da competência interpessoal na formação do enfermeiro como gestor**. *Rev. Bras.Enferm*, Brasília (DF) 2004 jul-ago;57(4) 484-6 [em linha]. Acedido em 24/09/2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n4/v57n4a20.pdf>

NERO, Ana (2008) – A relação enfermeiro/médico contribuição para a gestão de conflitos, Lisboa, Universidade Aberta, Tese de Mestrado.

NETO, Félix (1998) - **Psicologia Social**. Vol. I, Lisboa: Universidade Aberta.

NIGHTINGALE, Florence, (2005) – **Notas sobre Enfermagem**, O que é e o que não é, Loures: Lusociência.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2000) – “Alguns dados sobre os enfermeiros portugueses” Ordem dos Enfermeiros N° 1 Novembro de 2000.

PARSE, R. R.; COINÉ, A. B.; & SMITH, M. J. (1985) – Nursing research: Qualitative methods. Bowie, Md.: Brady Communications Company.

PEDUZZI M. (2001) – **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia**. Revista de Saúde Pública; 35:103-9.

PEREIRA, Esperança, COSTA, Maria (2007) – **Os centros de saúde em Portugal e o cuidado ao idoso no contexto domiciliário: Estudo de um centro de saúde**. [em linha]. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2007 Jul-Set, 16 (3): 408-16 Acedido em: 1/10/2010, Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/a05v16n3.pdf>

PEREIRA, Cristina [et al] (2008) – **Percepção de liderança de enfermeiros prestadores de cuidados: estudo realizado numa unidade hospitalar de Coimbra**, Revista Referência II.ª Série - N.º8 - Dez. 2008 pp.51-58.

PISCO, Luís (2007) – **A Reforma dos Cuidados de Saúde, Cadernos de Economia 21** [em linha], Acedido em 28/05/2010, disponível em: http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/9A05F533-B7AE-4256-9F80-7FDD3E7C4FC7/0/CE80Luis_Pisco.pdf

PITTHAN, Luíza; GUIDO, Laura; LINCH, Graciele (2010) – **Reflexão acerca da gerência em enfermagem: Somos todos competentes?** [em linha]. Revista de enfermagem UFPE, Jan/ Fev; 4(1): 421-28. Acedido em 16/11/2010. Disponível em http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/32200_4138.PDF

POLIT, Denise; BECK, Cheryl; HUNGLER, Bernadette (2004) **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação, e utilização**, 5ª Edição, Porto Alegre, Artmed.

POLIT, Denise; HUNGLER, Bernadette. (1995) – **Fundamentos da pesquisa em Enfermagem**. 3ªed. Porto Alegre: Artes Medicas.

Portal de saúde publica. Acedido em 16/11/2010. Disponível em:

http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS nº 157/2005, D.R. I Serie B (12-10-2005) 5981-5982.

RIBEIRO, Jorge M. (2009) – **Autonomia profissional dos enfermeiros**. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Tese de mestrado,

SANTOS, Teresa, (2006), **Ser Enfermeiro chefe papéis subjectivos e prescritos** Lisboa, Escola Superior de Enfermagem Francisco Gentil, Dissertação para concurso de Professor.

SPAGNUOLO, Regina; (2006) **Coordenar equipe multiprofissional: um desafio para o enfermeiro do Programa Saúde da Família**, Universidade Estadual Paulista, Dissertação de Mestrado.

STREUBERT, H. J.; CARPENTER, D. R. (2002) – **Investigação qualitativa em enfermagem. Avançando o imperativo humanista**. 2ª. Ed. Loures: Lusociência.

TEIXEIRA, Pedro M. (2009) – **Trabalho em equipa**. Revista MCSP Dezembro 2009 p.26-28 [em linha], Acedido em 28/05/2011, disponível em:

http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_103/revista_mcsp_dezembro2009_v2.pdf

TREVIZAN, M.A., MENDES, I.A.C., NOGUEIRA, M.A. (1987) - **Definições teórica e operacional do conceito de papel do enfermeiro**. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, 8,1, p.94-110, Jan. 1987. [em linha], Acedido em 28/04/2011, disponível em: <http://gepecopen.eerp.usp.br/files/artigos/Artigo33fin.pdf>

VALA, Jorge (1987) – **A análise de conteúdo**. In: SILVA, A. S; PINTO, J. M. – *Metodologia das ciências sociais*, 101-126. Porto: Afrontamento.

ANEXOS

ANEXO I

Guião para entrevista.

Guião para entrevista ao enfermeiro coordenador da UCC

E. _____

Caracterização da população

Sexo: M F

Faixa etária: <25 anos 26 a 35 36 a 45 46 a 55 >55

Formação gestão? Sim Não

Experiência em cargos de gestão

<1 ano 1 a 3 anos 3 a 5 anos >5 anos

Tempo de actividade como Coordenador na UCC _____

Caracterização da UCC

Nº de utentes

Área geográfica

Tempo de actividade da UCC

Quantos enfermeiros têm a UCC?

Que outros profissionais compõem a equipa?

Questões:

1. Qual a sua principal missão como coordenadora da UCC?
2. O trabalho que tem vindo a desenvolver corresponde às expectativas iniciais quando assumiu este cargo?
3. Como se tem sentido neste papel de coordenador de uma UCC?
4. Considera que o seu papel se enquadra mais no perfil de enfermeiro gestor ou de líder de uma equipa?
5. Enquanto coordenadora da UCC e de uma equipa multidisciplinar, quais as dificuldades que tem enfrentado no exercício dessa função?
6. A que atribui essas dificuldades?

7. Que competências, sente ser necessário mobilizar (conhecimentos, habilidades, atitudes) enquanto coordenador desta UCC?
8. Quais a que destaca como mais importantes para um bom desempenho?
9. Que novos desafios e oportunidades representa este papel?

Para si enquanto enfermeira

Para a enfermagem em geral.

Temas	Objectivos da questão	Questões
Papel do enfermeiro coordenador da UCC e de uma equipa multidisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> • Perceber face ao novo modelo organizativo dos CSP, como o enfermeiro perspectiva o seu papel de coordenador de uma UCC • Identificar quais as dificuldades sentidas ou esperadas no desempenho desse papel 	<ul style="list-style-type: none"> • Qual a sua principal missão como coordenadora da UCC? • O trabalho que tem vindo a desenvolver corresponde às expectativas iniciais quando assumiu este cargo? • Como se tem sentido neste papel de coordenador de uma UCC? • Considera que o seu papel se enquadra mais no perfil de enfermeiro gestor ou de líder de uma equipa? • Enquanto coordenadora da UCC e de uma equipa multidisciplinar, quais as dificuldades que tem enfrentado no exercício dessa função? • A que atribui essas dificuldades?
Competências de Gestão para o desempenho da coordenação da UCC	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar que competências necessitam mobilizar enquanto coordenador de uma UCC 	<ul style="list-style-type: none"> • Que competências, (conhecimentos, habilidades, atitudes) sente ser necessário mobilizar enquanto coordenador desta UCC? • Quais as que considera mais importantes para um bom desempenho?
Implicações do papel	<ul style="list-style-type: none"> • Perceber o que pode representar para a enfermagem este novo papel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que novos desafios e oportunidades representa este papel? • a) Para si. • b) Para a Enfermagem.

ANEXO II

Pedido de autorização para realização das entrevistas



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

Maria Dulce Ladeira Dias

Enfermeira

Exma. Sr.

Director Executivo do ACES

Dr.

Maria Dulce Félix da Silva Romão Ladeira Dias, aluna do 1º curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de gestão em enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, estou a desenvolver um trabalho de investigação no âmbito do papel e das competências dos enfermeiros coordenadores das Unidades de Cuidados na Comunidade.

Este trabalho tem como finalidade, perceber, face ao novo modelo organizativo dos CSP, como perspectiva o enfermeiro o seu papel de coordenador de uma UCC, quais os maiores desafios e dificuldades que esse papel pode implicar e quais as competências que precisa mobilizar para um desempenho eficaz.

Esta investigação, que tem a orientação das Professoras Teresa Santos Potra e Maria João Girão, seguirá uma metodologia descritiva e exploratória de abordagem qualitativa com recolha de dados através de entrevista semi-estruturada ao enfermeiro coordenador da UCC. As informações obtidas destinam-se a ser trabalhadas no âmbito do mestrado e serão utilizadas, única e exclusivamente para os fins do estudo.

Venho então solicitar autorização para aceder à UCC do ACES que dirige afim de poder realizar este estudo, estando a entrevista dependente do consentimento prévio do Sr. enfermeiro. Junto a este documento anexa-se a justificação do estudo e o Guião da entrevista que se pretende realizar. Estarei no final do estudo disponível para apresentar os seus resultados.

Com os meus melhores cumprimentos

Maria Dulce Ladeira Dias

ANEXO III

Autorização de Entrevista

Enfermeiro Coordenador na Unidade de Cuidados na Comunidade
Desafios, Dificuldades e Competências

Dulce Dias

To: Maria do Carmo Baltar
Subject: RE: estudo UCC

From: Maria do Carmo Baltar [<mailto:carmo.baltar@csparede.min-saude.pt>]
Sent: quarta-feira, 2 de Março de 2011 17:55
To: Dulce Dias
Cc: [REDACTED]
Subject: RE: estudo UCC

Exmª Senhora Enfermeira Dulce Dias,

No âmbito do assunto em epígrafe, informamos que deverá contactar a Srª Enfª Chefe [REDACTED] da UCC Girassol, para acordar o dia e hora da entrevista para recolha de dados.

Desejamos as maiores felicidades para a concretização do estudo e agradecemos que, oportunamente, nos informe dos resultados que obteve, pois estamos cientes, de que serão um contributo importante para as UCC'S.

Com os melhores cumprimentos

Carmo Baltar (Enf)
(Vogal do Conselho Clínico do ACES de Cascais)

De: Dra. Isabel Pardal
Enviada: terça-feira, 1 de Março de 2011 16:59
Para: Maria do Carmo Baltar
Assunto: FW: estudo UCC

De: Dulce Dias [<mailto:ddias@ucs.pt>]
Enviada: quinta-feira, 24 de Fevereiro de 2011 14:20
Para: Dra. Isabel Pardal
Assunto:

Muito bom dia

No âmbito de uma investigação para dissertação de mestrado, venho solicitar autorização para realizar uma pequena entrevista á Enfermeira Coordenadora da UCC da Parede, de acordo com os objectivos e fins expressos no documento em anexo

Melhores cumprimentos

Dulce Dias Enfª
UCS Sala de tratamentos
Tel:218436377
ddias@ucs.pt



ANEXO IV

Transcrição de uma Entrevista

ENTREVISTA E5

Como é que tem vivido esta nova função de coordenadora de uma unidade de cuidados continuados?

E5 – A função não é nova, eu já era coordenadora do centro de saúde antes de ser coordenadora da UCC, daí que foi integrar um projecto novo e uma nova metodologia de trabalho. A missão continua a ser a mesma, coordenar as equipas, motivá-las, assegurar que as coisas estão a ser bem feitas. No fundo é gerir os cuidados de enfermagem, gerir tudo o que é material, as equipas, a metodologia de trabalho que já era mais ou menos o que eu fazia enquanto enfermeira-chefe aqui no centro. Neste momento, como as coisas estão diferentes em termos de organização, não foi necessário ficar uma chefe no centro de saúde e optaram por fazer a coordenação da UCC e ficou um enfermeiro de cuidados gerais a coordenar a parte da UCSP, que é a parte do centro de saúde. Daí que eu fiquei com funções só na UCC. A principal missão nesta equipa, enquanto coordenadora, é motivar os colegas para fazerem cada vez melhor, ter cuidado com a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Em termos de actividades, as expectativas que tinha no início em relação ao trabalho que viria a desenvolver, corresponderam?

E5 – A UCC só está oficialmente aberta desde Dezembro, nós elaborámos um plano de acção com várias actividades e estamos a cumprir o plano de acção. As expectativas, eu já conhecia os profissionais em questão, fui eu que os convidei a participarem na equipa, alguns já estavam, outros entraram “de novo” e eu acho que está a correr muito bem. Há sempre coisas que eu vou ter de reformular do plano de acção durante o ano, mas também ainda não fiz nenhuma avaliação. Mas está a correr como eu esperava.

Em relação à função que tem, considera que se enquadra mais nas funções de um enfermeiro gestor ou nas funções de um líder da equipa que coordena?

E5 – Eu acho que é mais um líder. Nós temos um plano de acção definido, um gestor pode realmente supervisionar as coisas que os colegas estão a fazer e tentar direccioná-los para o caminho certo e quando há algum desvio tentar que os enfermeiros ou outros profissionais, porque eu sou coordenadora de outros profissionais também, nomeadamente fisioterapeuta, assistente social, administrativos, tentar ver se as coisas estão bem feitas. Algumas funções, nomeadamente, nós temos dividida em área de intervenção comunitária e área de cuidados continuados integrados, tento sempre que haja em cada área um coordenador, ou seja, não posso abarcar com tudo, obviamente. O coordenador da saúde escolar tem uma equipa de saúde escolar, coordena a saúde escolar e dá-me feedback quando é necessário. O coordenador da ECCI também, embora esteja no início tento sempre motivá-lo para a coordenação, para eles tomarem alguma responsabilidade do que estão a fazer. E depois é o tentar fazer reuniões de equipa semanais, que

fazemos, tentar coordenar um pouco, uniformizar critérios, ver as necessidades sentidas, melhorarmos algumas coisas. O líder tenta lançar/propor algumas novas ideias e desenvolver e as pessoas depois decidem na equipa. Quando não há decisões então o líder tem de dizer como é que então se vai fazer, se não houver opiniões então o líder decide, mas eu acho que se deve envolver os elementos porque são eles que andam na rua, são eles que sabem o que se está a passar. Eu estou na função de coordenadora e de prestadora de cuidados.

Considera que é uma mais valia poder participar?

E5 – Sim, é uma mais valia.

Porque se estiver no terreno consegue perceber melhor como as coisas funcionam do que se estiver no gabinete?

E5 – Sim. Embora esteja mais na minha área de intervenção que é saúde infantil. Eu sou especialista em saúde infantil. E nessa área tenho uma colega e as decisões são tomadas em conjunto. Complica-se por vezes quando eu estou fora de vários projectos, mas como tenho coordenadores em todas as áreas é mais fácil organizarem-se.

Falou da equipa multi-disciplinar e isto é uma novidade para o enfermeiro. E é aqui que reside uma das dificuldades, ou desafio, para esta função?

E5 – É desafio porque tenho aprendido algumas coisas, nomeadamente com alguns profissionais, com um grupo profissional, essencialmente. Com os outros profissionais já trabalhávamos em conjunto, daí que não houve muitas diferenças. Tenho o fisioterapeuta que trabalhamos em equipa muito bem, temos o psicólogo, a assistente social e com o administrativo também não há problemas. Ainda não temos nutricionista. Mais difícil é com o médico. Além dos médicos de Cuidados Saúde Primários trabalharem muito sozinhos no gabinete, a filosofia de cuidados da UCC reporta um pouco para o seu médico de família, ou seja, nós temos de contactar o médico de família no sentido de o envolver um pouco nos cuidados, nomeadamente nos cuidados continuados integrados é um bocado difícil, às vezes, este intercâmbio. Esta comunicação fazemos por escrito, para os médicos, depois temos de fazer um registo da visita médica na plataforma dos cuidados continuados integrados. Neste momento a cultura portuguesa, a cultura institucional, ou o que lhe queiram chamar, faz com que o médico ainda não veja muito bem o coordenador da unidade ser um enfermeiro, ou seja, as UCSP's têm um coordenador médico, as USF's têm um coordenador médico e só as UCC's é que têm um coordenador que é enfermeiro. E por vezes há mais dificuldade de intercâmbio de saberes. Por exemplo, um médico disse-me que iria mandar relatório duma visita domiciliária que fez para o colega dele da UCC e eu tive de o informar que na UCC não havia nenhum médico, que quem tinha pedido

a visita tinha sido eu e que eu tinha uma licenciatura tal como ele, ele teria de mandar o relatório para mim. E isto causa alguns constrangimentos no médico, não em nós.

Não têm um médico atribuído dentro da equipa?

E5 – Não, temos um médico a 3 horas que apenas é para reuniões de parcerias e para dar alguma consultadoria, não temos médico. Nós temos os utentes e os médicos são, variadíssimos, são os dos utentes. E essa tem sido a maior dificuldade, mas tem corrido bem. Ainda falei com a directora executiva, a directora executiva foi tentar falar com os colegas e tentar explicar, já fez várias reuniões de apresentação e reuniões de coordenação, apresentei a UCC, a missão, os profissionais, já entreguei vários papeis com legislação, porque não conheciam o que era a UCC.

Estando envolvidos nos cuidados de saúde primários desconhecem as outras unidades com as quais têm de estabelecer parceria?

E5 – Não sei se desconhecem ou se querem desconhecer.

Então uma das dificuldades tem sido essa relação com a parte médica. Com o resto dos profissionais não tem havido qualquer problema?

E5 – Não, não tem havido. Nesse aspecto sou eu mais como gestora e como coordenadora que faço mais essas convocatórias neste momento, ou seja, estou a tentar ajudá-los a chegar junto dos médicos não tendo de pedir por favor como era à dez anos atrás, porque há doentes que são vistos à dez anos em visita ao domicílio por um enfermeiro não tendo visita médica e nós quase que pedinchamos. Eu cheguei à UCC e disse que não iríamos pedinchar visitas médicas, eles têm de ver os utentes e vão ser convocados e se não virem são eles responsáveis por isso. Estou a ajudar os colegas nesse aspecto e a dar apoio, durante este ano de implementação da UCC, porque o coordenador tem uma função diferente de um enfermeiro que está a prestar cuidados, é visto dentro da instituição de outra forma e, embora eu esteja na parte de intervenção comunitária e na saúde infantil, também estou muito com os colegas da ECCI para lhes dar apoio nas partes mais difíceis das situações e que não conseguem resolver por iniciativa própria.

Tem sido fácil gerir os outros profissionais da equipa multi-disciplinar, como o psicólogo, a assistente social e outros?

E5 – Sim, tem sido fácil. Os psicólogos tem sido muito fácil porque já trabalhávamos com eles, já tínhamos projectos em conjunto, antes da UCC. A assistente social apenas tem 25 horas, mas tem colaborado connosco.

Fazem parte da equipa ou vêm apenas quando há necessidade?

E5 - Fazem parte da equipa e integraram bem, até a assistente social.

E é a coordenadora da UCC que faz a avaliação desses profissionais?

E5 – A avaliação de desempenho, que ainda não comecei, vai ser feita por mim.

Enquanto coordenadora da UCC quais foram as competências que teve necessidade de mobilizar para assumir esta função?

E5 – As competências relacionais são sempre importantes. A capacidade de negociação. As competências que eu tive de desenvolver não foram muito diferentes das que eu já tinha.

No fundo é fazer uma gestão participativa. Cada um colocar as suas questões, cada um dar a sua opinião acerca da problemática que estamos a desenvolver, depois eu faço um ponto da situação e tento resolver, se não houver consenso, o que se vai fazer. E tem resultado bem, não tenho tido problemas.

Se tivesse tido oportunidade de fazer alguma formação, no sentido de a ajudar a desenvolver alguma dessas competências de liderança e gestão, teria sido uma mais valia ou a sua prática e o trabalho que desenvolveu para trás deram-lhe essa capacidade?

E5 – A prática e o trabalho já desenvolvido acho que me deram essa capacidade. Já fiz várias formações de gestão, formação em contexto de trabalho e não académica, embora na minha especialidade tenha tido formação de gestão. Não vejo grandes dificuldades, o que não quer dizer que não possa, eventualmente, ter alguma formação mais académica a nível de gestão, mas em termos de prática acho que tenho algumas competências para gerir, já aprendi algumas coisas durante o tempo que aqui estive e neste momento não me vejo com grandes dificuldades em gerir a equipa.

A elaboração de um projecto deste tipo obriga à organização de documentos, de protocolos. Foi fácil fazer toda essa preparação, tiveram apoio para a organização, para o plano de acção, para estabelecer indicadores?

E5 – O plano de acção foi feito, essencialmente, por mim e pelo enfermeiro coordenador da saúde escolar, embora, sempre que possível, tenha pedido algumas informações e tenha pedido a cada elemento responsável por uma área que me dessem os objectivos deles em relação à reabilitação, à saúde escolar, à saúde infantil, à saúde materna e tudo o que eu consegui que os enfermeiros, essencialmente foram enfermeiros, me dessem para desenvolver um plano de acção, eu consegui compilar isso tudo. Depois o plano de acção final fui eu e o enfermeiro coordenador da saúde escolar que fizemos.

Em relação a tudo o que é indicadores foram os próprios enfermeiros que estão ligados à intervenção que os fizeram. Houve um ou outro que fui eu que elaborei, nomeadamente o da formação. O dos serviços

mínimos também lhes perguntei o que é que achava em termos de serviços mínimos, de inter-substituição das equipas, isso foram tudo eles. O plano de formação sou eu que vou fazer, já fiz o manual de articulação, fiz o regulamento interno e agora, por fim, fiz a carta de qualidade. Embora eu, às vezes, os poupe um bocado, porque eles estão sempre na rua e têm cerca de 20/25 doentes para ver cada um, por dia, tento sempre elaborar e depois levar à consideração, ou seja, nas reuniões dou a todos para lerem, para ver se têm algo a acrescentar e/ou a mudar e se não tiverem mando para a directora executiva para esta aprovar. Tenho sempre tentado, tudo o que é parte de retaguarda ser eu a fazer, porque os enfermeiros, nesta equipa, ainda não estão muito treinados para escrever, estão mais focalizados para a acção. Neste momento é um trabalho que se tem de ir desenvolvendo, tal como os protocolos de actuação, que ainda não estão feitos e que vou ter de começar a fazer, mas como tenho muitas especialistas, tenho uma de saúde mental, uma de saúde comunitária, duas de saúde infantil e duas de reabilitação, tento sempre fazer qualquer coisa mas depois pedir a opinião e o contributo delas. Uma das coisas que um gestor também deve adoptar, em termos de postura, é quando não sabe, dizer que não sabe. Por exemplo, houve uma acção da Câmara Municipal, em que eles propuseram actividades ao ar livre com as crianças, em que eu concordei mas fui pôr à consideração da equipa comunitária. Acho que tentar sempre envolver a equipa é o melhor, em termos de saberes, porque eles têm uns saberes, eu tenho outros, embora haja decisões que eu tenha de tomar e que eles têm de obedecer.

A UCC obriga a estabelecer várias parcerias. Tem sido fácil?

E5 – Sim e temos muita solicitação também. Em termos de parcerias para a 3ª idade, estão-nos sempre a pedir apoio, porque nós também temos doentes em casa que têm apoio de alimentação e de higiene e quando vimos alguma coisa que, eventualmente, não está bem feita tentamos na própria Junta de Freguesia ou no Centro de dia intervirmos em termos de sensibilização, trabalhamos muito em parceria, já há alguns anos com eles.

Em termos de escolas, já está muito implementado. Os enfermeiros estão à muitos anos nas escolas, temos cerca de 15 mil alunos, os enfermeiros já são muito conhecidos nas escolas, porque é muito difícil entrar nas escolas, tem uma cultura muito própria e estes enfermeiros que estão na saúde escolar, que são três, já estão à muitos anos na saúde escolar e conhecem os directores executivos, conhecem o parque escolar muito bem e também trabalham muito bem connosco, em relação às escolas, à rede social. Quando vim para aqui dividi as freguesias para vários profissionais

Portanto isto foi uma continuidade do trabalho que já vinham a fazer à muitos anos. Basicamente o que é que mudou com a UCC?

E5 – O que mudou foi mais a parte da intervenção comunitária, ou seja, da maneira como estava organizado não tínhamos tempo para visitas de promoção e prevenção, nomeadamente na saúde materna e na saúde infantil e isso é muito importante, porque cada vez mais vimos que as competências parentais são muito diminutas, as grávidas preocupam-nos muito, as meninas engravidam com 12/13 anos e daí que temos mais tempo para intervir, nomeadamente nos infantários, nos centros lúdicos e também na CPCJ, onde eu estou agora, na comunidade e mais ao encontro das famílias. Antigamente funcionava os cuidados continuados, de um modo também diferente. Agora funciona os cuidados continuados integrados, portanto há mais profissionais envolvidos, antigamente os enfermeiros trabalhavam sozinhos. Essencialmente foi mais a intervenção comunitária e mais os cuidados continuados integrados que estão de uma forma mais organizada, mais estruturados, com equipas multi-disciplinares e com cuidados mais diferenciados.

Sendo isto um novo desafio e uma grande oportunidade para os enfermeiros, para si, pessoalmente, o que é que tem representado este desafio?

E5 – Em primeiro lugar estou contente porque é uma unidade que é coordenada por um enfermeiro. Depois tenho uma equipa de intervenção na comunidade e que só faz intervenção na comunidade, ou seja, a grande missão da UCC são as famílias e os grupos e grupos vulneráveis. Quando estávamos dentro do centro de saúde éramos absorvidos só com consultas de enfermagem e, às vezes, queríamos ir junto das populações e não tínhamos tempo e eu acredito que só indo junto das populações e, às vezes mesmo, captar as pessoas lá fora e trazê-las cá para dentro, podemos encontrar inúmeros casos que nunca nos chegam ao centro de saúde, sabemos que há crianças que, por vezes, não vêm ao centro de saúde porque às vezes não conseguem consulta ou por inúmeras razões, mas se houver uma criança que eu encontre num centro lúdico e que precise de vir cá, mas não consegue, porque não hei-de eu marcar a consulta, tentar melhorar a acessibilidade dos cuidados. Porque há franjas da população que não conseguem cá chegar. Há uns muito utilizadores que por vezes barram as consultas dos outros que querem cá vir e não conseguem. Depois trazer as pessoas cá e fazer promoção de saúde, estilos de vida saudáveis, mudar comportamentos. Existem muitas coisas para fazer lá fora que, nós cá dentro, não nos apercebemos. E mesmo quando vamos à casa das pessoas temos uma percepção diferente daquela família de quando a vemos aqui. Depois podemos encaminhar os casos para assistente social, para a psicóloga, fazemos um trabalho em rede que, eu acho, é mais eficaz.

E isso é gratificante?

E5 – É, muito gratificante, embora nós tenhamos muitas dificuldades, porque a nossa população é super flutuante, as moradas que temos, os telemóveis é tudo mudado. Andam de casa para casa, nascem aqui e depois vão para outro lado e depois inscrevem-se aqui e no outro lado. Há crianças que não as conseguimos encontrar.

Têm bairros sociais e uma população muito móvel?

E5 – Não temos bairros sociais. Temos é casas lotadas, com muitos familiares, vem a prima, o sobrinho e o tio, dão a morada de cá e ficam cá, mas depois de repente já não estão cá porque foram para casa de outro. Eles são muito flutuantes, não estão sempre no mesmo sítio. São famílias um pouco disfuncionais, com alguns problemas, desenraizados por vezes. Culturas diferentes. É uma população muito complicada.

E em termos de recursos, foi fácil arrancar com um projecto destes, tinham os recursos materiais e humanos adequados?

E5 – Os recursos materiais, essencialmente, não tínhamos meios informáticos, mas esse problema foi colocado logo no início à directora executiva que nos arranhou computadores portáteis. Viaturas não temos, estamos a andar de Táxi, não temos viaturas nenhuma no centro de saúde, o que em termos económicos é muito pesado. Em termos de material, há meses que temos material, outros que não, por exemplo, este mês não vieram luvas, que é um constrangimento enorme, mas por norma temos tido material para trabalhar.

Em termos de instalações, eu escolhi estas instalações, tiveram de ser um bocado adaptadas, fizemos um ginásio numa sala multi-disciplinar, mas são razoáveis, não precisavam de obras pois é um centro de saúde recente.

Para a enfermagem, acha que o facto de haver uma unidade coordenada por um enfermeiro, traz visibilidade, tanto para os restantes profissionais como para a população. É realmente uma oportunidade de dar visibilidade aos enfermeiros?

E5 – Eu acho que sim. Se nós primarmos pela qualidade, pelo atendimento personalizado e pela dedicação a esta população, que é uma população de grupos vulneráveis e de risco, eu acho que o papel do enfermeiro vai ser mais valorizado, embora nos cuidados continuados o enfermeiro é muito bem visto. Acho que os enfermeiros têm de andar na rua, na casa das pessoas, tem de ver o que se passa com as populações mais desfavorecidas e acho que é a nossa oportunidade de mostrarmos que os enfermeiros são precisos e têm competências, tal e qual, como os outros profissionais, que são uma mais valia em termos de saúde das populações. Acho que é uma grande oportunidade e acho que foi uma boa aposta a coordenação de uma UCC por um enfermeiro. A base dos cuidados na comunidade é a enfermagem e por isso não estou a ver outro profissional a cuidar na comunidade. E foi bem aceite, tanto pelos outros profissionais, até mesmo pelos médicos, acho que somos bem aceites, embora tenham aquela cultura de “o senhor doutor é que manda”, mas nós tentamos sempre mostrar que nós também somos profissionais e que temos alguns saberes, que podemos partilhar e alguns já vêem isso de boa forma, outros nem tanto, passa por nós tentar dar a volta à questão e afirmarmo-nos enquanto profissionais e quem sabe daqui a tempo as coisas mudem, os médicos mudem um pouco a sua atitude.

ANEXO V

Consentimento informado

Declaração de consentimento informado

Caro Colega, sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Gestão na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Nesse sentido pretendo desenvolver uma dissertação sobre “ **O Enfermeiro Coordenador na Unidade de Cuidados na Comunidade - Competências, Desafios, Dificuldades e Competências**”.

Com este propósito, gostaria de obter a sua colaboração na concessão de uma entrevista, para a qual solicito permissão para utilizar gravador, com o compromisso de que serão respeitadas todas as imposições éticas inerentes a um trabalho de investigação, nomeadamente a preservação do anonimato e da intimidade dos entrevistados, pelo que as gravações serão destruídas após o cumprimento da sua finalidade.

Se se considera bem informado e aceita participar neste trabalho, por favor assine este documento.

Muito obrigada

Lisboa _____ / _____ / _____

O Entrevistado

O Entrevistador

ANEXO VI

Grelha de Análise, Definição de temas categorias e subcategorias

GRELHA DE ANÁLISE

Definição de temas, categorias e subcategorias

Área temática	Categorias	Subcategorias	
A - Ser enfermeiro coordenador de uma UCC	I - Considerações sobre o papel do enfermeiro coordenador	1 - Missão do enfermeiro coordenador	
		2 - Conteúdo funcional	
		3 - Ligação e articulação com as outras unidades e os parceiros da comunidade	
		4 - Gestor ou líder	
		5 - Autonomia	
	II - Dificuldades no desempenho deste papel	1 - Nova metodologia de trabalho	
		2 - Carências de recursos materiais e humanos	
		3 - Duplicação de papéis	
		4 - Falta de orientações	
		5 - Relações interpessoais	
	III - Coordenar equipa multidisciplinar	1- Motivação da equipa	
		2 - Apoio à equipa	
		3 - Outros aspectos relevantes	
	B - Competências	I - Competências mobilizadas	1 - Conhecimentos
			2 - Habilidades
3 - Atitudes			
II - Competências a desenvolver no futuro			
C - Implicações deste papel	I - Expectativas e desafios	1 - Expectativas deste papel	
		2 - Desafios deste papel	
	II - Visibilidade deste papel	1 - Dentro da organização (ACES)	
		2 - Na comunidade	

ANEXO VII

Cronograma

Cronograma

