

Marisa Almeida de Abreu

**Diagnóstico, Análise de Tendências e Contributos para
a Melhoria da Gestão do Desempenho das Equipas:
o caso de uma USF do Modelo A**



Universidade do Algarve

Faculdade de Economia

2024

Marisa Almeida de Abreu

**Diagnóstico, Análise de Tendências e Contributos para
a Melhoria da Gestão do Desempenho das Equipas:**

o caso de uma USF do Modelo A

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Susana Pescada

Professor Doutor João Vidal



2024

**Diagnóstico, Análise de Tendências e Contributos para a Melhoria da
Gestão do Desempenho das Equipas:**

o caso de uma USF do Modelo A

Declaração de Autoria do Trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Marisa Almeida de Abreu

© **Copyright:** Marisa Almeida de Abreu.

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

DEDICATÓRIA

Para a minha filha Francisca,
quem me faz querer fazer mais e ser melhor.

AGRADECIMENTOS

Por motivos vários, esta Dissertação de Mestrado tornou-se uma longa viagem, com muitos desafios que só foram ultrapassados com o apoio de várias pessoas especiais.

Deste modo, deixo aqui manifesto o meu sincero agradecimento a todos quantos permitiram que esta investigação chegasse ao fim, destacando os seguintes:

A Professora Doutora Susana Pescada, pela sua disponibilidade, compreensão e exigência. Sempre com um sorriso amável e uma mão estendida para me ajudar a prosseguir nesta viagem.

O Professor Doutor João Vidal, pela sua disponibilidade na correção dos aspetos mais formais deste trabalho.

Os meus colegas de trabalho, em particular à Dra. Inês Albano, à Enf^ª Joana Andrez e à Andreia Mateus, que me ajudam na árdua tarefa de encontrar tempo para parar, respirar e refletir no meio da loucura intensa que tem sido o nosso trabalho.

A minha família e amigos mais queridos, que sempre acreditam em mim e me estimulam para chegar mais longe.

RESUMO

A elevada pressão sentida ao nível dos sistemas de saúde e consequente aumento das necessidades de cuidados de saúde, obriga a uma maior e cada vez melhor gestão dos recursos existentes.

Num cenário de imprevisibilidade, em que todos os futuros são possíveis, as equipas de saúde beneficiam em estar preparadas para decidir da melhor forma sobre a forma como devem fazer a sua própria gestão.

Este estudo teve como propósito realizar um diagnóstico da situação atual de uma Unidade de Saúde Familiar (USF), a fim de identificar tendências e contributos para a melhoria da gestão do desempenho. Para tal, baseou-se na metodologia prospetiva, mais concretamente no Método dos Cenários proposto por Godet, em particular na Análise Estratégica de Atores.

Numa fase inicial foi feita recolha e análise documental, incluindo uma análise SWOT, para melhor delimitação do sistema. Foi assim possível encontrar as variáveis-chave do sistema, bem como determinar quais os desafios e respetivos objetivos estratégicos, assim como os atores-chave. Toda a informação obtida nas entrevistas foi cuidadosamente analisada, recorrendo ao Método ACTores, Objetivos, Relações de força (MACTOR), uma ferramenta específica da metodologia prospetiva, em particular do Método dos Cenários, que permite posicionar os atores em relação aos objetivos, hierarquizar os objetivos estratégicos e ainda estudar a relação de forças entre atores.

A partir da análise estratégica de atores foi possível identificar um conjunto de recomendações estratégicas para a USF em estudo, com intuito de servirem de apoio à gestão interna da equipa e contribuir para a melhoria do seu desempenho.

Palavras-chave: Unidade de Saúde Familiar; Gestão de Desempenho; Prospetiva Estratégica; Método dos Cenários; Análise Estratégica de Atores; MACTOR.

ABSTRACT

The high pressure felt at the level of health systems and the consequent increase in healthcare needs necessitates greater and increasingly better management of existing resources.

In a scenario of unpredictability, where all futures are possible, health teams benefit from being prepared to make the best decisions about how they should manage themselves.

This study aimed to conduct a diagnosis of the current situation of a Family Health Unit (USF), in order to identify trends and contributions for improving performance management. To this end, it was based on the prospective methodology, specifically on the Scenario Method proposed by Godet, particularly on the Strategic Analysis of Actors.

In an initial phase, document collection and analysis were carried out, including a SWOT analysis, to better define the system. It was thus possible to find the key variables of the system, as well as determine the challenges and respective strategic objectives, as well as the key actors. All information obtained from the interviews was carefully analysed using the ACTors, Objectives, Power Relations (MACTOR) Method, a specific tool of the prospective methodology, particularly the scenario method, which allows positioning actors in relation to objectives, ranking strategic objectives and also studying the power relations between actors.

From the strategic analysis of actors, it was possible to identify a set of strategic recommendations for the USF under study, with the aim of supporting the internal management of the team and contributing to the improvement of its performance.

Keywords: Family Health Unit; Performance Management; Strategic Foresight; Scenario Method; Strategic Analysis of Actors; MACTOR.

ÍNDICE GERAL

DEDICATÓRIA	v
AGRADECIMENTOS	vi
RESUMO	vii
ABSTRACT.....	viii
ÍNDICE GERAL.....	ix
ÍNDICE DE FIGURAS	xi
ÍNDICE DE TABELAS.....	xii
LISTA DE ABREVIATURAS	xiii
CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO	1
1.1 Contextualização do Estudo.....	1
1.2 Objetivos do estudo	1
1.3 Estrutura da dissertação	2
1.4 Limitações do estudo	3
CAPÍTULO 2 – REVISÃO DA LITERATURA	4
2.1 Gestão das Organizações de Saúde.....	4
2.2 Gestão de Desempenho na Saúde	7
2.3 Organização dos Cuidados de Saúde Primários	8
2.4 Fatores e Benefícios da Gestão de Desempenho nas USFs	13
2.5 Desafios e Tendências na Gestão de Desempenho nas USFs.....	15
CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA	18
3.1 Natureza e Tipo de Estudo.....	18
3.2 Esquema Metodológico	18
3.3 Questões e Objetivos da Investigação	19
3.4 Metodologia Prospetiva	20
3.5 Técnicas de Recolha e Análise dos Dados.....	25
3.6 Seleção dos Participantes do Estudo.....	29
3.7 Aspetos éticos	30
CAPÍTULO 4 – RESULTADOS.....	32
4.1 Caracterização do Ambiente Externo e Interno	32

4.2 Análise do Ambiente Interno e Externo – Análise SWOT.....	38
4.3 Variáveis-chave	42
4.4 Análise Estratégica de Atores	43
4.5 Meios de ação e Obstáculos.....	60
4.6 Futuros Possíveis e Fatores críticos	63
CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO E RECOMENDAÇÕES ESTRATÉGICAS.....	65
5.1 Delimitação do sistema.....	65
5.2 Análise Estratégica de Atores	66
5.3 Meios de ação e Obstáculos.....	74
5.4 Futuros Possíveis e Fatores críticos	75
5.5 Recomendações Estratégicas	75
CAPÍTULO 6 – CONCLUSÃO	80
6.1 Síntese dos principais resultados	80
6.2 Contribuições e implicações do estudo.....	81
6.3 Limitações e sugestões de investigação futura	82
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
APÊNDICES	86
Apêndice 1: Guião da Entrevista	86

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 3.1 : Etapas da Investigação	19
Figura 3.2 : Etapas do Método dos Cenários	22
Figura 4.1: Organograma do ACeS Barlavento	32
Figura 4.2: Histograma da mobilização dos atores sobre os objetivos (3MAO)	53
Figura 4.3: Mapa de distâncias líquidas entre objetivos	54
Figura 4.4: Plano de influências e dependências entre atores	57
Figura 4.5: Histograma de Relações de Força MIDI	58
Figura 4.6: Convergência entre atores	60

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 3.1 : Tópicos do guião da entrevista e respetivos objetivos específicos	27
Tabela 3.2: Principais atores da USF MTG	29
Tabela 4.1: Missão, Visão e Valores do ACeS Barlavento	33
Tabela 4.2: Missão, Visão e Valores da USF MTG	37
Tabela 4.3: Análise SWOT para USF MTG (Ambiente Interno).....	38
Tabela 4.4: Análise SWOT para USF MTG (Ambiente Externo).....	39
Tabela 4.5: Variáveis-chave da USF MTG – sistema interno	42
Tabela 4.6: Variáveis-chave da USF MTG – sistema interno	43
Tabela 4.7: Caracterização dos atores-chave	44
Tabela 4.8: Principais atores-chave identificados, por tipologia e código MACTOR ...	46
Tabela 4.9: Desafios estratégicos e respetivos objetivos associados	47
Tabela 4.10: Matriz de posições simples atores x objetivos 1MAO	49
Tabela 4.11: Matriz das posições valoradas ponderadas dos atores sobre os objetivos (2MAO)	50
Tabela 4.12: Matriz das posições valoradas ponderadas dos atores sobre os objetivos (3MAO)	52
Tabela 4.13: Matriz de influências diretas (MID)	55
Tabela 4.14: Matriz de influências diretas e indiretas (MIDI)	56
Tabela 4.15: Balanço Líquido de Influências	58
Tabela 4.16: Matriz de convergências valorizadas ponderadas dos atores sobre os objetivos (3CAA).....	59
Tabela 4.17: Meios de ação disponíveis referidos pelos atores	61
Tabela 4.18: Obstáculos identificados pelos atores	62
Tabela 4.19: Futuros Possíveis da USF MTG, identificados pelos atores.....	63
Tabela 4.20: Fatores críticos para evolução da USF MTG, identificados pelos atores ..	64
Tabela 5.1: Resultados do MACTOR para cada ator individualmente	69
Tabela 5.2: Síntese de Recomendações Estratégicas para a USF MTG	78

LISTA DE ABREVIATURAS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde
ARS – Administração Regional de Saúde
CHUA – Centro Hospitalar Universitário do Algarve
CSP – Cuidados de Saúde Primários
BI-CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários
IDG – Índice de Desempenho Global
IDE – Índice de Desempenho de Equipa
MTG – Manuel Teixeira Gomes
PLS – Plano Local de Saúde
RNU – Registo Nacional de Utente
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*
UAG – Unidade de Apoio à Gestão
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
ULS – Unidade Local de Saúde
URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF – Unidade de Saúde Familiar
USP – Unidade de Saúde Pública

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do Estudo

A saúde, tal como outras áreas de atividade, está sujeita a vários fatores de incerteza, entre os quais, fatores políticos, sociais, económicos, tecnológicos e ambientais. A isto acresce a existência de várias áreas críticas, específicas da saúde, tais como, a literacia, o tipo de governação, a influência dos estilos de vida, o acesso à informação, as pandemias, os conflitos militares, a escassez de recursos e as crises económicas. É precisamente neste contexto de constante incerteza que é feita a gestão das organizações de saúde, procurando alcançar um alinhamento estratégico entre todos os envolvidos, usando os recursos disponíveis, na procura de satisfazer as expectativas dos utentes e dos profissionais (Delgado e Reis, 2024).

A Unidade de Saúde Familiar (USF) Manuel Teixeira Gomes (MTG), é uma unidade muito jovem e que iniciou atividade durante um período conturbado pelo contexto de pandemia Covid-19, pelo que se considerou de extrema importância a definição de objetivos estratégicos, de forma alinhada com os diferentes níveis de Gestão.

Este estudo parte da seguinte pergunta de investigação: Quais são as dinâmicas internas e externas de uma Unidade de Saúde Familiar da região do Algarve, as estratégias dos seus principais atores e os fatores críticos na gestão de desempenho da USF?

Para responder a esta questão, o presente trabalho seguiu a metodologia de prospetiva estratégica, designadamente, o método de cenários proposto por Godet (1994), mais concretamente a análise estratégica de atores, enquanto ferramenta de apoio à tomada de decisão. A aplicação de uma análise prospetiva surge como adequada face às necessidades presentes, uma vez que esta metodologia permite preparar melhor as organizações para as incertezas do futuro, ao identificar as ameaças e as oportunidades expectáveis num processo de mudança, facilitando a elaboração de um plano estratégico.

1.2 Objetivos do estudo

O presente projeto de investigação foi realizado no âmbito da tese de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde e teve como propósito realizar um diagnóstico da situação atual de uma USF de Modelo A, a fim de identificar tendências e contributos para a Melhoria da Gestão do Desempenho das Equipas.

Tem como principal objetivo conhecer e analisar as dinâmicas internas e externas de uma USF, os principais atores-chave e os fatores críticos na gestão de desempenho da USF.

Para a sua concretização, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- 1) Caracterizar o ambiente interno e externo (as variáveis-chave), as ações estratégicas e os objetivos associados aos modelos de gestão das USF's;
- 2) Identificar, a partir das variáveis-chave, os atores fundamentais no desenvolvimento de um modelo de gestão das equipas;
- 3) Identificar e analisar os principais conflitos e alianças entre os atores com influência e dependência na área dos cuidados de saúde primários e, em particular, no âmbito da USF em estudo;
- 4) Elaborar recomendações estratégicas face às necessidades detetadas.

1.3 Estrutura da dissertação

Este trabalho está dividido em 6 capítulos.

O primeiro capítulo corresponde à Introdução e inclui a contextualização, os objetivos e a estrutura da dissertação.

No segundo capítulo é feita uma breve Revisão de Literatura sobre os temas principais do trabalho, começando pela gestão das organizações de saúde, seguindo-se alguns conceitos acerca de gestão de desempenho na saúde. Posteriormente, de forma a melhor compreender o trabalho realizado, segue-se uma revisão sobre a organização dos cuidados de saúde primários em Portugal com menção das mais relevantes mudanças dos últimos anos. Finalmente, os últimos tópicos deste capítulo pretendem fazer uma ligação entre os tópicos anteriores, abordando a gestão de desempenho das USFs com as suas particularidades, os seus desafios e tendências.

O terceiro capítulo descreve a Metodologia usada, onde se aborda a natureza e o tipo de estudo realizado, o esquema metodológico, as questões e os objetivos da investigação. Segue-se uma breve descrição do Método dos Cenários, com enfoque na análise estratégica, bem como dos procedimentos e ferramentas utilizadas aquando da sua aplicação. Posteriormente, apresentam-se as técnicas de recolha (onde se incluem a recolha documental e as entrevistas semiestruturadas) e análise de dados, seguindo-se uma breve descrição dos participantes do estudo. Termina-se o capítulo com a menção de alguns aspetos éticos.

No quarto capítulo são apresentados os resultados do estudo, começando pela caracterização e análise do ambiente externo e interno do sistema, seguindo-se a apresentação das variáveis-chave. Posteriormente, procede-se à análise estratégica de atores com recurso ao *software* MACTOR, que se inicia com a identificação dos atores-chave, dos desafios estratégicos e dos respetivos objetivos associados, assim como a análise do posicionamento dos atores face aos desafios e objetivos identificados e sua relação de forças. De seguida, são apresentados os resultados extraídos da análise de conteúdo das entrevistas, designadamente os meios de ação e os obstáculos identificados pelos atores-chave e os fatores críticos e futuros possíveis para a USF em análise. Finaliza-se este capítulo com a apresentação das recomendações estratégicas para a USF MTG.

O quinto capítulo é dedicado à discussão dos resultados obtidos e no último capítulo do trabalho é apresentada a conclusão da dissertação.

1.4 Limitações do estudo

Face à limitação do tempo existente para realização deste trabalho, o foco da investigação foi colocado na análise estratégica de atores, não tendo sido realizada a análise estrutural nem a segunda fase do Método dos Cenários – a Construção dos Cenários propriamente dita.

Uma das partes principais deste estudo, a análise estratégica de atores, resulta sobretudo da informação recolhida em entrevistas a atores coletivos, sendo esta informação, pela sua própria natureza, algo subjetiva e possível de não representar na íntegra a opinião do coletivo. Deste modo, os resultados obtidos, apesar de se pretender que sejam o mais objetivos possível, dificilmente poderão ser reproduzidos.

CAPÍTULO 2 – REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Gestão das Organizações de Saúde

Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, em Alma-Ata, na qual a OMS propôs atingir a meta “Saúde para todos no ano 2000”, apontando assim para a necessidade de sistemas de saúde universais, tornando a saúde como um direito humano (Pisco e Pinto, 2020).

À semelhança do que se passa noutros países, também em Portugal o sistema de saúde apresenta fortes tensões que se relacionam com a pressão demográfica associada ao envelhecimento e à redução da natalidade, com o aumento do peso da doença crónica, com a desaceleração do crescimento económico e o aumento da despesa, com a articulação entre setor público e privado, bem como com a articulação entre prestação, financiamento e regulação do sistema de saúde. Acresce a isto, todo um conjunto de determinantes que vão contribuir para o aumento de tensão na saúde, tais como as exigências económicas que decorrem da inovação tecnológica, do aumento de patologias complexas e da coexistência de comorbilidades (Cortes, 2016).

Urge assim a necessidade de reorganização e desenvolvimento de novos modelos organizativos para assegurar a sustentabilidade do sistema, sempre com atenção à equidade, qualidade e eficiência dos cuidados. E este é um dos grandes desafios da Gestão das Unidades de Saúde – encontrar e manter um equilíbrio entre a necessidade de mudança e o cumprimento dos princípios básicos do SNS com cobertura universal, geral e tendencialmente gratuita (Cortes, 2016).

Todas as organizações têm como missão principal o acréscimo de valor e a satisfação dos seus *stakeholders*. Na área da saúde, a definição de valor pode diferir consoante estamos a olhar na perspetiva do acionista (privilegiando a parte financeira), na perspetiva do prestador ou profissional de saúde (com enfoque nos recursos de que dispõe para a sua prática) ou se estamos a considerar a perspetiva do cliente ou utente / doente (sendo o valor pretendido o seu bem-estar e a qualidade dos serviços que recebe). Gerir os interesses, muitas vezes divergentes, destes vários *stakeholders* é uma das especificidades e singularidades da gestão na área da saúde (Bernardino, 2023).

No campo da saúde, podem encontrar-se três níveis de gestão: uma gestão de nível macro que engloba as políticas de saúde; uma gestão a nível meso que inclui a gestão das

unidades de saúde e, finalmente, uma gestão de nível micro onde se encontra a gestão clínica (Bernardino, 2023). Todos os níveis de gestão têm em comum o objetivo último da melhoria dos serviços que são prestados aos doentes, sendo preciso para tal estimular e implementar mudanças, com o fim de atingir melhorias (Bernardino, 2023).

Para que as mudanças sejam efetivas não basta planejar, é essencial fazê-lo de forma estratégica. A importância do planeamento não é algo de novo, tendo surgido quando o ser humano teve necessidade de pensar e de tomar decisões, sendo uma atividade que se tem vindo a aperfeiçoar ao longo do tempo, constituindo parte fulcral das atividades dos líderes, governantes, militares e empreendedores (Filho et al., 2016).

Quando se aborda a temática da estratégia e do planeamento estratégico, percebe-se que muitos têm sido os autores a abordar este tema, com diferentes definições ao longo dos tempos, sobretudo após a década de 1950 (Filho et al., 2016). Numa definição mais ampla, pode considerar-se que estratégia é a mobilização de todos os recursos de uma organização visando atingir os objetivos de longo prazo que permitem obter vantagem para a organização num ambiente em mudança e assim satisfazer os seus *stakeholders* (Johnson et al., 2006).

O sucesso de uma organização de saúde apenas pode ser atingido se existir um alinhamento das ações da organização com as necessidades dos utentes e com as tendências do mercado. Para tal, é essencial ter em conta três conceitos que se interligam: o planeamento; a estratégia; e a tomada de decisão (Delgado e Reis, 2024).

Pode dizer-se que o planeamento engloba a definição de objetivos e metas, assim como as ações necessárias para os atingir. Por sua vez, a estratégia proporciona a elaboração de um plano geral com vista à concretização dos objetivos definidos, prevendo já as oportunidades e dificuldades, bem como as ações necessárias para superar os desafios e aproveitar as oportunidades. Por fim, a tomada de decisão consiste em selecionar uma ação em prol das alternativas de ação existentes, pesando os riscos e benefícios de cada uma das alternativas possíveis (Delgado e Reis, 2024). Quando se conciliam estes três conceitos consegue-se mais do que uma organização reativa, alcança-se uma organização proativa, capaz de se adaptar a mudanças do meio envolvente de forma eficaz e eficiente com vista a melhorar a qualidade dos cuidados prestados e obter ganhos em saúde (Delgado e Reis, 2024).

A gestão estratégica, que tradicionalmente estava mais centralizada na gestão macro, a cargo dos principais executivos da organização, passou a ser mais flexível e a incluir

também os outros níveis de gestão, envolvendo toda a organização, com um planeamento estratégico que, classicamente, envolve seis passos: 1) estabelecimento da missão, da visão e dos objetivos; 2) análise de oportunidades externas e ameaças; 3) análise de forças e fraquezas internas; 3) análise SWOT¹ e formulação de estratégias; 5) implementação da estratégia; e 6) controlo estratégico (Neto, 2009). A missão corresponde ao propósito básico e ao desígnio da organização, já a visão inclui o propósito da organização e ainda os seus valores básicos, sendo que na visão estratégica já se torna perceptível qual a intenção estratégica da organização com a explicitação do caminho que se pretende que a organização percorra a longo prazo (Neto, 2009). Só depois de estarem bem definidas a missão e a visão é que se podem definir os objetivos estratégicos, que devem estar alinhados com os princípios básicos da organização, sendo fundamental que toda esta informação seja transmitida a todos os que têm contacto com a organização (Neto, 2009). Na fase seguinte do planeamento estratégico é necessário conhecer bem o meio envolvente da organização, tanto a nível interno quanto a nível externo, de forma a poder ter presente quais são as oportunidades e as ameaças com que a organização terá de lidar na formulação das suas estratégias. Segue-se a implementação do plano estratégico após o qual é essencial fazer um controlo ou avaliação de forma a que se façam os ajustes necessários.

Cada vez mais se defende que, na base da vantagem competitiva das organizações e equipas que têm sucesso, estão o sentido de Visão, Missão e Valores partilhados e interiorizados pela equipa. Estudos demonstram que o êxito continuado tem maior correlação com os valores, as crenças e a visão estratégica da equipa do que com o posicionamento da organização no mercado ou com os recursos disponíveis (Monteiro e Valente, 2007).

Para que um sistema de saúde funcione, e sobretudo para que se concretizem as mudanças necessárias, é inquestionável a importância da contribuição dos recursos humanos (Conceição et al., 2001). É essencial valorizar o processo de recrutamento, mas também ter presente que compete à gestão estar atenta à atualização das habilitações, ao nível de empenho e à motivação dos profissionais de saúde (Bernardino, 2023). O conhecimento e a experiência dos profissionais podem ser considerados fator chave para o sucesso da

¹ Análise SWOT - acrónimo de forças (*strengths*), fraquezas (*weaknesses*), oportunidades (*opportunities*) e ameaças (*threats*). “*Concentre-se nos pontos fortes, reconheça as fraquezas, agarre as oportunidades e proteja-se contra as ameaças*” (SUN TZU, 500 a.C.).

organização, mas também podem ser fonte de obstáculo às mudanças necessárias (Johnson et al., 2006). Cabe à gestão de recursos humanos prover a organização de profissionais em quantidade e qualidade adequadas às necessidades, manter as competências dos profissionais adequadas às mudanças do ambiente envolvente e ainda motivar os profissionais por forma a promover a inovação (Bernardino, 2023).

Neste contexto, o comportamento organizacional assume cada vez mais importância, permitindo compreender a realidade das organizações e demonstrando que a gestão adequada dos recursos humanos é uma vantagem competitiva e distintiva para as organizações (Ribeiro, 2008).

2.2 Gestão de Desempenho na Saúde

A Gestão de Desempenho é um modelo de gestão que utiliza instrumentos que permitem definir e alinhar objetivos estratégicos, monitorizar e avaliar os resultados e, por fim, implementar ações de melhoria e de desenvolvimento, tudo isto num processo contínuo que envolve todos os elementos da equipa ou organização (Aguinis, 2019).

Com a implementação de um modelo de gestão de desempenho, observa-se uma alteração do foco principal da avaliação de desempenho que passa de uma perspetiva meramente financeira para uma perspetiva focada no capital humano, no seu desenvolvimento pessoal e profissional (Taticchi et al., 2010).

É, assim, compreensível o interesse deste modelo de gestão na área da saúde, considerando a necessidade de coordenar objetivos institucionais em organizações complexas que possuem profissionais que tradicionalmente têm elevada autonomia (Conceição et al., 2001).

Nesta área complexa, para que haja uma adequada gestão de desempenho, é necessário que os vários intervenientes na mudança partilhem entre si uma visão dos objetivos da organização, de forma a que cada um possa reconhecer e compreender qual deve ser o seu contributo para a melhoria do desempenho individual e global (Conceição et al., 2001). Direcionando a qualificação e a criatividade dos profissionais para o mesmo objetivo estratégico, é possível obter um resultado de grupo superior à soma dos resultados individuais, obtendo-se assim o verdadeiro trabalho em equipa (Bernardino, 2023). É, assim, condição essencial para o sucesso da organização a criação de um alinhamento estratégico entre todos os intervenientes, com atualização continuada e ajustada do plano estratégico (Delgado e Reis, 2024).

De um modo geral, é possível identificar quatro fases num modelo de gestão de desempenho: 1) planeamento, com estabelecimento de um plano estratégico; 2) execução do plano previamente definido; 3) avaliação do desempenho; 4) revisão do plano e instituição de medidas de melhoria.

Relativamente à avaliação do desempenho, ela deve estar associada a um método que proporcione informação fidedigna relativamente ao grau de sucesso da estratégia da equipa, mais do que ao resultado de um indivíduo em particular (Bernardino, 2023).

Nas organizações de saúde o desempenho é avaliado com recurso a indicadores de desempenho, sendo possível classificá-los em três grandes grupos: 1) estruturais; 2) processo; e 3) resultados (Adair et al., 2006a). Os indicadores estruturais refletem o ambiente onde o serviço é prestado, sendo que ambientes com melhores estruturas geralmente permitem prestação de serviços de maior qualidade. Os indicadores de processo retratam a forma como o serviço é prestado, tendo em linha de conta valores padrão, mas também os valores esperados por quem presta e por quem recebe os serviços. Finalmente, os indicadores de resultados permitem avaliar não o serviço prestado, mas sim os resultados obtidos com o mesmo (Jones e Jenkins, 2016).

2.3 Organização dos Cuidados de Saúde Primários

No âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) a última grande reforma implementada em Portugal data de 2005, tendo sido criados os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) e as Unidades de Saúde Familiar (USF), com vista a aumentar a acessibilidade e a melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Os ACeS representam a reconfiguração dos centros de saúde “tradicionais”, com o objetivo principal de aumentar a qualidade dos serviços que prestam à comunidade, maximizando os recursos existentes. Para tal, os ACeS apresentam uma estrutura organizacional que assenta em cinco tipos de unidades funcionais, cada uma com missões específicas, mas cooperantes e complementares entre elas, e que são: a USF, a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC); a Unidade de Saúde Pública (USP); e a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Para apoio destas cinco tipologias de unidades funcionais existe uma outra designada por Unidade de Apoio à Gestão (UAG), que pretende dar apoio logístico ao funcionamento de todas as unidades funcionais do ACeS. Entre o conselho executivo do ACeS e o conselho diretivo da Administração Regional da Saúde (ARS) é

estabelecido um contrato-programa onde são definidos os objetivos a atingir pelo ACeS, bem como as regras para a sua execução e os recursos afetados para o seu cumprimento (Pisco, 2011).

As USFs são equipas multidisciplinares, constituídas de forma voluntária e auto-organizada, que pretendem dar resposta, com maior autonomia e flexibilidade, às necessidades de saúde de um conjunto de pessoas, com ênfase em cuidados médicos e de enfermagem personalizados, procurando-se obter ganhos em saúde através da melhoria da qualidade, da participação e responsabilização de todos (Biscaia e Heleno, 2017).

Na implementação das USFs foi proposto que cada equipa integrasse 3 a 10 listas de utentes, correspondendo a um total de 4000 a 16000 utentes, sendo que por cada lista de utentes haveria um médico, havendo flexibilidade no número de enfermeiros e de assistentes técnicos. Na sua constituição, a USF deve incluir nos seus documentos basilares os compromissos do seu desenvolvimento (mencionando, por exemplo, a carteira de serviços, o modelo de acessibilidade, o plano de atividades e os horários de funcionamento), o sistema de informação, as instalações e os equipamentos a usar, os mecanismos de melhoria contínua da qualidade e os sistemas de retribuições e de incentivos, tudo isso seguindo diretrizes de documentos governamentais (Rocha e Sá, 2011).

Apesar de estarem previstos três modelos de desenvolvimento de USF – Modelo A, B e C – apenas foram regulamentados e implementados os dois primeiros. As diferentes classificações baseiam-se no grau de desempenho exigido à equipa, havendo diferenças a nível do estatuto jurídico e modelo de financiamento, do grau de autonomia organizacional e do modelo retributivo e de incentivos aos profissionais (Ney et al. 2015).

Com esta reforma, foi iniciado um processo de contratualização de serviços com uma gestão por objetivos, por meio de negociação de metas, de forma a melhorar a prestação de cuidados, obter ganhos em eficiência e aumento da satisfação dos utentes. As metas negociadas correspondem a indicadores de saúde que englobam diferentes áreas da saúde e a contratualização contempla uma carteira básica de serviços que é comum a todas as unidades, havendo ainda a possibilidade de carteira adicional de serviços que é acessível apenas às USF Modelo B (Lapão e Pisco, 2019).

Apesar da contratualização realizada nos CSP englobar tanto as UCSPs como as USFs, apenas nestas últimas o cumprimento dos objetivos contratualizados se traduz em incentivos.

A contratualização feita entre o conselho executivo do ACeS e as unidades funcionais fica expressa numa carta de compromisso, onde são definidos os objetivos a atingir, assim como as regras para a sua execução e os recursos necessários para o seu cumprimento (Biscaia e Heleno, 2017).

Todas as USF iniciam a sua atividade no Modelo A, sendo desejável a progressão para o Modelo B, que pretende ser um modelo de gestão mais eficiente e eficaz com maior exigência a nível de desempenho dos profissionais, mas com um sistema de pagamento misto (salário, capitação e por objetivos), que recompensa o mérito dos profissionais pelo cumprimento das metas contratualizadas. Esta progressão exige das equipas uma alta motivação e ainda um forte alinhamento estratégico, de forma a alcançar os elevados índices de desempenho que se exigem.

Inicialmente, a forma de avaliar o desempenho centrava-se apenas no nível de desempenho obtido a partir de uma matriz de indicadores utilizada na contratualização, que era constituída por vários indicadores agrupados em quatro grandes áreas: Acesso; Desempenho Assistencial; Qualidade Percucionada; e Desempenho Económico. Assim, o processo de contratualização não se baseava em números de consultas ou de outros atos, mas antes em indicadores de processo e de resultado (Afonso, 2010). O cumprimento dos objetivos contratualizados conferia a possibilidade de obtenção de incentivos institucionais às USFs e de incentivos financeiros aos profissionais das USF modelo B (B. R. Monteiro, 2020).

Mais tarde, foi introduzido o conceito de Índice de Desempenho Global (IDG), resultante da soma do grau de cumprimento ajustado de cada indicador, tendo em conta o seu peso relativo, com intuito de premiar o desempenho relativo em substituição do desempenho absoluto e com isso permitir a adequação das medidas às necessidades loco-regionais (B. R. Monteiro, 2020).

Posteriormente, em 2017, o modelo de contratualização nos CSP voltou a sofrer reformulação, com substituição da negociação de indicadores e metas por uma monitorização e avaliação contínuas por áreas e dimensões, onde os indicadores de saúde deixaram de ser o fim pretendido e passaram a ser um meio de monitorizar a evolução esperada para a unidade. A contratualização passou a ter por base um plano de ação a três anos com resultados esperados a cada ano, com intuito de promover a melhoria contínua, sendo a avaliação anual realizada com uma matriz multidimensional (B. R. Monteiro, 2020).

Posteriormente, com a publicação do Decreto Lei n.º 23/2019 de 30 de janeiro, numa ótica de descentralização da administração pública, foram transferidas para os municípios algumas competências na área da saúde. Assim, passaram a ser competência dos órgãos municipais:

- ...a) Participação no planeamento, na gestão e na realização de investimentos relativos a novas unidades de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente na sua construção, equipamento e manutenção;
- b) Gestão, manutenção e conservação de outros equipamentos afetos aos cuidados de saúde primários;
- c) Gestão dos trabalhadores, inseridos na carreira de assistente operacional, das unidades funcionais dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) que integram o Serviço Nacional de Saúde (SNS);
- d) Gestão dos serviços de apoio logístico das unidades funcionais dos ACES que integram o SNS;
- e) Parceria estratégica nos programas de prevenção da doença, com especial incidência na promoção de estilos de vida saudáveis e de envelhecimento ativo. (Decreto-Lei 23/2019 de 30 de janeiro: 754)

Para executar as novas competências, é criado o Conselho Municipal da Saúde em cada município, devendo incluir representantes dos órgãos municipais, da ARS, do ACeS, das instituições particulares de solidariedade social, da segurança social e das associações da área da saúde (Decreto-Lei n.º 23/2019 de 30 de janeiro, 2019).

Durante a realização deste trabalho, já na fase de redação da tese, foram publicados dois Decretos-Lei que impulsionaram mudanças significativas a nível dos cuidados de saúde a nível nacional e de forma bem significativa a nível da região algarvia: o Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, definindo a criação de novas Unidades Locais de Saúde (ULS) e o Decreto-Lei nº103/2023, da mesma data, aprovando o novo regime jurídico de dedicação plena e de organização e funcionamento das unidades de saúde familiar.

Segundo o Decreto-Lei nº102/2023, de 7 de novembro:

...A integração dos ACES, hospitais e centros hospitalares já existentes no modelo das ULS constitui uma qualificação da resposta do SNS, simplificando os processos, incrementando a articulação entre equipas de profissionais de saúde, com o foco na experiência e nos percursos entre os diferentes níveis de cuidados, aumentando a autonomia gestonária, melhorando a participação dos cidadãos, das comunidades, dos profissionais e das autarquias na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, maximizando o acesso e a eficiência do SNS.

Adicionalmente, entende-se que com a referida integração é alcançada uma maior eficiência na gestão dos recursos públicos, simultaneamente com a garantia e respeito pelo papel fundamental da participação dos municípios no planeamento, organização e gestão do funcionamento da resposta em saúde à população de determinada área geográfica, potenciando a proximidade e a gestão em rede. (Decreto-Lei nº102/2023, de 7 de novembro: 4)

A partir do Decreto-Lei nº102/2023, de 7 de novembro, foram criadas várias ULS em todo o país, entre as quais a ULS Algarve, E.P.E., que integrou o Centro Hospitalar Universitário do Algarve e os três ACeS da região. Desta forma, foram extintas as entidades ARS Algarve, bem como os ACeS, apesar de, à data de realização desta tese, por se estar numa fase de transição, ainda estarem em funcionamento os ACeS nos mesmos moldes que estavam previamente à entrada em vigor deste Decreto-Lei. Apesar das várias mudanças, mantém-se as mesmas responsabilidades das autarquias previstas no Decreto Lei n.º 23/2019 de 30 de janeiro.

Por outro lado, o Decreto-Lei nº103/2023, de 7 de novembro, veio proceder à definição do regime jurídico de dedicação plena e da organização e funcionamento das USFs. Esta alteração legislativa teve como intuito potenciar os ganhos de acessibilidade, qualidade e eficiência nos diversos níveis de cuidados de saúde, nomeadamente ao nível dos cuidados de saúde primários, onde se englobam as USFs (Presidência do Conselho de Ministros, 2023).

No âmbito dos CSP, todos os profissionais de uma USF passam a estar abrangidos pelo regime de dedicação plena, sendo esta uma condição *sine qua non* para pertencer a uma USF. De uma forma resumida, as alterações introduzidas por este novo regime são as seguintes: aumento da lista de utentes (passando de uma média de 1917 unidades ponderadas para 2164 unidades ponderadas, com um mínimo de 1750 utentes), havendo direito a suplemento remuneratório por esse acréscimo de unidades ponderadas; redução

de carga horária base dos trabalhadores médicos (redução de 40 para 35 horas semanais, igualando os restantes profissionais) com possibilidade de aumento da carga horária semanal para todos os profissionais em função da dimensão da lista de utentes (sem corresponder a aumento de remuneração) (Presidência do Conselho de Ministros, 2023). No que concerne à organização das USF, o novo Decreto-Lei nº103/2023, introduziu três grandes alterações, desde logo, a abolição da designação USF modelo A, passando a existir apenas USF modelo B e USF modelo C (estas últimas obrigatoriamente aprovadas em despacho por membros do Governo das áreas das finanças e da saúde). Os princípios base das USFs mantêm-se os mesmos, havendo agora uniformização ao nível da remuneração dos profissionais, que passa a integrar a remuneração base acrescida dos suplementos e compensações por desempenho, em tudo semelhante ao que acontecia nas anteriormente designadas por USF modelo B. Deste modo, o modelo A de USF deixa de existir, passando automaticamente essas equipas para a USF modelo B, mas com remuneração de Modelo B apenas nos casos em que a equipa apresentava já um Índice de Desempenho Global superior a 60% (nos restantes casos mantém-se apenas a remuneração base sem direito a suplementos numa fase de transição que corresponde ao ano de 2024). Uma segunda grande alteração, que se verificará na prática a partir de janeiro de 2025, é a substituição do cálculo de Unidades Ponderadas (que considera apenas a idade dos utentes) pelo Índice de Complexidade do Utente (considerando várias características dos utentes além da idade, tais como o género, as condições socioeconómicas, o ciclo de vida e a morbilidade, que condicionam diferentes cargas de trabalho para a equipa de saúde), condicionando esta alteração novos ajustes nas dimensões das listas de utentes. A terceira grande alteração imposta no Decreto-Lei nº103/2023 é mudança da forma de avaliação, com substituição do Índice de Desempenho Global pelo Índice de Desempenho da Equipa (IDE), dando lugar à extinção da USF no caso de incumprimento reiterado dos níveis de desempenho estipulados na carta de compromisso, com dois anos consecutivos inferior a 65 % ou, em três anos consecutivos, inferior a 70 %. O modo de apuramento do IDE é estabelecido por portaria dos membros do Governo das áreas das finanças e saúde (Presidência do Conselho de Ministros, 2023).

2.4 Fatores e Benefícios da Gestão de Desempenho nas USFs

As USFs são a face mais visível da reforma dos cuidados de saúde primários que se vem desenrolando em Portugal nas últimas décadas, com início dos processos de

contratualização e de um modelo de gestão de desempenho (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2008)..

Para que uma USF possa alcançar altos níveis de desempenho é importante que os profissionais tenham condições de trabalho, quer do ponto de vista de infraestruturas, de recursos materiais e de um bom suporte informático, quer do ponto de vista de recursos humanos (incluindo-se aqui a quantidade de profissionais necessária, mas também adequada formação profissional e a motivação das equipas) (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2008).

Em 2008 foi publicado um estudo qualitativo desenvolvido pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários, no qual se verificou que os principais problemas identificados pelas equipas multiprofissionais das USFs incidiam, precisamente, 1) nos recursos humanos, desde a falta de elementos até às dificuldades na contratação; 2) na falta de formação profissional, sentida como necessária pelos profissionais de saúde para a plena otimização dos esforços desenvolvidos; 3) na funcionalidade das unidades, tais como escassez de material, articulação precária com outros serviços e unidades, falhas no sistema informático e instalações inadequadas à concretização dos objetivos propostos (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2008).

No mesmo estudo constatou-se que os vários profissionais das USF salientavam como mais-valia das USF os seguintes fatores identificados como sucesso: 1) existência de espírito de equipa; 2) presença de autonomia organizacional e funcional; 3) aumento de acessibilidade aos utentes; 4) maior satisfação dos profissionais e dos utentes; 5) aumento da motivação dos profissionais; 6) maior rigor nos registos clínicos que passaram a ser informatizados; 7) necessidade de atualização dos sistemas informáticos (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2008).

Em 2011 foi publicado um outro estudo que incluiu gestores (dirigentes de ARSs e coordenadores de USFs), profissionais de saúde de USFs (dos três grupos profissionais) e ainda utilizadores (utentes que utilizam de forma regular os serviços de USFs), no qual foram destacadas como principais vantagens da implementação das USFs: 1) o aumento da acessibilidade aos cuidados, de onde se destacou o horário de atendimento, a possibilidade de intersubstituição entre profissionais e a realização de domicílios; 2) a existência de trabalho em equipa, promovendo a satisfação dos profissionais e a sua motivação; 3) o aumento da qualidade técnico-científica dos cuidados, com maior enfoque no cumprimento das normas técnicas existentes, em conformidade com as áreas

prioritárias do Plano Nacional de Saúde (PNS); 4) a inovação nas práticas de gestão, de onde se destacou a informatização dos registos clínicos, a possibilidade de agendamento de consultas por telefone e internet e ainda a realização de reuniões científicas; 5) a consolidação da sustentabilidade (condições de trabalho) e das infraestruturas, havendo de uma forma geral boas condições nos espaços físicos das USFs observadas (Rocha e Sá, 2011).

A constituição de USFs, ao inovar ao nível do modelo de gestão dos cuidados de saúde primários, conseguiu, simultaneamente, mais eficiência, maior acessibilidade, melhor clima laboral e maior satisfação dos cidadãos e dos profissionais, o que resultou em melhoria da qualidade dos serviços prestados (Pisco, 2011).

2.5 Desafios e Tendências na Gestão de Desempenho nas USFs

O principal desafio da gestão nas organizações de saúde é atingir um equilíbrio adequado entre as pessoas, os processos e a tecnologia. Atingido este equilíbrio, é importante criar uma cultura de mudança consistente, ágil e sustentável, com alinhamento estratégico de todos os envolvidos, sempre em torno de uma missão, uma visão e de valores comuns a todos os envolvidos. Tendo isto em mente é fundamental promover a transformação digital, mas garantir que ela não leva a automatização (com défice de foco nos processos), nem tampouco à alienação (por falta de foco nas pessoas). A tecnologia deve ser usada para tornar a mudança viável do ponto de vista económico e menos frustrante do ponto de vista de eficácia (simplificando a integração de processos demasiado complexos para as pessoas) (Delgado e Reis, 2024).

São vários os desafios encontrados no processo de contratualização nos cuidados de saúde primários, em particular das USFs, desde logo: 1) a ausência de uma cultura organizacional de auto e de heteroavaliação; 2) a inexperiência dos gestores intermédios para desenvolver processos deste âmbito; 3) a quase inexistência de referências para as metas a contratualizar; 4) a fragilidade demonstrada pelos sistemas de informação de suporte; 5) a reduzida capacidade da rede informática do Ministério da Saúde (Afonso, 2010).

No que diz respeito à avaliação de desempenho, vários podem ser os desafios colocados quando definimos indicadores de desempenho: 1) o foco estritamente na melhoria da própria medida, ao invés do processo subjacente; 2) os indicadores podem ser seleccionados para desviar a atenção de problemas mais importantes; 3) o perigo de foco

no curto prazo, em detrimento de questões de longo prazo; 4) o risco de procurar soluções simplistas para problemas complexos; 5) o risco dos gestores poderem usar a medição para servir os seus próprios interesses e não as necessidades ou prioridades de toda a organização; 6) a possibilidade de alteração ou distorção dos indicadores; 7) o desempenho médio pode ser suficiente, incentivando a complacência e a acomodação em detrimento da procura de melhoria contínua; 8) os indicadores podem ser usados para encontrar culpados para as falhas em vez de encontrar soluções; 9) a possibilidade de divulgar apenas os bons resultados e suprimir os resultados mais fracos; 10) as expectativas ou padrões de desempenho podem dominar as prioridades locais; 11) o perigo de existirem metas de desempenho irreais que podem ser fonte de desmotivação (Adair et al., 2006b).

Acresce a tudo isto o facto de que a maioria dos indicadores se baseia na acurácia dos registos clínicos, o que dificulta a avaliação dos ganhos em saúde e o seu verdadeiro impacto na saúde dos cidadãos (B. R. Monteiro, 2020).

Apesar de todas as dificuldades inerentes ao processo de contratualização no âmbito dos cuidados de saúde primários, em particular das USFs, este é um processo válido, que pode contribuir para a mudança de comportamentos e, conseqüentemente, para o alcance de melhores resultados em saúde (Afonso, 2010).

A sustentabilidade das USF e deste modelo de gestão de desempenho está dependente de vários fatores, entre os quais, 1) a escassez de recursos humanos, sobretudo de médicos de família; 2) as insuficiências dos sistemas de informação; 3) a dificuldade em colocar os profissionais a trabalhar verdadeiramente em rede; 4) a necessidade de criação de mecanismos efetivos de acompanhamento e de avaliação e, acima de tudo, 5) a possibilidade de alteração nas prioridades políticas, com conseqüente desinvestimento político (Pisco, 2011).

Num estudo publicado em 2024, levado a cabo pela Entidade Reguladora da Saúde, foram identificados como obstáculos ao bom funcionamento das unidades funcionais: 1) desconhecimento sobre quem é responsável por determinadas matérias, sobretudo quando parte da gestão é feita por terceiros, como as autarquias; 2) infraestruturas sem condições condignas de trabalho, necessitando de trabalhos de manutenção de edifícios; 3) equipamentos clínicos em número insuficiente e/ou a necessitar de manutenção; 4) necessidade de reforço de recursos humanos; 5) necessidade de realização de trabalho pós-laboral para execução de tarefas administrativas como monitorização de

procedimentos e a elaboração de propostas de medidas corretivas; 6) escassez de formação por entidades externas credenciadas, tais como a proteção civil e bombeiros; 7) existência de programas informáticos complexos (Entidade Reguladora da Saúde, 2024). Este mesmo estudo revelou ainda, numa análise da eficiência das unidades de cuidados de saúde primários, que as USF modelo B exibiram, de uma forma global, uma eficiência superior, traduzida num desempenho mais eficiente (Entidade Reguladora da Saúde, 2024).

CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se por ser um estudo de caso, do tipo exploratório-descritivo de corte transversal. No percurso da investigação, recorreu-se à combinação e articulação de diferentes métodos e técnicas de recolha e análise de dados, designadamente, a técnica de recolha e análise documental, a entrevista (do tipo semiestruturado), a análise SWOT e o Método de Estratégia de Atores (MACTOR). Os participantes no estudo foram selecionados tendo por base a técnica de amostragem não probabilística e intencional.

3.1 Natureza e Tipo de Estudo

Considerando a jovialidade da USF MTG e o contexto sociopolítico onde está inserida, fortemente marcado por mudanças e incertezas, fez todo o sentido definir como projeto de investigação a aplicação de uma análise prospetiva nesta unidade.

Com o intuito de alcançar os objetivos propostos, o presente trabalho de investigação assumiu-se como um *estudo de caso particular* – uma USF Modelo A.

Importa aqui referir que um *estudo de caso* é uma investigação empírica que permite examinar acontecimentos num determinado contexto para investigar um fenómeno contemporâneo, quando os comportamentos mais relevantes não podem ser manipulados (Yin, 1994). Este tipo de estudo tem particular interesse quando o investigador tem pouco controlo sobre os acontecimentos a estudar e quando o objeto de estudo se centra em fenómenos da vida real, onde se incluem os processos organizacionais e de gestão e a maturação das organizações (Yin, 1994).

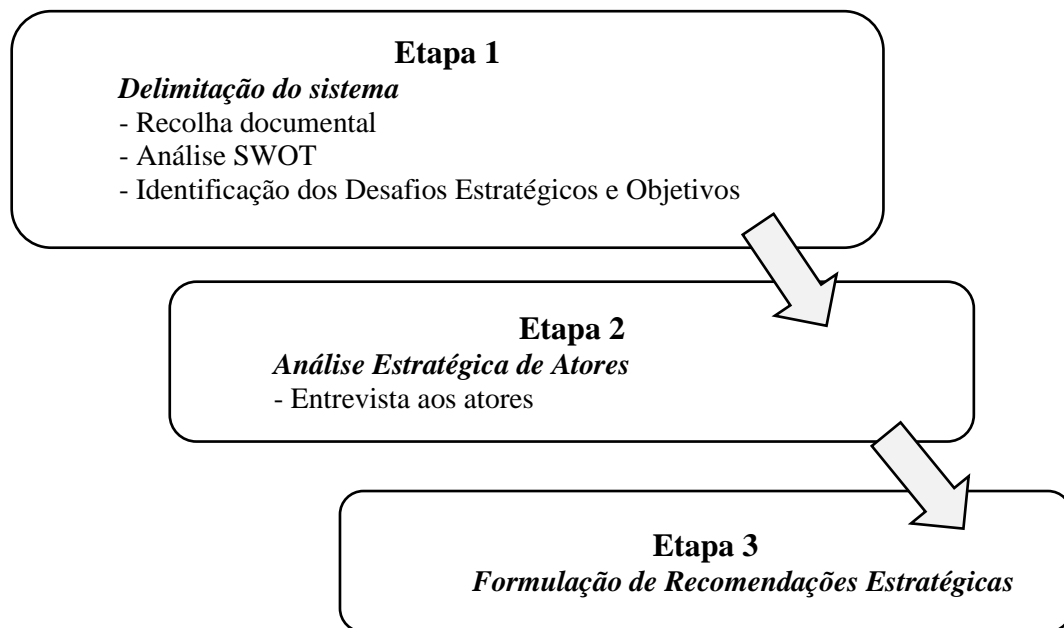
Assim, e de forma a responder aos objetivos propostos, foi desenvolvido um *estudo de caso único, exploratório e descritivo*. Os métodos utilizados para análise e tratamento dos dados, incluíram métodos qualitativos e quantitativos, de forma a possibilitar uma perspetiva mais completa sobre o tema em investigação, pelo que a investigação apresenta uma natureza mista (quantitativa e qualitativa), recorrendo-se ao Método de Análise Estratégica seguindo a linha orientadora de Michel Godet (Método dos Cenários).

3.2 Esquema Metodológico

O presente trabalho de investigação desdobrou-se em três fases. Numa primeira etapa foi feita a recolha e análise documental, essenciais para o diagnóstico da situação atual da USF e para a caracterização do seu ambiente interno e externo. Na etapa seguinte,

procedeu-se à entrevista dos atores identificados, o que permitiu a realização da análise estratégica de atores e ainda à identificação dos meios/ recursos existentes. Finalmente, na última etapa da investigação foram formuladas recomendações estratégicas tendo por base todo o trabalho prévio desenvolvido (Figura 3.1).

Figura 3.1 : Etapas da Investigação



Fonte: autoria própria

3.3 Questões e Objetivos da Investigação

Este estudo partiu da seguinte pergunta de investigação: Quais são as dinâmicas internas e externas de uma Unidade de Saúde Familiar da região do Algarve, as estratégias dos seus principais atores e os fatores críticos na gestão de desempenho da USF?

O objetivo geral do estudo passou por conhecer e analisar as dinâmicas internas e externas de uma USF, os principais atores-chave e os fatores críticos na gestão de desempenho. Para tal, foram definidos como objetivos específicos deste trabalho os seguintes:

- 1) Caracterizar o ambiente interno e externo (as variáveis-chave), as ações estratégicas e objetivos associados aos modelos de gestão das USFs;
- 2) Identificar, a partir das variáveis-chave, os atores fundamentais na gestão de desempenho da USF e das equipas;

- 3) Identificar e analisar os principais conflitos e alianças entre os atores com influência e dependência na área dos cuidados de saúde primários e, em particular, no âmbito da USF em estudo;
- 4) Elaborar recomendações estratégicas face às necessidades detetadas.

3.4 Metodologia Prospetiva

3.4.1 Introdução

Quando uma organização está em dificuldades, geralmente a explicação é encontrada na falta de qualidade da Gestão, na incapacidade em antecipar, em inovar, em motivar as pessoas, sendo geralmente devido à falta de antecipação de ontem que o presente fica repleto de questões por resolver (Godet e Durance, 2011). Num mundo em constante mudança é exigido às organizações que tenham flexibilidade estratégica, de forma a poderem reagir com flexibilidade e sem perder o rumo, necessitando para tal de antecipar corretamente (nem demasiado cedo, nem demasiado tarde) e de realizar as suas atividades com excelência, procurando a inovação constante (Godet, 2000).

A análise prospetiva é uma ferramenta que pode potenciar as dimensões exploratória e estratégica do planeamento em saúde, revelando-se útil em contextos marcados pela mudança, pelo risco e outras incertezas. Pretendendo-se assim antecipar para agir, explorando o futuro de forma “participada, organizada, estruturada, consistente, plausível e útil” (Saragoça et al., 2014:3).

A prospetiva, que teve a sua origem no industrialismo e no desenvolvimento capitalista, constitui-se assim como uma ferramenta essencial no auxílio da construção do futuro, onde importa ter em mente três princípios: 1) existe um desfasamento entre conhecimento, desejo e receio, com futuros possíveis e futuros desejáveis; 2) existe possibilidade de influência apenas sobre o futuro; 3) existem muitos futuros possíveis e não apenas um, sendo uns mais desejáveis do que outros (Pescada, 2019).

Deste modo, os estudos prospetivos, assumem que o futuro não é uma simples continuidade do passado, mas antes o resultado das ações de múltiplos atores que atuam no presente em função dos seus projetos para o futuro (Pescada, 2019).

Pode então dizer-se que a prospetiva tem por missão determinar os futuros possíveis e, quando os futuros mais verosímeis comportam elementos desfavoráveis, permite encontrar estratégias ativas que os eliminem ou minimizem. Tal como a prospetiva, a análise estratégica integra um conjunto de instrumentos e de métodos que formam

metodologias cujo objetivo final consiste em ajudar o gestor na escolha e orientação das atividades da organização que dirige (Godet e Durance, 2011). Os métodos prospetivos oferecem, assim, ferramentas que concedem flexibilidade estratégica útil para a tomada de decisões (Fonseca et al., 2020).

A metodologia prospetiva segue duas correntes principais: a corrente anglo-saxónica, que encara a tecnologia como principal propulsor da mudança; e a corrente francesa, que atribui uma maior valorização ao aspeto humano ao encarar a mudança e a criação do futuro como consequência das ações dos atores. Esta última corrente tem como um dos principais expoentes Michel Godet, que propõe o Método dos Cenários (Fonseca et al., 2020).

3.4.2 O Método dos Cenários

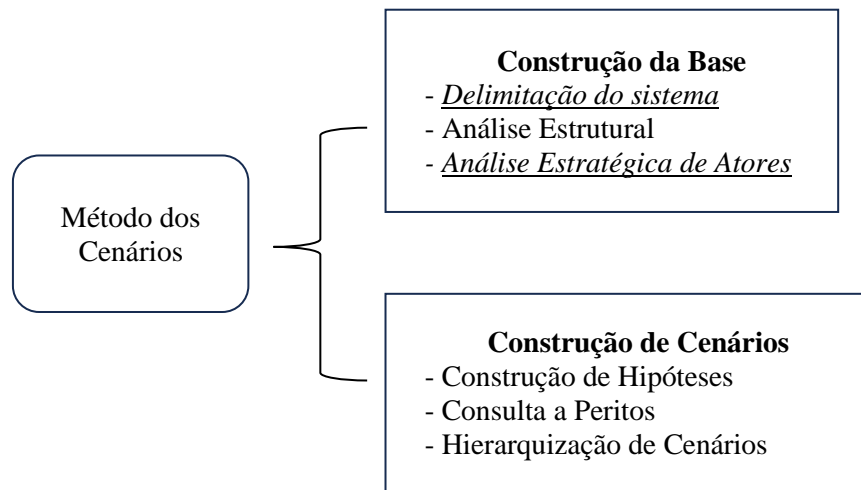
Inspirado na metodologia prospetiva de Godet (1993, 1997), o presente estudo mobilizou o **Método ACTores, Objetivos, Relações de força (MACTOR)**, com a finalidade de analisar o posicionamento estratégico dos atores face aos desafios e objetivos estratégicos associados ao desempenho da USF.

O método de cenários assenta em sete ideias-chave (Godet, 1993), a saber: 1) clarear as ações presentes à luz do futuro; 2) explorar futuros múltiplos e incertos; 3) adotar um enfoque global e sistemático; 4) tem em consideração fatores qualitativos e as estratégias dos atores; 5) ter sempre presente que a informação e a prospeção não são neutras; 6) optar por uma pluralidade e complementaridade de enfoques; 7) questionar ideias pré-concebidas sobre prospeção e sobre quem trabalha na área (Pescada, 2019).

A relevância desta metodologia evidencia-se ao gerar interpretações lógicas do futuro, que servem de apoio para decisões estratégicas em épocas de mudança, promovendo a flexibilidade e a capacidade de decisão ao admitirem e analisarem a complexidade do sistema (Abrantes, 2012).

Este método divide-se em duas fases: 1) a Construção da Base; e 2) a Construção dos Cenários. A primeira parte do Método dos Cenários – Construção da Base – desdobra-se em três fases: 1) a delimitação do sistema, 2) a determinação e estudo das variáveis-chave através da análise estrutural e 3) a análise estratégica dos atores. A segunda parte do Método dos Cenários, Construção dos Cenários propriamente dita, inclui a construção de hipóteses, a consulta a peritos e a hierarquização de cenários (Maria et al., 1998) (Figura 3.2).

Figura 3.2 : Etapas do Método dos Cenários



Fonte: Adaptado de Godet (1993)

Construir a base do sistema corresponde à construção da imagem do estado atual do sistema, que inclui o fenómeno estudado, propriamente dito, e o ambiente envolvente, sendo a partir desta imagem que todo o estudo prospetivo se pode desenrolar (Godet, 1993). Essa imagem, segundo Godet, deve ser pormenorizada e aprofundada, global, dinâmica e capaz de explicar os mecanismos de evolução do sistema (Godet, 1993).

A construção da base implica, numa primeira fase, a delimitação do sistema que corresponde ao diagnóstico orientado do sistema, que permite encontrar um conjunto de variáveis quantitativas e qualitativas que o caracterizam o mais exaustivamente possível. Numa segunda fase, procede-se à análise estrutural, que consiste numa técnica de análise que permite detetar relações “escondidas”, levando à decomposição do sistema em grupos de variáveis e em subsistemas, à determinação das variáveis-chave do sistema e ainda à aquisição de uma visão sistémica e comum no seio de uma equipa (geralmente heterogénea em termos de interesses e competências). A última fase reporta-se à análise estratégica dos atores, que permite analisar como se posicionam os diferentes atores do sistema em relação às variáveis-chave identificadas previamente, levando à identificação dos atores-chave, à perceção da existência e do grau de importância dos conflitos e alianças, contribuindo para um maior envolvimento de todos na reflexão estratégica que, no final, vai conduzir à elaboração de recomendações estratégicas e à perceção do grau de viabilidade para a sua implementação (Godet e Durance, 2011; Perestrelo, 2002).

A construção dos cenários tem dois grandes objetivos: a construção de cenários, com avaliação da sua probabilidade de concretização; e a elaboração de recomendações estratégicas (Perestrelo, 2002).

Apesar do encaminhamento do Método dos Cenários ser lógico, não é necessário percorrê-lo na sua totalidade. Sendo uma abordagem modular, é possível limitar o estudo a um ou outro módulo, realizando, por exemplo, apenas a análise estrutural para a pesquisa das variáveis-chave ou a análise estratégica dos atores para elaboração de recomendações estratégicas para o futuro (Godet e Durance, 2011).

Por razões associadas à limitação de tempo existente para realização do trabalho, o presente estudo optou por concretizar a primeira etapa do Método dos Cenários – a Construção da Base, mais concretamente a primeira e terceira fases - a delimitação do sistema e a análise estratégica dos atores, conforme se pode observar na Figura 3.1 apresentada anteriormente.

3.4.2.1 Delimitação do Sistema

A delimitação do sistema consiste num diagnóstico orientado do sistema, com o objetivo de encontrar um conjunto de variáveis quantitativas e qualitativas que o caracterize o mais exhaustivamente possível (Maria *et al.*, 1998).

Fazendo um bom diagnóstico do sistema é possível definir qual a grande questão que tem por base a reflexão e ainda quais são os contornos do sistema a estudar (Perestrelo, 2002). Este diagnóstico é ainda crucial para determinar quais as variáveis mais importantes do sistema em estudo, neste caso a USF MTG, e ainda para definir quais são os desafios estratégicos e respetivos objetivos da USF. São estes desafios e objetivos que, por sua vez, estiveram na base da criação do Guião da Entrevista a aplicar aos atores-chave na fase seguinte.

3.4.2.2 Análise Estratégica de Atores

A análise estratégica engloba o pensamento estratégico, a análise do meio envolvente e a análise de um território, programa, projeto ou organização. Godet (1993, 1997) e Perestrelo (2002) concordam que a estratégica apela à prospetiva, de modo a iluminar as escolhas que comprometem o futuro.

Para melhor se compreender a Análise Estratégica de Atores, é importante começar por definir o que é um ator. Neste sentido, pode-se dizer-se que o critério basilar na definição de um ator é a homogeneidade, ou seja, entende-se como ator um grupo de indivíduos que se assemelham pela existência de projetos e capacidades de reação semelhantes (Perestrelo, 2002).

Numa organização de saúde, muitas são as decisões a tomar pelos gestores e, quanto maior a complexidade da decisão a tomar, maior o número de entidades implicadas nessa tomada de decisão, direta ou indiretamente – essas entidades são os atores ou *stakeholders* (Perestrelo, 2002).

A análise estratégica de atores é uma das etapas cruciais do Método dos Cenários, sendo que um dos principais desafios passa pela resolução dos conflitos entre os grupos que têm diferentes objetivos, condicionando assim a evolução do sistema onde estão inseridos. Neste sentido, a análise estratégica permite avaliar as relações de força entre os diferentes atores, bem como as suas convergências e divergências face a um determinado número de desafios e objetivos.

Para facilitar a realização da análise estratégica de atores, o *Laboratoire d'Investigation en Prospective, Stratégie et Organisation* (LIPSOR) desenvolveu e disponibiliza gratuitamente o programa informático MACTOR, que procura avaliar as relações de força entre os atores e estudar as suas convergências e divergências em relação a determinados desafios e objetivos (Godet e Durance, 2011).

O MACTOR – **M**étodo **A**CTores, **O**bjetivos, **R**elações de força – é uma ferramenta de apoio à análise das relações de força e objetivos no jogo entre atores. Analisa jogos de atores, procurando aferir o equilíbrio de poder entre eles a partir da construção de matrizes de convergências e divergências. Como tal, auxilia na tomada de decisões, pois permite antever como os diferentes atores vão estabelecer alianças ou entrar em conflito (Perestrelo, 2002).

Segundo Godet (1993), o MACTOR pretende ser um instrumento de análise suficientemente simples para que possa ser compreensível pelos seus utilizadores e, desta forma, possa ser utilizado em múltiplas e variadas aplicações (Godet, 1993).

Na verdade, os métodos e instrumentos utilizados na prospetiva pretendem estimular a imaginação, reduzir as incoerências, criar uma linguagem comum, estruturar a reflexão coletiva e permitir a apropriação. No entanto, não devem substituir-se à reflexão nem reduzir a liberdade de escolha (Godet e Durance, 2011).

Estes instrumentos pretendem possibilitar a apreciação de realidades complexas com múltiplas e variadas incógnitas de forma mais objetiva possível (Godet e Durance, 2011). Segundo Godet (1993), a análise dos jogos de atores realizada com recurso ao MACTOR está organizada em seis etapas: 1) identificação dos projetos e motivações de cada ator, bem como os seus condicionalismos e meios de ação; 2) identificação dos desafios estratégicos e dos respetivos objetivos; 3) posicionamento de cada ator em cada objetivo, identificando convergências e divergências; 4) hierarquização dos objetivos e recenseamento de táticas possíveis; 5) avaliação das relações de força e formulação, para cada ator, de recomendações estratégicas coerentes com as suas prioridades de objetivos e com os seus meios; 6) colocação de questões-chave estratégicas do futuro, formulando hipóteses sobre as tendências, os acontecimentos e as ruturas que vão caracterizar a evolução das relações de forças entre os atores. É este último ponto que permite a elaboração dos cenários propriamente dita. A grande mais-valia do MACTOR é que possibilita concretizar de uma forma mais exhaustiva e completa as seguintes etapas: a etapa 3 - posicionar os atores em relação aos objetivos; a etapa 4 - hierarquizar os objetivos); e a etapa 5 - estudar a relação de forças entre atores) (Godet, 1993).

Se, por um lado, o MACTOR permite de uma forma mais célere obter dados objetivos de uma realidade complexa, por outro lado, a qualidade dos resultados obtidos vai depender da qualidade da informação que foi recolhida previamente, sendo esta uma das grandes limitações deste instrumento (Godet, 2000). A utilização desta ferramenta pressupõe que os atores tenham um comportamento coerente e racional em relação ao fim pretendido, o que nem sempre se verifica, porque existe uma renitência natural dos atores para revelarem os seus projetos e os seus meios (Godet, 1993).

Apesar do MACTOR estar inserido no Método dos Cenários, é um instrumento que pode ser utilizado isoladamente para fins prospetivos, mas também para a análise de uma dada situação estratégica (Godet, 2000).

3.5 Técnicas de Recolha e Análise dos Dados

De forma a alcançar os objetivos propostos foram mobilizadas as seguintes técnicas de recolha e análise de dados: 1) a recolha documental, 2) a análise SWOT e 3) as entrevistas semiestruturadas.

3.5.1 Recolha Documental

No que se refere às fontes de informação documental usadas, incidiram sobretudo sobre documentos oficiais no âmbito das políticas públicas de saúde, legislação e documentos relativos às USFs, entre outros documentos e estudos estatísticos relativos à região onde a USF em questão está inserida. Foram ainda consultados documentos técnicos da USF MTG, nomeadamente o Regulamento Interno, a Carta de Qualidade (últimas revisões destes documentos, relativas aos anos de 2023 e 2024) e o Plano de Ação da USF revisto no ano de 2022 (plano de ação a 3 anos). Tais documentos e registos são necessários para corroborar a informação recolhida através de outras fontes, mas também podem gerar informação importante para o trabalho de investigação (Yin, 1994).

3.5.2 Entrevista Semiestruturada

Com base na análise documental, foi possível identificar os principais atores-chave e selecionar os participantes que a entrevistar, onde se incluem elementos da USF, assim como elementos da tutela (da ARS e do ACeS), autarquia e Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA).

Esta fonte de informação é considerada por Yin (1994) uma das mais importantes na realização de um estudo de caso, devendo ter em atenção o horário e a disponibilidade do entrevistado e não do entrevistador e manter uma natureza muito mais de resposta aberta do que de perguntas fechadas, tendo sempre por mente que um entrevistado pode não cooperar completamente na resposta das perguntas (Yin, 1994).

Neste trabalho optou-se por uma entrevista semiestruturada, pois esta modalidade de entrevista permite abordar as questões numa perspetiva interpretativa e construtivista e assim extrair uma compreensão mais completa do fenómeno que se está a estudar (Pescada, 2019).

Sendo uma entrevista situada entre a entrevista dirigida (ou estruturada) e a entrevista não dirigida (não estruturada), foi realizado previamente um guião, de forma a servir de linha orientadora, sendo permitido aos entrevistados que participassem na entrevista de uma forma flexível. Este guião foi organizado por tópicos, contendo perguntas de tipo “aberta” e perguntas fechadas (Apêndice 1).

As perguntas fechadas foram elaboradas com recurso a escalas com ponderações definidas pelo método MACTOR. A primeira pergunta fechada diz respeito à posição de

cada ator relativamente a cada um dos objetivos estratégicos, considerando o grau de importância que esse ator atribui à concretização desse mesmo objetivo, existindo nove respostas possíveis que variam de (-)4 a (+)4, onde 0 significa que o objetivo é pouco relevante para o ator entrevistado, sendo que 4 corresponde a um objetivo que é essencial para a existência do ator e -4 corresponde a um objetivo que põe em causa a existência do ator. A segunda pergunta fechada refere-se ao grau de influência que cada ator atribui aos demais atores, numa escala que varia de 0 a 4, em que: 0 corresponde a ausência de influência; 1 significa influência fraca; 2 corresponde a uma influência razoável; 3 traduz uma influência forte; e 4 significa influência muito forte.

Os tópicos e os objetivos específicos da entrevista são apresentados na Tabela 3.1.

Tabela 3.1 : Tópicos do guião da entrevista e respetivos objetivos específicos

Tópicos	Objetivos
1. Apresentação do estudo e dos seus objetivos	Informar o entrevistado sobre o tema e objetivos do trabalho Explicar o tipo de entrevista a aplicar Explicar escalas das perguntas fechadas
2. Objetivos da instituição/atores	Identificar os objetivos da USF MTG Posicionar o acordo/ desacordo de cada ator em relação a cada um dos objetivos identificados
3. Meios de Ação	Identificar os meios de ação que cada ator tem para a concretização dos objetivos
4. Obstáculos	Identificar os obstáculos que cada ator pode encontrar para a concretização dos objetivos
5. Grau de dependência em relação a outros atores	Identificar quais os atores de que dependem para concretização dos objetivos e quais as expectativas que existem para esses atores
6. Futuros possíveis e fatores-chave de mudança ou estagnação para a USF	Identificar quais os futuros possíveis para a USF Identificar quais os fatores críticos para a evolução expectável
7. Caracterização do Ator/Entrevistado	Obter dados dos entrevistados

Fonte: autoria própria

Os entrevistados foram convocados a participar através de endereço eletrónico, tendo sido agendadas todas as entrevistas de forma atempada e em função das suas disponibilidades. As entrevistas tiveram uma duração variável, entre 1 hora a 1 hora 30 minutos, em horário de trabalho, sendo que foi fornecido previamente aos participantes o consentimento informado e o guião de entrevista. Após obtenção do respetivo consentimento, procedeu-se à gravação da entrevista e, simultaneamente, à recolha de notas no decorrer das

entrevistas. Posteriormente, as gravações foram ouvidas e transcritas, de forma a validar e a completar a informação extraída a partir da conversa estabelecida com os entrevistados.

3.5.3 Análise dos dados

Os dados recolhidos incidiram sobre duas fontes principais: 1) informação extraída de documentos relacionados; 2) informação obtida através da entrevista. Os dados obtidos foram, posteriormente, tratados e analisados com recurso à análise categorial, sendo esta uma das técnicas de análise de conteúdo mais antigas e também uma das mais frequentemente utilizadas (Bardin, 1977). Esta técnica permitiu quantificar e qualificar os dados, através da criação de categorias predeterminadas, de uma forma sistemática e replicável (Bryman, 2012).

A partir de dados obtidos na recolha documental foi realizada uma análise SWOT (acrónimo de *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*), por forma a estudar de forma exaustiva o ambiente externo e interno do sistema USF MTG. A análise SWOT é uma ferramenta de análise estratégica utilizada recorrentemente na gestão e planeamento estratégico de uma organização. Trata-se de um método simples que permite posicionar ou verificar a posição estratégica da organização no ambiente envolvente e, para tal, incide em dados sobre o seu ambiente interno (forças e fraquezas) e sobre o seu ambiente externo (oportunidades e ameaças).

No seu conjunto, a recolha documental e a análise SWOT permitiram a seleção de variáveis-chave do sistema, a definição dos desafios estratégicos da USF com os respetivos objetivos associados e, ainda, a identificação dos atores-chave do sistema.

No que diz respeito à informação obtida nas entrevistas, o seu tratamento foi realizado de duas formas distintas, dependendo de se tratar de perguntas abertas ou fechadas. As perguntas fechadas forneceram dados quantitativos que, com aplicação do MACTOR, permitiram avaliar qual o grau de acordo/ desacordo dos atores relativamente aos desafios estratégicos da USF, além disso possibilitaram a avaliação do grau de influência ou dependência entre eles. Por outro lado, as perguntas abertas foram sujeitas a análise de conteúdo, de forma a melhor perceber, relativamente aos vários atores entrevistados, quais os meios de ação de que dispõem, quais os obstáculos com que se defrontam, quais as suas perspetivas em relação ao futuro da USF e ainda quais os fatores críticos para esse mesmo futuro.

3.6 Seleção dos Participantes do Estudo

A escolha dos participantes deste estudo foi realizada com base na informação obtida na recolha documental e na análise SWOT e como resultado da etapa 1– Delimitação do Sistema. Com base no diagnóstico do sistema, foram identificados seis atores principais: a ARS Algarve, o ACeS Barlavento, a USF MTG, a URAP, o CHUA e o Conselho Municipal da Saúde (Tabela 3.2).

Tabela 3.2: Principais atores da USF MTG

Ator	Natureza/Descrição	Nível de atuação	Área de competência
ARS Algarve, IP	Administração Regional da Saúde do Algarve, um organismo que atua sob tutela do Ministério da Saúde. Tem como âmbito de atuação a região do Algarve e pretende coordenar os recursos disponíveis para prestar os cuidados de saúde necessários à comunidade.	Regional	Generalista
ACeS Barlavento	Agrupamento de Centros de Saúde do Barlavento algarvio, organismo que atua sob tutela da ARS Algarve. Tem como âmbito de atuação a região do barlavento algarvio, englobando todas as unidades funcionais existentes nesta região, com intuito de garantir a prestação de cuidados de saúde à população da sua área de abrangência.	Local	Cuidados de Saúde Primários
USF MTG	Equipa multiprofissional (médicos, enfermeiros e assistentes técnicos) que atua sob tutela do ACeS Barlavento. Tem como âmbito de atuação o conjunto de utentes lhe que lhe está atribuído, aos quais presta cuidados de saúde primários.	Local	Cuidados de Saúde Primários
URAP	Equipa multiprofissional de várias áreas da saúde, que atua sob tutela do ACeS Barlavento. Tem como âmbito de atuação a prestação de serviços de consultadoria e assistenciais às várias unidades funcionais do ACeS, onde se inclui a USF MTG	Local	Generalista
CHUA	Centro Hospitalar Universitário do Algarve, atua sob a tutela da ARS Algarve. Tem como âmbito de atuação a prestação de cuidados de saúde hospitalares aos utentes da região do Algarve, sendo o hospital de referência para os utentes da USF MTG.	Regional	Generalista
Conselho Municipal da Saúde	Representação do município na área da saúde a nível da região do barlavento algarvio.	Local	Generalista

Fonte: autoria própria

O ator principal ACeS Barlavento incluiu dois atores-chave: o Conselho Executivo do ACeS Barlavento e o Conselho Clínico e da Saúde do ACeS Barlavento. Por sua vez, o ator principal USG MTG envolveu o Conselho Técnico da USF MTG, o Grupo

Profissional de Médicos da USF MTG, o Grupo Profissional de Enfermeiros da USF MTG e o Grupo Profissional de Assistentes Técnicos da USF MTG. Desta forma, dos seis atores principais identificados foi extraído um total de dez atores-chave do sistema.

Importa salientar que os atores entrevistados foram convidados a responder à entrevista não a título individual, mas antes como atores coletivos, ou seja, como representantes de um grupo ou organização.

Após identificação dos atores-chave, foram realizados os pedidos de participação no estudo, com explicação do objetivo do estudo e o envio respetivo das autorizações das comissões de éticas. Dos dez convites feitos, foram realizadas oito entrevistas.

Por indisponibilidade para agendamento para entrevista por parte da autarquia, não foi entrevistado o ator Conselho Municipal da Saúde.

Não foi entrevistado o ator CHUA, por ausência de resposta aos vários pedidos feitos para agendamento da entrevista. Num primeiro contacto foi dada resposta rápida, com indicação para submissão do projeto à Comissão de Ética do CHUA, o que foi feito pela mestrandia, tendo o mesmo sido aprovado também por esta Comissão de Ética. Posteriormente, foi reforçado o convite para entrevista por várias ocasiões, sem obtenção de qualquer resposta.

Importa, ainda, acrescentar que, além dos atores identificados, foi ainda identificado outro ator – o ator Utente / Cuidador / Familiar. Apesar de ser reconhecida a sua importância, este ator não integrou o estudo por não existir um elemento representante passível de convidar para entrevista.

3.7 Aspetos éticos

Nesta investigação existiu o risco de alguns dos atores convidados a participar poderem sentir que estavam a ser avaliados ou julgados, condicionando assim a sua disponibilidade para participar. De forma a anular ou minimizar este sentimento, foi explicado logo no momento do convite quais os objetivos do trabalho e qual a metodologia a ser utilizada, dando sempre abertura a esclarecimento de dúvidas. Além disso, a investigação apenas foi iniciada após a devida aprovação pelas Comissões de Ética de duas instituições distintas – a Universidade do Algarve e a ARS Algarve. Posteriormente o trabalho foi também submetido a avaliação pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA), para realização de entrevista nesta instituição. Foi,

igualmente, dado conhecimento e pedido a aprovação do estudo à Diretora Executiva do ACeS Barlavento, assim como à USF MFG.

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS

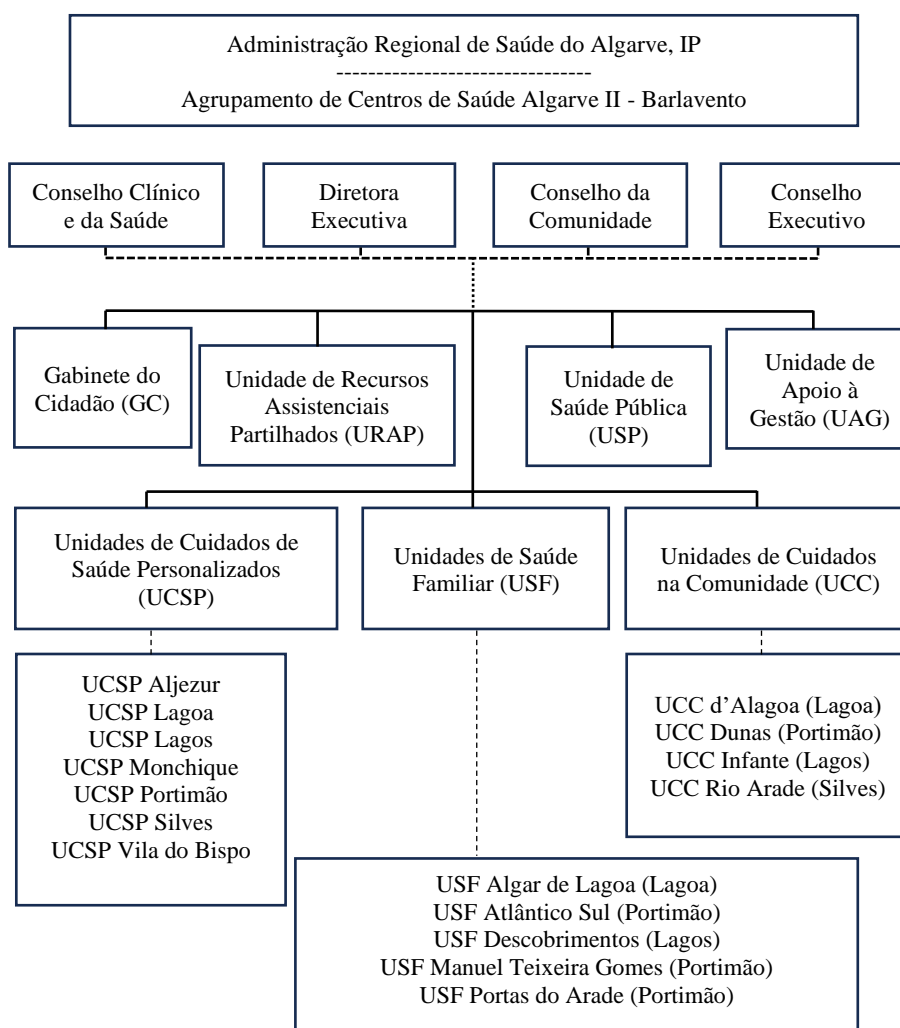
4.1 Caracterização do Ambiente Externo e Interno

4.1.1 O ACeS Barlavento

O ACeS Algarve II – Barlavento, criado pela portaria 272/2009 de 18 de março, tem a sua sede em Portimão e apresenta como área de intervenção o correspondente aos concelhos de Aljezur, Lagoa, Lagos, Monchique, Portimão, Silves e Vila do Bispo.

Relativamente à sua estrutura orgânica, encontra-se na dependência da ARS Algarve e tem cinco USF, entre as quais a USF Manuel Teixeira Gomes (MTG) que será alvo de estudo neste trabalho (Figura 4.1).

Figura 4.1: Organograma do ACeS Barlavento



Fonte: Adaptado da Carta de Saúde do Concelho de Portimão, 2015.

Segundo os dados apresentados na plataforma eletrónica Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), no início de outubro de 2023 (à data da recolha de dados), o ACeS Barlavento tinha 190.618 utentes inscritos. De acordo com a mesma fonte, o ACeS Barlavento apresenta a sua Missão, Visão e Valores (Tabela 4.1).

Tabela 4.1: Missão, Visão e Valores do ACeS Barlavento

Conceito Estratégico	Definição para o ACeS Barlavento
Missão	Garantir a prestação de cuidados de saúde primários, integrados e sustentados à população da sua área de influência, garantindo uma vida mais saudável, mais longa e de qualidade. Por forma a cumprir a sua missão, o ACES Barlavento compromete-se a desenvolver atividades de promoção da saúde e de prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para continuidade dos cuidados de saúde.
Visão	Ser reconhecido como uma organização empenhada em melhorar a saúde da população, constituindo-se como uma referência na prestação de cuidados, estes centrados no cidadão e orientados para a obtenção de ganhos em saúde, conjugando saúde-comunidade-formação dos profissionais-literacia dos utentes. Promover a equidade e garantir o acesso a cuidados de proximidade, com enfoque na continuidade, garantia da qualidade e eficiência no desempenho profissional.
Valores	Na prossecução do interesse público e da proteção dos direitos e interesses dos cidadãos, o ACeS Barlavento orienta a sua conduta respeitando os valores éticos e morais (Humanização, Inovação, Respeito pela Dignidade e pela Diferença, Integridade, Qualidade, Proximidade, Responsabilidade Social, Profissionalismo, Rigor e Ética), principalmente através da atuação dos seus pares e aplicando os princípios gerais constantes do Código do Procedimento Administrativo.

Fonte: Plataforma eletrónica Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP)

No cumprimento do Plano Nacional de Saúde, a Unidade de Saúde Pública do Barlavento desenvolveu como documento estratégico o Plano Local de Saúde (PLS) 2017-2020, sendo esta a versão mais recente à data da realização deste trabalho.

O PLS estabelece as principais necessidades de saúde da região, para as quais se apresentam estratégias e recomendações de intervenção, sempre com vista a obter ganhos em saúde e simultaneamente reduzir as desigualdades em saúde. Neste contexto, para os anos de 2017-2020 foram estabelecidos quatro eixos estratégicos: (1) Cidadania em Saúde; (2) Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde; (3) Qualidade em Saúde; e (4) Políticas Saudáveis (Unidade de Saúde Pública do ACeS Barlavento, 2018).

Tal como referido previamente, no âmbito da Revisão de Literatura, durante a redação desta tese, foi publicado o Decreto-Lei nº103/2023, de 7 de novembro, que prevê a extinção da ARS Algarve e respetivos ACeS, com a constituição da ULS Algarve. No entanto, até esta data, os ACeS da região ainda se encontram em funcionamento, não tendo sido ainda publicado o novo organograma da instituição de saúde do Algarve. Acresce, também, que não foi promulgada a legislação que extingue as ARS, pelo que a ARS Algarve ainda existe, apesar das suas competências terem sido transferidas para a ULS Algarve.

4.1.2 O Concelho de Portimão

O Concelho de Portimão, com uma área total de 182,1Km², está limitado a norte pelo Concelho de Monchique, a sul pelo Oceano Atlântico, a este pelos Concelhos de Silves e Lagoa e a Oeste pelo Concelho de Lagos. A sua população está distribuída por três freguesias, duas das quais predominantemente urbanas – Portimão e Alvor – e uma terceira com uma estrutura mais rural – Mexilhoeira Grande (Câmara Municipal De Portimão, 2016).

Apresenta boas acessibilidades viárias (com destaque para a EN125 e a A22), aeronáuticas, ferroviárias e náuticas (Porto de Cruzeiros e Marina de Portimão), sendo muito significativa a mobilidade entre concelhos vizinhos, sobretudo com Lagoa e Monchique, de onde se deslocam muitas pessoas para trabalhar em Portimão (Câmara Municipal De Portimão, 2016).

Os equipamentos estruturantes mais significativos para o município de Portimão são o Autódromo Internacional do Algarve, o Portimão Arena e o Pólo de Portimão do CHUA (Câmara Municipal De Portimão, 2016).

De acordo com os dados dos últimos Censos, o Concelho de Portimão tem uma população residente de 59.845 indivíduos, representando 12,8% da população residente no Algarve (467'343 indivíduos) e 0.58% do território nacional (FFMS, 2023).

Relativamente aos índices de dependência e de envelhecimento, que permitem avaliar a evolução de uma população, observa-se um envelhecimento da população, com maior percentagem de dependentes em relação à população ativa (índice de dependência de idosos 35.9 em Portimão *versus* 38.4 no Algarve e 37.2 em Portugal) e ainda presença de mais idosos do que jovens (índice de envelhecimento 156.8 em Portimão *versus* 176.7 no Algarve e 182.1 em Portugal). No entanto, à semelhança de anos anteriores, a taxa bruta

de natalidade mantém-se superior na região do Algarve em relação ao território nacional (8.8% e 7.7%, respetivamente), sendo Portimão o terceiro município algarvio com maior taxa bruta de natalidade (9.8%) (FFMS, 2023).

Ainda de acordo com os dados mais recentes do INE, o município de Portimão apresenta um maior número de profissionais de saúde por cada 100.000 habitantes, comparativamente à região algarvia e mesmo ao território nacional, com 12.6 enfermeiros (*versus* 6.4 no Algarve e 7.8 em Portugal) e com 6.4 médicos (*versus* 4.2 no Algarve e 5.7 em Portugal) (FFMS, 2023).

Apesar das melhorias nas últimas décadas, Portugal continua tendo uma das mais elevadas taxas de analfabetismo da Europa, havendo em Portimão, em 2021 uma taxa de analfabetismo de 2.6% (*versus* 2.9% no Algarve e 2.8% em Portugal) (FFMS, 2023).

Relativamente ao emprego, neste município, à semelhança do que se passa no restante país, a maioria da população está empregada no setor terciário, onde se incluem serviços como a hotelaria e a restauração (83.2% em Portimão *versus* 81.4% no Algarve e 72.3% em Portugal) (FFMS, 2023).

O município de Portimão dispõe de vários recursos de saúde, entre os quais se destacam: três hospitais (um público e dois privados), um Centro de Saúde com duas extensões de saúde, um centro de hemodiálise, doze farmácias comunitárias, vários consultórios particulares de diversas especialidades, dois centros de Medicina Física e de Reabilitação e vários laboratórios de análises clínicas (Grupo de Trabalho da Saúde do Conselho Local de Ação Social de Portimão, 2015).

Relativamente às várias problemáticas que se identificam nesta região algarvia, destacam-se o envelhecimento populacional, a degradação de vários imóveis e de alguns espaços públicos, o elevado desemprego e a sazonalidade do emprego, com grande dependência do segmento turístico do sol e do mar (Câmara Municipal De Portimão, 2016).

4.1.3 O Centro de Saúde de Portimão

O Centro de Saúde de Portimão engloba a UCSP Portimão (sede e extensões da Mexilhoeira Grande e do Alvor); três USFs (Atlântico Sul, Portas do Arade e Manuel Teixeira Gomes), a UCC Dunas, a URAP (sede e unidade móvel) e a USP de Portimão. Como unidades de apoio transversal a todas estas unidades existem o Gabinete do Cidadão e a UAG de Portimão.

Segundo o BI-CSP em consulta feita no início de outubro de 2023, em Portimão encontram-se inscritos 66.419 utentes (cerca de um terço dos utentes do ACeS Barlavento), dos quais cerca 5% não têm médico de família atribuído.

Do ponto de vista das instalações físicas, o Centro de Saúde de Portimão é um edifício cuja construção terminou em 2012, com abertura ao público em maio desse mesmo ano. O edifício tem 4 pisos (sendo um deles para estacionamento interior exclusivo para profissionais, ocupando todo o piso -1). Existem ainda vários lugares de estacionamento exterior para utentes e profissionais, rampas de acesso para pessoas de mobilidade reduzida e dois elevadores no interior do edifício (um deles para uso exclusivo dos profissionais). À entrada do recinto do Centro de Saúde existe uma paragem de autocarros, onde páram vários autocarros da Rede Vai e Vem que percorre a cidade de Portimão e a ligam a localidades limítrofes como Alvor e Mexilhoeira Grande. Apesar de ser um edifício relativamente recente, apresenta alguns problemas de manutenção deficiente (como por exemplo ares condicionados que não funcionam, lavatórios que estão partidos, torneiras que não funcionam, maçanetas de portas partidas).

4.1.4 A USF Manuel Teixeira Gomes

A USF MTG é uma unidade jovem, de Modelo A, que iniciou funções em janeiro de 2022, estando inserida no ACeS Barlavento que pertence à ARS do Algarve, tendo iniciado a sua atividade durante um período conturbado pelo contexto de pandemia Covid-19.

É constituída por um grupo auto-organizado de 20 elementos – sete médicos, sete enfermeiros e seis assistentes técnicos. No entanto, apenas a equipa médica se tem mantido sempre com os mesmos elementos, havendo alguma instabilidade relativamente aos restantes grupos, sobretudo no grupo de enfermagem, com mudanças frequentes na constituição da equipa de enfermagem.

Segundo os dados de Registo Nacional de Utentes (RNU), no início de outubro de 2023, a USF MTG dava resposta a 11'807 utentes (cerca de 18% dos utentes inscritos em Portimão) sendo, no entanto, este valor variável ao longo dos meses por atualização constante das listas de utentes, com saída de utentes não frequentadores e entrada de novos utentes sobretudo de grupos prioritários (grávidas, crianças com menos de um ano de idade e utentes diabéticos).

A USF MTG está localizada no piso térreo do Centro de Saúde de Portimão, estando os gabinetes médicos e de enfermagem a ocupar um corredor, que é frequentemente utilizado como local de passagem por profissionais de outras unidades funcionais.

Relativamente aos sistemas informáticos que a USF utiliza, são aqueles fornecidos pela ARS Algarve, num total de 11 aplicações informáticas, cuja manutenção está dependente da ARS. Importa aqui referir que nem todas estas aplicações informáticas têm cruzamento de dados entre si, resultando por vezes em duplicação de trabalho para os profissionais e em discrepâncias na informação obtida a partir das mesmas.

A equipa rege-se pelo lema “Juntos por mais e melhores cuidados de saúde”, colocando o utente no foco central da sua atividade, numa perspetiva de responsabilidade partilhada. Na sua carta de qualidade (documento onde é assumido o compromisso das USFs com a população nelas inscritas), é possível ver qual a sua Missão, a Visão e quais os seus Valores, apresentando alinhamento com os princípios do ACeS e com o PLS (Figura 4.2).

Tabela 4.2: Missão, Visão e Valores da USF MTG

Conceito Estratégico	Definição para a USF MTG
Missão	Foco na acessibilidade, na globalidade, na qualidade e na continuidade dos cuidados prestados, com humanização e de forma personalizada. O cidadão no centro da atividade. Procura a atualização técnica contínua, a satisfação profissional e a participação no ensino e na formação de elementos exteriores à USF.
Visão	A USF procura ser reconhecida pela excelência dos cuidados de saúde prestados, adequados às características da população, próxima das famílias e dos cidadãos, promovendo a sustentabilidade, personalização, ganhos em saúde e a satisfação dos utentes e dos profissionais. Procura ainda a melhoria contínua da qualidade, envolvendo o utente como agente central de mudança.
Valores	O respeito pelo direito humano a uma saúde prestada com honestidade e qualidade; acessibilidade (direito à saúde em tempo útil); eficácia e eficiência (prestação de cuidados de saúde de excelência com o menor uso de recursos possível); disponibilidade e dedicação, com responsabilidade partilhada na tomada de decisões; espírito de equipa.

Fonte: Carta de Qualidade da USF MTG, revisão 2024

4.2 Análise do Ambiente Interno e Externo – Análise SWOT

Partindo do diagnóstico interno e externo do sistema USF MTG foi realizada uma análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*), de forma a conhecer as forças e fraquezas dos principais recursos da USF, assim como identificar as suas principais ameaças e oportunidades.

Na Tabela 4.3 estão sistematizadas as principais forças e fraquezas da USF, identificadas na análise de documentos internos da USF, em particular do Regulamento Interno e do Relatório de Atividades de 2023.

Tabela 4.3: Análise SWOT para USF MTG (Ambiente Interno)

Forças	Fraquezas
Equipa jovem motivada e coesa	Equipa jovem – inexperiência em gestão
Elevada capacidade e qualidade técnica	Instabilidade da equipa – saída de vários elementos de enfermagem por motivos pessoais, ausências prolongadas por licença de parentalidade
Abertura a inovação	Infraestrutura – local de passagem para elementos externos à USF; gabinetes com algumas deficiências; má climatização; sinalética insuficiente
Horário dedicado a reunião e a formação	Recorrência de escassez de material – balanças, otoscópios, medidores de tensão arterial, espéculos para citologias
Processos clínicos informatizados	Sistema informático com falhas recorrentes
Relação próxima com alguns serviços do CHUA	Elevada carga de necessidade cuidados domiciliários
Relação próxima com internato médico	Listas de utentes grandes, recentes e em mutação frequente – dificuldade no estudo das reais necessidades dos utentes
Relação próxima com universidades	

Fonte: autoria própria, com base em documentos internos da USF – Regulamento Interno da USF e Relatório de Atividades de 2023.

Para se analisar o ambiente externo da USF, procedeu-se à análise de documentos da USF (Relatório de Atividades de 2023) e de documentos do ACeS (Plano Local de Saúde 2017-2020, Relatório Anual sobre o Acesso aos Cuidados de Saúde – AceS Barlavento de 2022 e de 2023). Na Tabela 4.4 estão sistematizadas as principais oportunidades e ameaças da USF MTG.

Tabela 4.4: Análise SWOT para USF MTG (Ambiente Externo)

Oportunidades	Ameaças
Rede cuidados já existente (URAP)	Muitos utentes sem médico de família (pressão externa para atividades extra USF, listas de utentes em constante alteração por orientação superior)
Atualizações frequentes dos sistemas informáticos com novas funcionalidades	Dificuldade na referenciação para cuidados secundários por dificuldades intrínsecas a outras instituições
Programas de rastreio organizados	Reduzido número de viaturas para domicílios, a partilhar entre várias equipas de saúde
Mudanças provocadas pela crise pandémica – aumento de validade de prescrições médicas, aceitação por parte dos utentes em ter consulta à distância, divulgação do serviço SNS 24 para triagem em situações agudas	Mudanças legislativas, com publicação do Decreto-Lei nº103/2023 de 7 de novembro
Mudanças legislativas, com publicação do Decreto-Lei nº102/2023, e do Decreto-Lei nº103/2023, ambos de 7 de novembro	Baixo nível de literacia em saúde na população.
Transferência de competências para os Municípios	Demografia – envelhecimento da população com aumento de necessidade de cuidados de saúde
	Sazonalidade regional a nível de emprego que condiciona o recurso e as faltas a consultas
	Restrições orçamentais para área da saúde
	Dificuldade de acesso a clínicas convencionadas para exames complementares de diagnóstico e para alguns tratamentos

Fonte: autoria própria, com base em documentos da USF (Relatório de Atividades de 2023) e em documentos do ACeS (Plano Local de Saúde 2017-2020, Relatório Anual sobre o Acesso aos Cuidados de Saúde – AceS Barlavento 2022, Relatório Anual sobre o Acesso aos Cuidados de Saúde – AceS Barlavento 2023).

Analisando os documentos atrás referidos, verifica-se que a maior força da equipa está relacionada com a coesão e motivação dos elementos que a constituem. Trata-se de uma equipa jovem que, por via do percurso académico e profissional recentes e prévios à constituição da USF, mantém uma relação estreita com alguns serviços do hospital de referência (CHUA), assim como com a Universidade do Algarve e com o Internato Médico do Algarve. Estas relações com outras instituições são consideradas uma mais-valia, uma vez que a formação dos profissionais e a colaboração com a formação de novos profissionais faz parte da Missão da USF. O facto de ser uma equipa jovem, pode também ser considerada uma fraqueza, pela inexperiência inerente à jovialidade da equipa e sobretudo dos seus elementos.

As mudanças frequentes de elementos, sobretudo do grupo de enfermagem, assim como as ausências prolongadas de profissionais, traduzem-se também numa fraqueza, pois a

instabilidade na equipa dificulta a aquisição de hábitos de trabalho em equipa, fundamentais para a rentabilização de recursos e de tempo.

A existência de programas de rastreio organizados na ARS Algarve é claramente uma oportunidade, pois liberta a equipa para outras atividades igualmente importantes, uma vez que esses rastreios decorrem de forma independente das unidades funcionais. É assim possível minorar as fraquezas da USF (aliviando a carga laboral provocada pela dimensão da lista de utentes), assim como as ameaças da USF (o envelhecimento da população e consequente aumento das necessidades de cuidados).

Os sistemas informáticos apresentam-se, simultaneamente, como uma força e uma fraqueza da USF. Por um lado, permitem a uniformização da informação, promovem as boas práticas clínicas e aumentam a qualidade dos cuidados prestados, alcançando, desta forma, a Visão da equipa. No entanto, o facto de existirem múltiplos sistemas informáticos sem partilha de informação, bem como as falhas frequentes no seu funcionamento, condicionam o normal funcionamento da USF, com atrasos nas consultas com consequente risco de insatisfação dos utentes e de perda de informação clínica importante. Uma das oportunidades que pode diminuir esta fraqueza da equipa é a frequente atualização dos programas informáticos, que é realizada por entidades externas à USF.

A sazonalidade de emprego na região influencia a procura de cuidados de saúde, com grande procura nos meses de outono e inverno (quando há menos empregabilidade por encerramento de várias unidades hoteleiras) e com frequentes faltas ou desmarcações de consultas agendadas nos meses de primavera e verão (quando há maior empregabilidade na região). Esta ameaça da USF é parcialmente amenizada com algumas das alterações que surgiram após a pandemia covid-19, como a normalização do conceito “consulta à distância”, seja por via telefónica, seja por via eletrónica.

A existência de uma rede de cuidados partilhados no ACeS, com disponibilização de vários serviços para utentes das várias unidades funcionais do centro de saúde de Portimão (tais como serviço de radiologia, serviço de fisioterapia, consulta de medicina dentária e higienista oral, consulta de nutrição, consulta de psicologia), traduz-se numa oportunidade que pode contribuir para reduzir o impacto do elevado tempo de espera para marcação de vários exames em clínicas convencionadas e, ainda, do longo tempo de espera para marcação de algumas consultas hospitalares.

Relativamente às instalações da USF, identificam-se como fraquezas o facto de ser estruturalmente um local de passagem para elementos externos à USF (colocando em causa a privacidade das consultas, bem como o ambiente calmo e silencioso da unidade), com alguns gabinetes com deficiências e/ou má climatização, ainda como uma insuficiente sinalética. Acresce a isto, a elevada necessidade de cuidados ao domicílio (fraqueza) com limitação do número de viaturas existentes, que são partilhadas pelas várias unidades do centro de saúde de Portimão (ameaça). Para resolver ou amenizar estas situações seria importante a atuação do município de Portimão, no âmbito da transferência de competências contemplada no Decreto-Lei n.º 23/2019 de 30 de janeiro, numa lógica de descentralização da administração pública e aumento de autonomia do poder local, que melhor conhece as necessidades da população.

A mudança legislativa, introduzida com a publicação do Decreto-Lei nº102/2023 de 7 de novembro, é considerada uma oportunidade, na medida em que pretende aumentar a eficiência dos serviços e melhorar a articulação entre os vários níveis de cuidados. A criação da ULS Algarve e a perda de competências da ARS Algarve, prevista no Decreto-Lei nº103/2023, poderá traduzir-se numa melhor resposta ao recorrente défice material (tanto em quantidade como em qualidade), sendo este considerado uma fraqueza que compromete o bem-estar dos utentes e dos profissionais, condicionando a satisfação de ambos e, deste modo, comprometendo a Visão da USF.

Por outro lado, a publicação do Decreto-Lei nº103/2023 de 7 de novembro, é considerada simultaneamente uma oportunidade e uma ameaça. Por um lado, pode traduzir uma progressão mais fácil para uma tipologia de USF Modelo B com remuneração anexada a incentivos por desempenho. Mas, por outro lado, pode significar a dissolução da equipa por não se conseguir alcançar o Índice de Desempenho de Equipa suficiente no prazo exigido, sobretudo considerando as ausências prolongadas de elementos da equipa (fraqueza) e o elevado número de utentes sem médico de família no ACeS, que conduz a pressão externa para aumento cada vez maior das listas de (ameaça). Neste ponto vão ser essenciais as características intrínsecas da USF – motivação, coesão, elevada capacidade e qualidade técnica e abertura a inovação.

4.3 Variáveis-chave

Através da análise documental realizada anteriormente, foi possível detetar 13 variáveis que servem como força motriz para o funcionamento do sistema em estudo. Estas variáveis podem dividir-se em variáveis do sistema interno ou intrínsecas à USF MTG (7 variáveis) ou variáveis do sistema externo, relacionadas com o meio envolvente (6 variáveis). Nas Tabelas 4.5 e 4.6, são apresentadas as variáveis-chave identificadas, com uma breve descrição e caracterização, com vista à sua fundamentação e relevância para o estudo.

Tabela 4.5: Variáveis-chave da USF MTG – sistema interno

Variável-chave (sistema interno)	Descrição
Recursos Humanos	Os profissionais são o recurso básico para constituição da equipa; existem três categorias profissionais – médicos, enfermeiros e assistentes técnicos.
Capacidade de Resposta às Necessidades	O objetivo principal da USF é a prestação de cuidados aos seus utentes, estando sempre presente o balanço entre necessidades dos utentes e a respetiva capacidade de resposta da equipa
Formação dos Profissionais	A equipa manifesta intenção de manter cuidados de qualidade e com atualização técnica constante.
Satisfação dos Utentes	A USF coloca o utente no centro da sua atividade, procurando satisfazer as suas necessidades.
Satisfação dos Profissionais	Fazendo parte da missão da USF, a satisfação dos profissionais é uma variável importante, uma vez que impulsiona o trabalho em equipa e, com este, a concretização dos objetivos estratégicos da USF.
Relação com rede de prestadores de cuidados	Numa ótica de rentabilização dos recursos existentes e melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos utentes.
Contribuição para sociedade e ambiente	Procurando atingir o máximo de eficiência, a equipa pretende ter uma atividade sustentável, contribuindo para melhorias na comunidade onde está inserida.

Fonte: autoria própria

Tabela 4.6: Variáveis-chave da USF MTG – sistema interno

Variável-chave (sistema externo)	Descrição
Densidade Populacional	Os utentes inscritos no ACeS são o centro da atividade da USF. Sem utentes não existe equipa prestadora de cuidados, no entanto, uma necessidade excessiva de cuidados pode comprometer a capacidade de resposta da USF.
Recursos disponíveis na comunidade	Quanto mais recursos existirem maiores são as possibilidades de resposta às necessidades da população, sobretudo num contexto de envelhecimento populacional transversal a todas as regiões do país.
Acessibilidade aos cuidados hospitalares e de reabilitação/convalescença	Numa ótica de prestação de cuidados de saúde ao longo da vida do utente e não apenas numa situação pontual, o acesso aos cuidados secundários e terciários é fundamental para uma prestação de cuidados com qualidade e para uma verdadeira resposta às necessidades.
Dependência de utentes	Quanto maior a dependência dos utentes, maior vai ser a procura de cuidados por parte dos utentes e dos seus cuidadores, exigindo uma cada vez maior capacidade de resposta por parte da equipa.
Literacia dos utentes	Num contexto de limitação de recursos e de crescentes necessidades, é fundamental saber usar da melhor forma possível os recursos existentes, tanto da parte dos profissionais quanto da parte dos utentes. Utentes melhor informados participam ativamente na sua saúde, sendo este um ponto central da atuação da USF que se rege pelo lema “Juntos por mais e melhores cuidados de saúde”, numa ótica de responsabilidade partilhada entre utente e equipa de saúde.
Recursos financeiros das autarquias e do próprio SNS	É inegável a importância dos recursos financeiros, desde logo para a contratação dos recursos humanos necessários, mas também para a aquisição de todo o material necessário à prestação de cuidados clínicos.

Fonte: autoria própria

4.4 Análise Estratégica de Atores

Tal como já referido anteriormente, o propósito deste projeto de investigação consistia em realizar um diagnóstico da situação atual da USF MTG, de forma a identificar tendências e contributos para a Melhoria da Gestão do Desempenho das Equipas. Assim, o principal objetivo consistia em conhecer e analisar as dinâmicas internas e externas de uma USF, os principais atores-chave e os fatores críticos na gestão de desempenho da USF, tendo sido definidos quatro objetivos específicos: 1) caracterizar o ambiente interno e externo (as variáveis-chave), as ações estratégicas e objetivos associados aos modelos de gestão das USF's; 2) identificar, a partir das variáveis-chave, os atores fundamentais no desenvolvimento de um modelo de gestão das equipas; 3) identificar e analisar os principais conflitos e alianças entre os atores com influência e dependência na área dos

cuidados de saúde primários e, em particular, no âmbito da USF em estudo; 4) elaborar recomendações estratégicas face às necessidades detetadas.

Estando já cumprido o primeiro objetivo específico do estudo, segue-se então a Análise Estratégica de Atores como forma de alcançar os objetivos seguintes.

4.4.1 Identificação dos Atores-chave

Com base na análise da recolha documental feita previamente, e nas variáveis-chave identificadas, foram selecionados os atores referidos no capítulo anterior (Tabela 3.2), sendo que participaram no estudo os seguintes atores: a ARS Algarve, o Conselho Executivo do ACeS Barlavento, o Conselho Clínico e da Saúde do ACeS Barlavento, o Conselho Técnico da USF MTG, o Grupo Profissional de Médicos da USF MTG, o Grupo Profissional de Enfermeiros da USF MTG, o Grupo Profissional de Assistentes Técnicos da USF MTG e a URAP.

Na Tabela 4.7 são apresentadas as principais características dos atores-chave entrevistados, com referências às suas principais funções.

Tabela 4.7: Caracterização dos atores-chave

Ator	Composição/ Perfil Profissional	Funções Principais
ARS Algarve	Sob dependência do Ministério da Saúde Dirigida pelo Conselho Diretivo da ARS Algarve, que é presidido pelo Presidente Conselho Diretivo da ARS Algarve	Principal missão é garantir à população da respetiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades, cumprir e fazer cumprir políticas e programas de saúde na sua área de intervenção
Conselho Executivo do Agrupamento do ACeS Barlavento	Sob dependência da ARS Algarve Tem a sua sede em Portimão e como área de abrangência os concelhos de Aljezur, Lagoa, Lagos, Monchique, Portimão, Silves e Vila do Bispo	Principal missão é garantir a prestação de cuidados de saúde primários, integrados e sustentados à população da sua área de influência
Conselho Clínico e da Saúde do ACeS Barlavento	Composto por um presidente e um máximo de quatro vogais, todos profissionais de saúde em funções no respetivo ACeS	Principal missão é assegurar a governação clínica e de saúde no ACeS, de forma concertada, articulada e participada por todas as unidades funcionais

Fonte: autoria própria

Tabela 4.7: Caracterização dos atores-chave
(continuação)

Ator	Composição/ Perfil Profissional	Funções Principais
Conselho Técnico da USF MTG	<p>Constituído por um médico, um enfermeiro e um assistente técnico, preferencialmente detentores de qualificação profissional mais elevada e de maior experiência profissional nos cuidados de saúde primários</p> <p>Eleito pelos profissionais de cada grupo profissional</p>	<p>Tem como funções principais: a) articulação com o conselho clínico e de saúde do ACES ou ULS para orientação necessária à observância das normas e procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, tendo por referência a carta da qualidade; b) avaliar o grau de satisfação dos utentes da USF e dos profissionais da equipa; c) propor áreas de melhoria funcional no âmbito da atividade da equipa; d) elaborar e manter atualizado o manual de boas práticas; e) organizar e supervisionar as atividades de formação contínua e de investigação; f) contribuir para o desenvolvimento de uma cultura organizacional de formação, qualidade, humanização, espírito crítico e rigor científico.</p>
Grupo de Profissionais Médicos da USF MTG	Representados por um profissional médico eleito para tal pelos pares	Principal função é a assistência clínica aos utentes inscritos na unidade, cumprindo assim os desígnios da USF.
Grupo de Profissionais de Enfermagem da USF MTG	Representados por uma enfermeira eleita para tal pelos pares	Principal função é a assistência clínica aos utentes inscritos na unidade, cumprindo assim os desígnios da USF.
Grupo de Profissionais Assistentes Técnicos da USF MTG	Representados por profissional eleito para tal pelos pares	Principais funções são a assistência aos utentes inscritos na unidade ao nível do acolhimento e (re)marcações de consultas e ainda apoio logístico aos restantes profissionais da USF
URAP do ACeS Barlavento	<p>Equipa que presta serviços de consultadoria e assistenciais às várias unidades funcionais do ACeS</p> <p>Inclui técnicos superiores, técnicos superiores de saúde e técnicos de diagnóstico e terapêutica, abrangendo várias áreas de saúde, tal como serviço social, psicologia, fisioterapia, higiene oral, nutrição, dietética, pneumocardiologia, terapia ocupacional, terapia da fala</p>	Principais missões são melhorar a qualidade dos serviços partilhados do ACeS e contribuir para uma melhor governação de saúde, tendo em vista a melhoria da saúde da população

Fonte: autoria própria

Os oito atores-chave entrevistados estão organizados em três tipologias de atores: 1) Elementos internos da USF, 2) Elementos da tutela e 3) Rede de apoio. Na Tabela 4.8 estão representados os diferentes atores-chave entrevistados, com menção à sua tipologia e ao código utilizado na aplicação do programa MACTOR.

Tabela 4.8: Principais atores-chave identificados, por tipologia e código MACTOR

Nº	Tipologia	Ator-chave	Código MACTOR
1	Elementos Internos da USF	Conselho Técnico da USF MTG	USF - CT
2		Médicos da USF MTG	USF - Med
3		Enfermeiros da USF MTG	USF - Enf
4		Assistentes Técnicos da USF MTG	USF - AT
5	Elementos da Tutela	Conselho Diretivo da ARS Algarve	ARS Alg
6		Conselho Executivo do ACeS Barlavento	ACeS - DE
7		Conselho Clínico e da Saúde do ACeS Barlavento	ACeS - CCS
8	Redes de Apoio	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados do ACeS Barlavento	URAP

Fonte: autoria própria

4.4.2 Desafios estratégicos e os objetivos associados

Com base no diagnóstico realizado, foi possível identificar oito desafios estratégicos: 1) Prestação de cuidados de saúde com qualidade; 2) Acessibilidade aos cuidados de saúde; 3) Atualização técnica contínua; 4) Trabalho em equipa e em rede (articulado e integrado); 5) Participação no ensino e formação; 6) Satisfação dos profissionais; 7) Satisfação dos utentes e, finalmente, 8) Contribuição para sociedade e ambiente. Para cada um destes desafios foram definidos objetivos, num total de 36 objetivos estratégicos para a USF MTG, tal como apresentado na Tabela 4.9.

Tabela 4.9: Desafios estratégicos e respectivos objetivos associados

Desafios estratégicos	Objetivos associados
A – Prestação de cuidados de saúde com qualidade	1 – Priorizar a acessibilidade aos cuidados: dar resposta ao Direito à Saúde em tempo útil
	2 – Priorizar a globalidade dos cuidados: prestar cuidados nos vários contextos de saúde e de doença, desde a promoção da saúde à prevenção e ao controlo da evolução da doença
	3 – Priorizar a eficácia e a eficiência dos cuidados: prestar cuidados de saúde de excelência com o menor uso de recursos possível
	4 – Priorizar a continuidade dos cuidados: prestar cuidados ao longo das várias fases de vida dos utentes
	5 – Atender às boas práticas clínicas
	6 – Atender às boas práticas de organização e gestão
	7 – Cumprir as normas de ética e deontologia dos profissionais e dos Serviços Públicos
	8 – Garantir a aquisição de material necessário para prestação de cuidados aos utentes
	9 – Ter salas de espera confortáveis e agradáveis, com zonas adequadas e equipadas com material lúdico para crianças
	10 – Promover a avaliação da USF, objetiva e permanente, visando a adoção de medidas corretivas dos desvios suscetíveis de pôr em causa os objetivos estratégicos da equipa
B – Acessibilidade aos cuidados de saúde	11 – Melhorar o acesso à consulta do dia
	12 – Melhorar o acesso à consulta programada
	13 – Melhorar o acesso à consulta domiciliária aos utentes que tenham incapacidade que inviabilize a sua deslocação às instalações da USF
	14 – Melhorar o acesso à consulta à distância
	15 – Promover a divulgação dos vários canais de comunicação com o utente
	16 – Garantir a acessibilidade e conforto em toda a Unidade a pessoas com limitações motoras (cadeira de rodas, rampas de acesso e casa de banho adaptadas)
	17 – Promover a adequada e boa sinalética na USF
C – Atualização técnica contínua	18 – Incentivar a formação dos profissionais da USF
	19 – Promover reuniões formativas na USF
	20 – Investir na revisão e atualização dos documentos internos da USF
D – Trabalho em equipa e em rede (articulado e integrado)	21 – Promover a articulação da USF com outras unidades e com outras consultas do ACeS
	22 – Promover a articulação da USF com a autarquia
	23 – Promover a articulação da USF com o centro hospitalar de referência
E – Participação no ensino e formação	24 – Colaborar com a formação de alunos dos cursos de Medicina e de Enfermagem
	25 – Colaborar na formação geral de Médicos
	26 – Colaborar na formação específica de Médicos
	27 – Colaborar com a Universidade da região

Fonte: autoria própria

Tabela 4.9: Desafios estratégicos e respetivos objetivos associados
(continuação)

Desafios estratégicos	Objetivos associados
F - Satisfação dos profissionais	28 – Investir num ambiente de trabalho agradável e com instalações seguras, limpas e arrumadas e com climatização adequada
	29 – Investir no tratamento cordial e respeitoso entre todos os profissionais
	30 – Promover a realização de reuniões frequentes para auscultação dos vários profissionais
G – Satisfação dos utentes	31 – Investir na qualidade das instalações – espaço acolhedor, confortável, limpo
	32 – Investir no tratamento cordial, respeitoso e personalizado entre os profissionais e os utentes
	33 – Investir na resposta a reclamações dos utentes, com intuito de promover melhorias
	34 – Auscultar sugestões de melhorias dos utentes
H – Contribuição para sociedade e ambiente	35 – Investir em atitudes que contribuam para a poupança de energia, reciclagem de materiais e preservação do ambiente
	36 – Participar em atividades que promovam a literacia em saúde na comunidade

Fonte: autoria própria

Perante os desafios estratégicos e respetivos objetivos associados, foi possível conhecer o posicionamento dos Atores e, com base na análise estratégica, perceber o alinhamento, a neutralidade e/ou conflito entre os diferentes atores.

4.4.3 Posicionamento dos Atores Face aos Objetivos Estratégicos

Uma vez definidos os atores-chave e os objetivos estratégicos do sistema, tornou-se possível perceber como se relacionam os atores face a estes mesmos objetivos. Através do *software* MACTOR, obtiveram-se três matrizes de relação atores x objetivos (MAO):

- 1MAO – posições simples
- 2MAO – posições valoradas
- 3MAO – posições valoradas e ponderadas pelas relações de forças

Na matriz 1MAO, foi possível obter três resultados possíveis: 0, que significa neutralidade do ator perante determinado objetivo; 1 que revela que o ator é favorável à concretização do objetivo; e -1 que mostra que o ator é desfavorável ou está em desacordo com o objetivo em questão.

Analisando o resultado obtido pelo software MACTOR (Tabela 4.10), verificou-se que os atores entrevistados são favoráveis à maioria dos objetivos, com neutralidade pontual de alguns atores nalguns objetivos. Os quatro objetivos para os quais houve uma maior neutralidade de atores (dois atores neutros) dizem respeito a “Ter salas de espera confortáveis e agradáveis”, “Melhorar o acesso à consulta à distância”, “Promover a articulação da USF com a autarquia” e “Promover a articulação da USF com o centro hospitalar de referência”. Apenas um ator (ARS Algarve) manifestou desacordo com dois objetivos: “Promover a articulação da USF com a autarquia” e “Promover a articulação da USF com o centro hospitalar de referência”.

Tabela 4.10: Matriz de posições simples atores x objetivos 1MAO

1MAO	Acesso	Global	Eficiencia	Contnuid	Boa pratic	Boa gestão	Etica	Material	Confort Ut	Melhorias	CDia	CProgr	CDomici	CDistancia	Contacto	Acesso Def	Sinalética	Formação	Reuniões
USF - CT	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
USF - Med	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
USF - Enf	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
USF - AT	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ARS Alg	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ACeS - DE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ACeS - CCS	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
URAP	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0
Number of agreements	8	8	8	8	8	8	8	8	6	7	8	8	7	6	8	8	8	7	7
Number of disagreements	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Number of positions	8	8	8	8	8	8	8	8	6	7	8	8	7	6	8	8	8	7	7

1MAO	Documentos	Art Unifun	Art Autarqu	Art CHUA	Alunos	Intern Ger	Intern MGF	UAlg	EspaçoTrab	RespiTrabal	OuvirProfi	EspaçoUdent	Respuente	ReclauUent	OuvirUent	Ambiente	Comunidade	Absolute sum
USF - CT	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	35
USF - Med	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	36
USF - Enf	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	35
USF - AT	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	36
ARS Alg	1	1	-1	-1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	36
ACeS - DE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	36
ACeS - CCS	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	33
URAP	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30
Number of agreements	8	8	6	6	8	8	7	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
Number of disagreements	0	0	-1	-1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Number of positions	8	8	7	7	8	8	7	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	

Fonte Resultados do Software MACTOR

Considerando que, para um mesmo objetivo, podem existir diferentes graus de concordância ou discordância por parte de diferentes atores, surge a matriz 2MAO que mostra de forma mais precisa qual a posição de cada ator face a cada um dos objetivos. Assim, na matriz 2MAO a posição do ator face a um objetivo tem em linha de conta o grau de importância que esse ator atribui à concretização desse mesmo objetivo, havendo

9 resultados possíveis: 0 significa que o objetivo é pouco relevante; 1 corresponde a um objetivo que favorece de forma limitada no espaço e no tempo os processos operacionais (ou -1 que põe em causa esses mesmos processos operacionais); 2 corresponde a um objetivo que é indispensável para a concretização dos projetos do ator (ou -2 em que o objetivo põe em causa esses mesmos projetos); 3 que corresponde a um objetivo que é essencial para a concretização das missões do ator (ou -3 em que o objetivo põe em causa estas mesmas missões); e finalmente 4 que corresponde a um objetivo que é essencial para a existência do ator (ou -4 em que esse objetivo põe em causa a existência do ator). Analisando a 2MAO (Tabela 4.11), foi possível verificar que os atores que dão maior importância à concretização dos objetivos são a equipa de enfermagem da USF e o Conselho Executivo do ACeS e, por outro lado, o ator menos envolvido na concretização destes objetivos é a URAP, seguido do Conselho Clínico do ACeS.

Tabela 4.11: Matriz das posições valoradas ponderadas dos atores sobre os objetivos (2MAO)

2MAO	Acesso	Global	Eficiencia	Continuid	Boa pratic	Boa gestão	Ética	Material	Confort Ut	Melhorias	CDia	CProgr	CDomici	CDistancia	Contacto	Acesso Def	Sinálética	Formação	Reuniões
USF - CT	3	3	1	3	4	2	3	3	3	2	3	3	2	0	2	4	3	3	2
USF - Med	3	4	1	3	4	1	4	3	2	2	3	3	3	1	2	3	1	3	3
USF - Enf	3	3	3	4	4	3	4	2	1	4	3	3	3	3	3	3	1	3	3
USF - AT	3	2	2	3	3	2	2	1	1	3	3	3	3	2	1	2	1	3	3
ARS Alg	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	2	3	1	1
ACeS - DE	3	3	2	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
ACeS - CCS	3	3	1	3	3	1	3	1	0	2	3	3	3	3	3	3	3	1	1
URAP	3	3	3	3	3	2	3	2	0	0	3	3	0	0	1	1	0	0	0
Number of agreements	24	24	16	25	27	17	25	17	12	19	24	23	20	15	17	22	15	19	16
Number of disagreements	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Number of positions	24	24	16	25	27	17	25	17	12	19	24	23	20	15	17	22	15	19	16

© IJPSOR-EPITA/MACTOR

2MAO	Documents	Art UniFun	Art Aularq	Art CHUA	Alunos	Intern Gar	Intern MGF	UAg	EspaçoTrab	RespTrabal	Ouvr/Profi	EspaçUient	RespuUente	ReclaiUent	OuvrUient	Ambiente	Comunidade	Absolute sum
USF - CT	2	3	3	3	2	1	1	2	4	3	3	4	3	2	2	2	3	92
USF - Med	2	3	1	4	2	2	3	2	4	4	3	3	3	1	2	1	3	92
USF - Enf	4	3	3	3	3	3	3	0	4	4	4	3	3	3	3	1	3	106
USF - AT	4	2	1	2	3	3	3	2	1	2	3	3	3	3	3	3	3	87
ARS Alg	2	3	-2	-2	2	2	2	2	3	3	2	2	3	3	2	3	3	93
ACeS - DE	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	104
ACeS - CCS	1	1	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	71
URAP	1	3	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	59
Number of agreements	19	21	11	17	18	17	18	14	23	23	22	22	22	19	19	16	22	
Number of disagreements	0	0	-2	-2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Number of positions	19	21	13	19	18	17	18	14	23	23	22	22	22	19	19	16	22	

© IJPSOR-EPITA/MACTOR

Fonte: Resultados do Software MACTOR

Pela análise da Matriz 2MAO, percebe-se, ainda, que os objetivos que recebem maior valorização por parte dos atores são aqueles que dizem respeito às boas práticas e à acessibilidade ao utente: “Atender às boas práticas clínicas”, “Priorizar a continuidade dos cuidados”, “Cumprir as normas de ética e deontologia”, “Priorizar a acessibilidade

aos cuidados”, “Priorizar a globalidade dos cuidados” e “Melhorar o acesso à consulta do dia”. No pólo oposto, os objetivos menos valorizados dizem respeito à articulação com a autarquia e “Ter salas de espera confortáveis e agradáveis”.

Apesar desta matriz já fornecer informação relevante, é ainda insuficiente, pelo que surge a matriz 3MAO, onde é apresentada a posição de cada ator em relação a cada um dos objetivos, tendo em consideração o grau de relevância atribuído pelo ator a esse mesmo objetivo, a hierarquia de objetivos para esse mesmo ator e ainda a competitividade entre os atores. Com base nesta informação, torna-se possível identificar possíveis alianças, levando em conta também as preferências dos atores em termos de objetivos e de competitividade.

Na matriz 3MAO, os resultados podem ser positivos ou negativos, representando os valores positivos a maior ou menor capacidade de mobilização do ator para concretização do(s) objetivo(s) e os valores negativos a maior ou menor oposição do ator para a realização do(s) objetivos(s).

Na Tabela 4.12 é apresentada a matriz 3MAO obtida pelo software MACTOR, que revela que os atores com maior capacidade de mobilização são a equipa de enfermagem da USF, seguida da ARS Algarve e do Conselho Executivo do ACeS. Por outro lado, os atores com menor capacidade de mobilização são o Conselho Clínico do ACeS e a equipa de assistentes técnicos da USF.

Tabela 4.12: Matriz das posições valoradas ponderadas dos atores sobre os objetivos (3MAO)

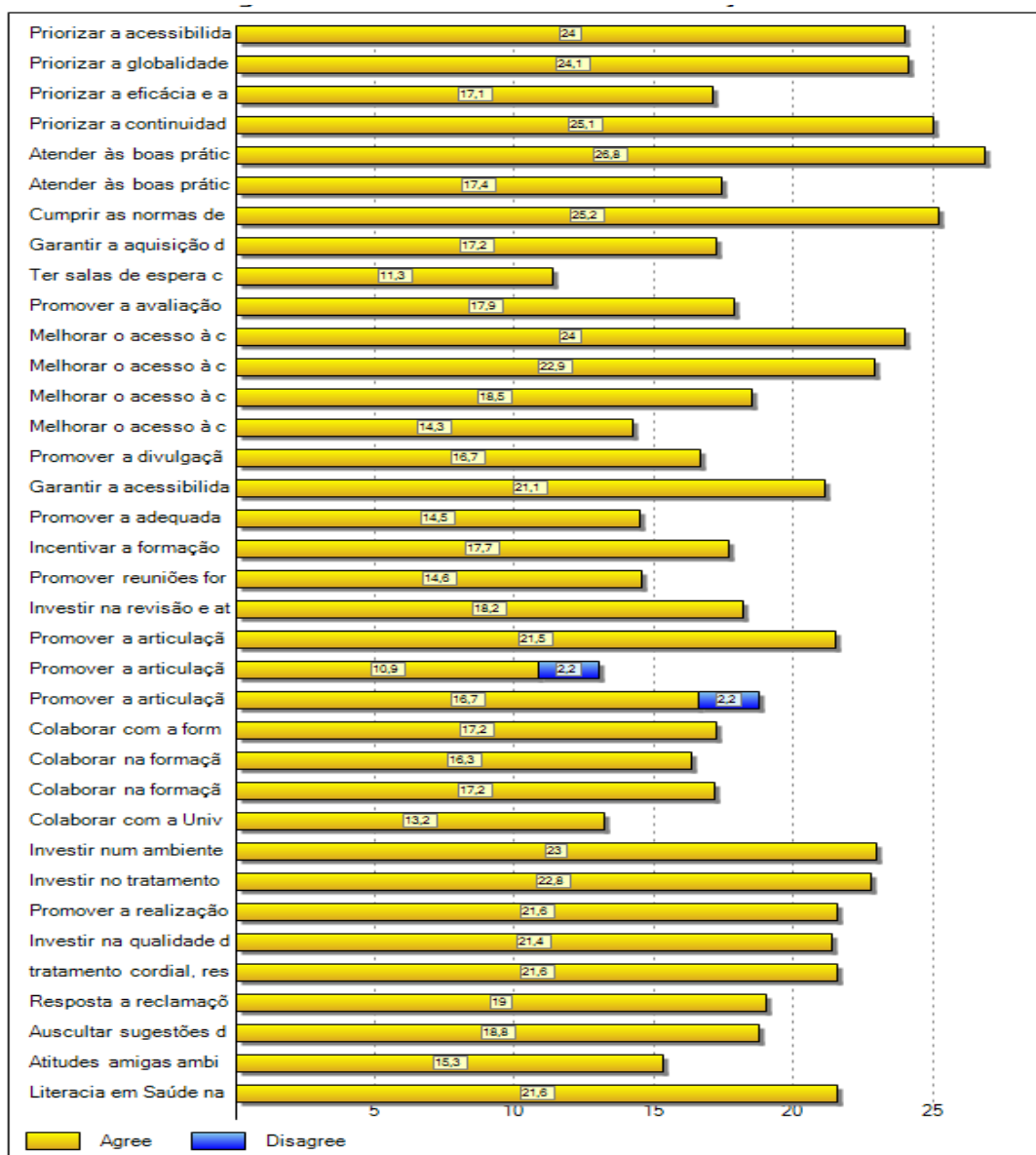
3MAO	Acesso	Global	Eficiencia	Continuid	Boa pratic	Boa gestão	Ética	Material	Confort Ut	Melhorias	CDia	CPogr	CDomici	CDistancia	Contacto	Acesso Def	Sinálética	Formação	Reuniões
USF - CT	2,7	2,7	0,9	2,7	3,6	1,8	2,7	2,7	2,7	1,8	2,7	2,7	1,8	0,0	1,8	3,6	2,7	2,7	1,8
USF - Med	2,5	3,4	0,8	2,5	3,4	0,8	3,4	2,5	1,7	1,7	2,5	2,5	2,5	0,8	1,7	2,5	0,8	2,5	2,5
USF - Enf	3,3	3,3	3,3	4,4	4,4	3,3	4,4	2,2	1,1	4,4	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3	1,1	3,3	3,3
USF - AT	2,2	1,5	1,5	2,2	2,2	1,5	1,5	0,7	0,7	2,2	2,2	2,2	2,2	1,5	0,7	1,5	0,7	2,2	2,2
ARS Alg	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3	2,2	3,3	3,3	2,2	3,3	2,2	3,3	1,1
ACeS - DE	2,8	2,8	1,9	2,8	2,8	2,8	2,8	1,9	1,9	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8
ACeS - CCS	2,6	2,6	0,9	2,6	2,6	0,9	2,6	0,9	0,0	1,8	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	0,9	0,9
URAP	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	3,1	4,6	3,1	0,0	0,0	4,6	4,6	0,0	0,0	1,5	1,5	1,5	0,0	0,0
Number of agreements	24,0	24,1	17,1	25,1	26,8	17,4	25,2	17,2	11,3	17,9	24,0	22,9	18,5	14,3	16,7	21,1	14,5	17,7	14,6
Number of disagreements	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Degree of mobilisation	24,0	24,1	17,1	25,1	26,8	17,4	25,2	17,2	11,3	17,9	24,0	22,9	18,5	14,3	16,7	21,1	14,5	17,7	14,6

3MAO	Documentos	Art UniFun	Art Autarq	Art CHUA	Alunos	Intern Ger	Intern MGF	UAlg	EspaçoTrab	RespTrabal	OuvirProf	EspaçoUent	Respuente	ReclUent	OuvirUent	Ambiente	Comunidade	Mobilisation
USF - CT	1,8	2,7	2,7	2,7	1,8	0,9	0,9	1,8	3,6	2,7	2,7	3,6	2,7	1,8	1,8	1,8	2,7	81,9
USF - Med	1,7	2,5	0,8	3,4	1,7	1,7	2,5	1,7	3,4	3,4	2,5	2,5	2,5	0,8	1,7	0,8	2,5	77,5
USF - Enf	4,4	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3	0,0	4,4	4,4	4,4	3,3	3,3	3,3	3,3	1,1	3,3	115,5
USF - AT	2,9	1,5	0,7	1,5	2,2	2,2	2,2	1,5	0,7	1,5	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	63,4
ARS Alg	2,2	3,3	-2,2	-2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	3,3	3,3	2,2	2,2	3,3	3,3	2,2	3,3	3,3	101,6
ACeS - DE	2,8	2,8	1,9	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	98,7
ACeS - CCS	0,9	0,9	0,0	0,0	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	62,4
URAP	1,5	4,6	1,5	3,1	1,5	1,5	1,5	1,5	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	1,5	3,1	90,3
Number of agreements	18,2	21,5	10,9	16,7	17,2	16,3	17,2	13,2	23,0	22,8	21,6	21,4	21,6	19,0	18,8	15,3	21,6	
Number of disagreements	0,0	0,0	-2,2	-2,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Degree of mobilisation	18,2	21,5	13,1	18,9	17,2	16,3	17,2	13,2	23,0	22,8	21,6	21,4	21,6	19,0	18,8	15,3	21,6	

Fonte: Resultados do Software MACTOR

Quando se observa o histograma obtido a partir da matriz 3MAO, verifica-se que os atores estão de acordo com a maioria dos objetivos, com oposição apenas em dois objetivos que dizem respeito à articulação da USF com a autarquia e com o hospital de referência (Figura 4.2).

Figura 4.2: Histograma da mobilização dos atores sobre os objetivos (3MAO)

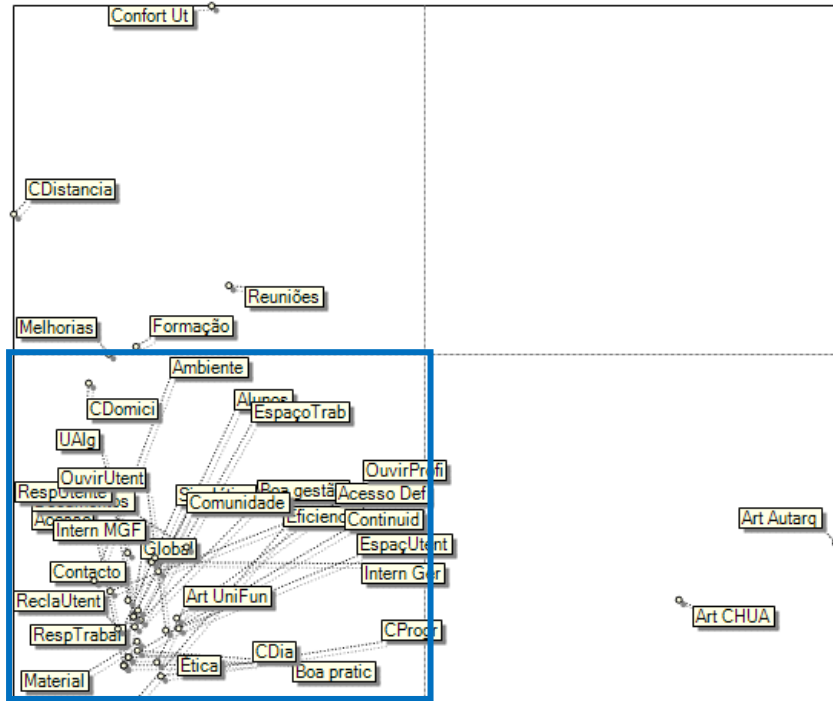


Fonte: Resultados do Software MACTOR

Quando se analisa o mapa de distâncias líquidas entre os objetivos, observam-se quais os objetivos para os quais os atores manifestam uma posição de concordância. Neste sentido, tal como se pode verificar na figura 4.3 os atores convergem de forma marcada na maioria dos objetivos (assinalados no quadrante inferior a azul), com exceção de seis objetivos, a saber: “Promover a articulação da USF com a autarquia”, “Promover a articulação da USF com o centro hospitalar de referência”, “Ter salas de espera confortáveis e agradáveis”, “Melhorar o acesso à consulta à distância”, “Promover reuniões formativas na USF” e “Incentivar a formação dos profissionais da USF”. O facto de haver

convergência dos atores na esmagadora maioria dos objetivos, pode traduzir uma atuação estratégica em comum para os vários atores.

Figura 4.3: Mapa de distâncias líquidas entre objetivos



Fonte: Adaptado de Resultados do Software MACTOR

4.4.4 Relação de Forças entre os Atores

A relação de forças existentes entre os atores pode ser analisada a partir de duas diferentes matrizes – a matriz de influências diretas (MID) e a matriz de influências diretas e indiretas (MIDI).

A matriz de influência direta apresenta, tal como o próprio nome indica, a influência direta que um ator exerce sobre um outro, obtendo-se um valor de uma escala que varia de 0 a 4, em que: 0 corresponde a ausência de influência (o ator não dispõe de meios de ação sobre o outro ator); 1 significa influência fraca (o ator condiciona, de forma limitada no tempo e no espaço, os processos operacionais, como por exemplo, a gestão); 2 corresponde a uma influência razoável (o ator condiciona ou põe em causa projetos ou ações); 3 traduz uma influência forte (o ator condiciona ou põe em causa as missões e os objetivos estratégicos) e 4 significa influência muito forte (o ator põe em causa existência do outro ator).

Na Tabela 4.13 é apresentada a matriz de influência diretas (MID) obtida no software MACTOR, onde se pode confirmar que os atores que exercem mais influência direta sobre os demais são a ARS Algarve e a equipa de enfermagem da USF, exercendo influência 4 sobre todos atores, com exceção da URAP, sobre quem têm influência direta 3. Segue-se o ACeS (Conselho Clínico e da Saúde do ACeS e Conselho Executivo) que apresentam também menor influência direta sobre a URAP. Apesar de ainda terem uma influência significativa, os atores que exercem menos influência direta sobre os demais são os Assistentes Técnicos da USF e os Médicos. A URAP destaca-se por ser o ator sobre quem é exercida menos influência direta.

Tabela 4.13: Matriz de influências diretas (MID)

MDI	USF - CT	USF - Med	USF - Enf	USF - AT	ARS Alg	ACeS - DE	ACeS - CCS	URAP
USF - CT	0	3	3	3	4	4	4	1
USF - Med	3	0	3	3	3	3	3	3
USF - Enf	4	4	0	4	4	4	4	3
USF - AT	3	3	3	0	3	3	3	1
ARS Alg	4	4	4	4	0	4	4	3
ACeS - DE	4	4	4	4	3	0	4	2
ACeS - CCS	4	4	4	4	4	4	0	0
URAP	3	3	3	3	4	4	4	0

© LIPSOR-EPITA/MACTOR

Fonte: Resultados do Software MACTOR

Apesar do atrás descrito, importa ter em atenção que as relações de força vão além da influência direta entre atores, podendo um ator agir ou influenciar um outro por intermédio de um terceiro ator. Neste sentido, recomenda-se que, além das influências diretas, sejam também consideradas as influências indiretas, através da construção da matriz de influências diretas e indiretas (MIDI). Pelo somatório das linhas desta nova matriz é possível obter o grau de influência direta e indireta (representado por “li”) e pelo somatório das suas colunas obtém-se o grau de dependência (representado por “Di”).

Na Tabela 4.14 é apresentada a MIDI obtida pelo software MACTOR, onde se verifica que o ator mais influente é a URAP (li 167), seguindo-se a ARS Algarve e a equipa de enfermagem da USF (li 162) e depois o Conselho Executivo do ACeS (li 150). No outro extremo, temos como atores menos influentes os assistentes técnicos da USF (li 127) e os médicos da USF (li 139). Em todos os atores a influência é distribuída de forma muito semelhante, destacando-se apenas a URAP por ser o ator sobre quem é exercida menos influência pelos demais. A URAP é o ator mais influente e menos dependente (Di 91),

seguido do ARS Algarve (Di 152) e da equipa de enfermagem da USF (Di 153), sendo o grau de dependência semelhante nos restantes atores.

Tabela 4.14: Matriz de influências diretas e indiretas (MIDI)

MIDI	USF - CT	USF - Med	USF - Enf	USF - AT	ARS Alg	ACeS - DE	ACeS - CCS	URAP	Di
USF - CT	22	22	22	22	21	22	22	13	144
USF - Med	21	21	21	21	21	21	21	13	139
USF - Enf	25	25	24	25	24	25	25	13	162
USF - AT	19	19	19	19	19	19	19	13	127
ARS Alg	25	25	24	25	24	25	25	13	162
ACeS - DE	23	23	22	23	23	23	23	13	150
ACeS - CCS	22	22	21	22	21	22	22	13	143
URAP	24	24	24	24	23	24	24	13	167
Di	159	160	153	162	152	158	159	91	1194

© LPSOR-EPITA-MACTOR

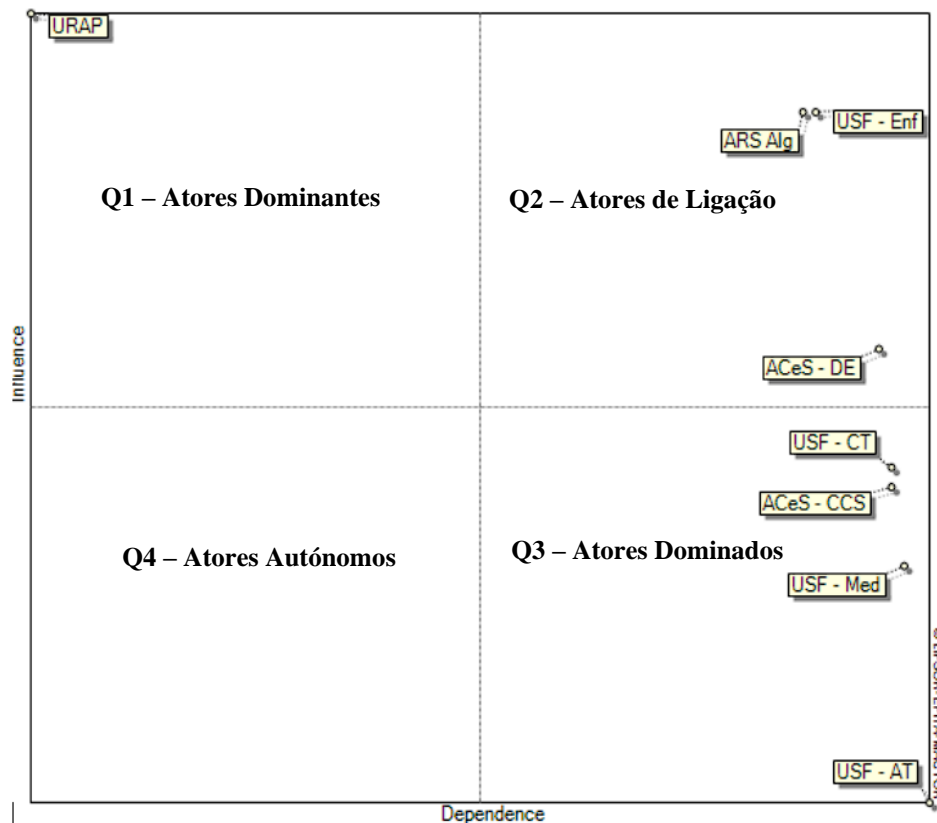
Fonte: Adaptado de Resultados do Software MACTOR

Analisando em conjunto a influência com a dependência, obtém-se um gráfico onde se distribuem os diferentes atores por quatro quadrantes (Q), a saber:

- Q1 com os atores dominantes (muito influentes e pouco dependentes)
- Q2 com os atores de ligação (muito influentes e muito dependentes)
- Q3 com os atores dominados (pouco influentes e muito dependentes)
- Q4 com os atores autónomos (pouco influentes e pouco dependentes)

A Figura 4.4 revela que neste sistema não existem atores autónomos, existe apenas um ator dominante (URAP) e que os restantes são distribuídos pelos quadrantes 2 e 4. Assim, existem três atores de ligação, que influenciam e são fortemente influenciados por outros atores do sistema: a ARS Algarve, a equipa de enfermagem da USF e o Conselho Executivo do ACeS, com destaque dos dois primeiros. Os restantes atores são dominados, apresentado baixa influência e grande dependência, com destaque para os assistentes técnicos da USF que se apresentam mais afastados dos demais atores deste quadrante.

Figura 4.4: Plano de influências e dependências entre atores

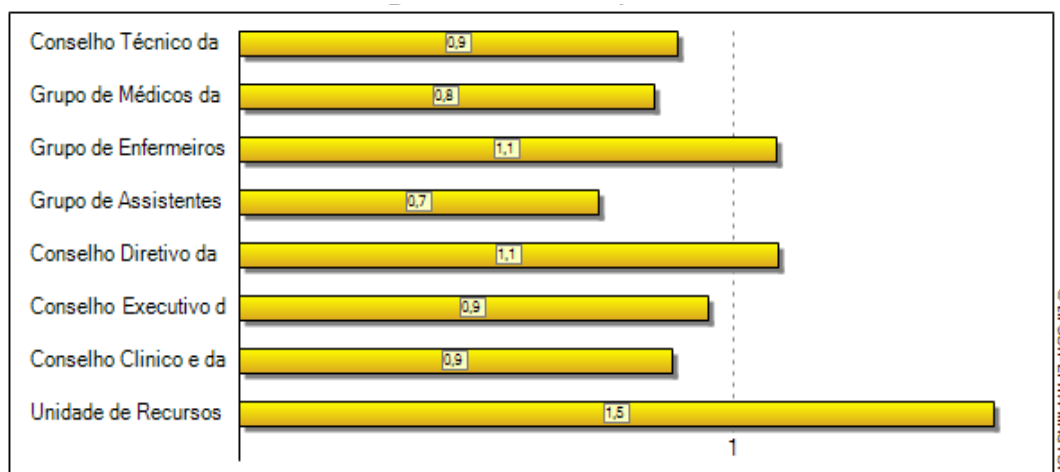


Fonte: Adaptado de Resultados do Software MACTOR

Após avaliação dos graus de influência e dependência dos diferentes atores, é necessário avaliar as relações de forças entre eles, sendo que estas serão mais fortes em atores com maior influência, com menor dependência e com fraca retroação. É possível um ator ter uma influência muito forte, uma dependência igualmente elevada, assim como uma retroação significativa, e isto irá levar a uma relação de forças fraca. Por outro lado, é possível um ator ter um grau de influência moderado, mas uma dependência e retroação nula, o que conduzirá a uma relação de forças importante (Pescada, 2019).

Analisando a Figura 4.5 verifica-se que o ator que tem maior capacidade de influenciar os outros atores é a URAP, seguido da ARS Algarve e da equipa de enfermagem da USF. No outro extremo, com menor relação de forças surge a equipa de assistentes técnicos da USF.

Figura 4.5: Histograma de Relações de Força MIDI



Fonte: Adaptado de Resultados do Software MACTOR

Os resultados obtidos no histograma apresentado anteriormente (Figura 4.5) confirmam, uma vez mais, os resultados a apresentados na Tabela 4.15. Nesta apresenta-se o Balanço Líquido de Influências, que é medido através de uma escala positiva ou negativa, em função de um ator exercer uma influência direta e indireta sobre outro ator (+) ou receber influência direta ou indireta de outro ator (-). Desta forma, é possível verificar se um ator influencia mais do que é influenciado, em termos líquidos.

Analisando então a Tabela 4.15, percebe-se que o ator URAP exerce influência sobre todos os outros (não sendo influenciado por nenhum); os atores ARS Algarve e equipa de enfermagem da USF são influenciados pela URAP, sendo que não exercem influência um sobre o outro, mas exercem influência sobre todos os outros atores. Os demais atores são mais influenciados do que influenciadores, com destaque para o grupo de assistente técnicos da USF que não exerce influência sobre nenhum ator.

Tabela 4.15: Balanço Líquido de Influências

NS	USF - CT	USF - Med	USF - Enf	USF - AT	ARS Alg	ACeS - DE	ACeS - CCS	URAP	Sum
USF - CT		1	-3	3	-4	-1	0	-11	-15
USF - Med	-1		-4	2	-4	-2	-1	-11	-21
USF - Enf	3	4		6	0	3	4	-11	9
USF - AT	-3	-2	-6		-6	-4	-3	-11	-35
ARS Alg	4	4	0	6		2	4	-10	10
ACeS - DE	1	2	-3	4	-2		1	-11	-8
ACeS - CCS	0	1	-4	3	-4	-1		-11	-16
URAP	11	11	11	11	10	11	11		76

Fonte: Adaptado de Resultados do Software MACTOR

4.4.5 Convergência entre os Atores Face aos Objetivos

Analisando a Matriz de Convergências Valorizadas Ponderadas dos Atores sobre os Objetivos (3CAA) é possível perceber qual o grau de concordância existente em cada par de atores, relativamente aos objetivos estratégicos. Esta informação permite determinar qual o grau de mobilização dos atores a favor da concretização dos objetivos. Assim, os atores que têm elevado grau de convergência terão, à partida, maior predisposição para assumir posições semelhantes face aos objetivos estratégicos, sendo esta informação muito útil para estabelecimento de alianças.

Na Tabela 4.16 verifica-se que os atores com maior número de convergências são a equipa de enfermagem da USF (665.1), o Conselho Executivo da ACeS (622.9) e a ARS Algarve (608.2). No outro extremo, os atores com menor número de convergências são o Conselho Clínico e da Saúde do ACeS (504.6) e os assistentes técnicos da USF (524).

Quando se analisa os atores em pares, na procura de possíveis alianças, verifica-se que os pares de atores com maior convergência são a equipa de enfermagem da USF com o conselho executivo do ACeS (105.7), com a ARS Algarve (102) e com o conselho técnico da USF (96.1).

Tabela 4.16: Matriz de convergências valorizadas ponderadas dos atores sobre os objetivos (3CAA)

3CAA	USF - CT	USF - Med	USF - Enf	USF - AT	ARS Alg	ACeS - DE	ACeS - CCS	URAP
USF - CT	0,0	79,2	96,1	71,9	85,2	88,9	66,8	80,7
USF - Med	79,2	0,0	95,6	70,4	85,2	88,1	67,0	78,0
USF - Enf	96,1	95,6	0,0	88,7	102,0	105,7	84,2	92,8
USF - AT	71,9	70,4	88,7	0,0	79,2	81,0	61,4	71,3
ARS Alg	85,2	85,2	102,0	79,2	0,0	95,6	78,2	82,7
ACeS - DE	88,9	88,1	105,7	81,0	95,6	0,0	77,2	86,4
ACeS - CCS	66,8	67,0	84,2	61,4	78,2	77,2	0,0	69,7
URAP	80,7	78,0	92,8	71,3	82,7	86,4	69,7	0,0
Number of convergences	568,9	563,5	665,1	524,0	608,2	622,9	504,6	561,6

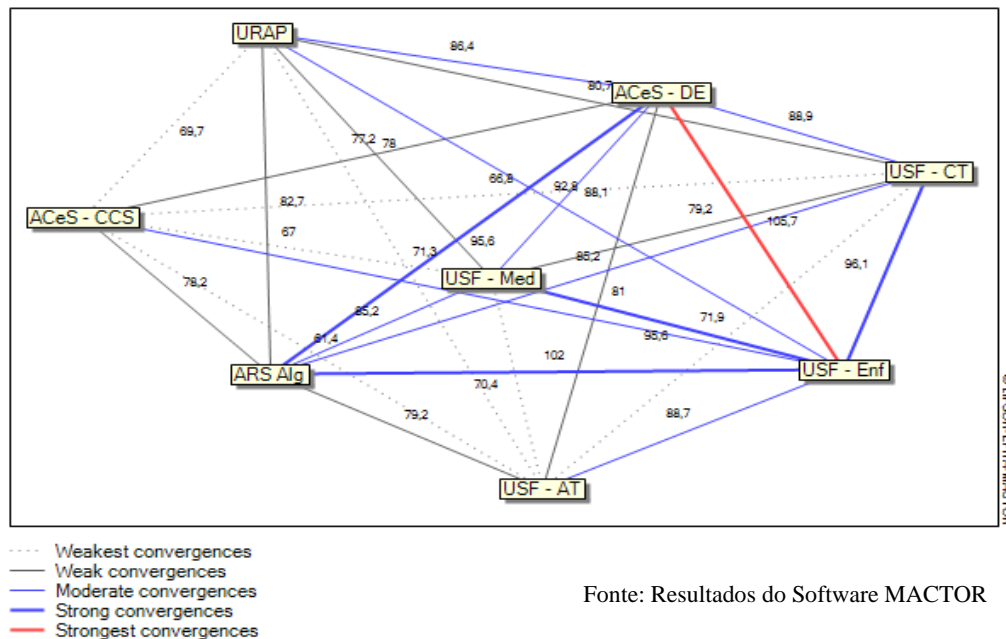
©LPSOR-EPTA-MACTC

Fonte: Adaptado de Resultados do Software MACTOR

Na mesma tabela é ainda possível observar que a maior convergência de todos os atores é com a equipa de enfermagem da USF e a menor convergência de todos os atores é com o Conselho Clínico e da Saúde do ACeS.

Na Figura 4.6 é possível observar as várias relações entre atores com demonstração de intensidade de convergência entre cada um dos pares de atores, com destaque para o par equipa de enfermagem da USF com o conselho executivo do ACeS que têm a convergência mais forte.

Figura 4.6: Convergência entre atores



4.5 Meios de ação e Obstáculos

Quando interrogados acerca dos meios de ação disponíveis para se alcançar os objetivos estratégicos, nas respostas obtidas sobressaem fortemente os meios humanos e os meios imateriais/ inatingíveis, não havendo praticamente nenhum ator que possa contribuir com meios financeiros ou materiais para a concretização dos objetivos.

Pelas respostas obtidas nas entrevistas, os meios de ação que mais frequentemente foram referidos pelos atores foram a partilha de recursos humanos, a partilha de conhecimentos, o apoio logístico aos profissionais de USF, o fornecimento de sistemas de acompanhamento e avaliação e a promoção de formação e qualificação dos profissionais (Tabela 4.17).

Tabela 4.17: Meios de ação disponíveis referidos pelos atores

Tema / Categoria	Sub-tema / sub-categoria	Meio de Ação disponível	Nº Respostas
Meios de Ação	Meios Humanos	Recursos Humanos Adequados	5
		Recursos Humanos com Conhecimentos e Experiência em Cuidados Primários	4
		Partilha de Recursos Humanos	2
	Meios Materiais	Viaturas	1
		Sistemas Informáticos Adequados	1
		Materiais consumíveis – papel, tinteiros, canetas.	1
	Meios imateriais/ intangíveis	Qualificação e Formação dos profissionais	7
		Apoio aos profissionais técnicos nas suas atividades	7
		Sistemas de acompanhamento e avaliação da USF	5
		Acessibilidade da USF à população	5
		Colaboração / apoio de outras instituições	4
		Apoio a nível de chefias para iniciativas e atividades	3
	Meios Financeiros	Capital necessário para reforço da equipa	0
Capital para promover atividades/ iniciativas da USF		0	

Fonte: autoria própria, a partir das respostas obtidas nas entrevistas

Apesar dos atores entrevistados referirem como meios de ação disponíveis os recursos humanos (contribuindo com o seu próprio trabalho, no caso dos profissionais da USF, ou com partilha de recursos humanos, no caso de outros atores do sistema), este meio continua a ser insuficiente e um dos obstáculos à concretização dos objetivos estratégicos. Isto porque a equipa de enfermagem encontra-se a aguardar reforço de equipa desde início da USF e por haver ausências prolongados de alguns elementos da USF. Como outros obstáculos identificados pelos atores, destacam-se as condições de trabalho com elevada carga burocrática, os sistemas informáticos desadequados, a inexistência de sistema de acompanhamento e monitorização eficaz e a grande dimensão das listas de utentes com sobrecarga laboral associada. Constatou-se, ainda, que os atores referiram a existência de outros obstáculos como insuficiente formação dos profissionais, precária relação com profissionais fora da USF e ainda alguns aspetos relacionados com fatores externos aos organismos de saúde, tais como: baixos índices de literacia da população; envelhecimento

demográfico com aumento de necessidade de cuidados; escassez de respostas da comunidade; e contexto político (Tabela 4.18).

Tabela 4.18: Obstáculos identificados pelos atores

Tema / Categoria	Sub-tema / sub-categoria	Obstáculo	Nº Respostas
Obstáculos	Recursos Humanos	Escassez de recursos humanos (número de profissionais)	6
		Recursos humanos com pouca capacidade (dotação técnica/profissional, tempo/horas afetas à atividade da USF, relações interpessoais na equipa)	4
	Condições de Trabalho	Burocratização de processos – excesso de tarefas burocráticas	7
		Sistemas informáticos obsoletos/ desadequados	7
		Inexistência de um sistema eficaz de acompanhamento, monitorização e avaliação das atividades da USF	7
		Dimensão de listas de utentes desproporcional à capacidade de resposta	6
		Carências a nível de consumíveis (viaturas, papel, tinteiros...)	5
		Carências a nível de infraestruturas (espaço, climatização, higiene, sinalética)	5
		Exigência de Indicadores pouco realistas	4
	Formação	Insuficiência de formação (formação em serviço e em áreas específicas)	7
	Relação com outros	Ineficiência ao nível da integração dos cuidados (articulação entre os diferentes níveis de cuidados)	7
		Fraco envolvimento / colaboração por parte de chefias (ACSS, ARS, ACeS)	6
		Fraco envolvimento/ colaboração com outras equipas de apoio (ex. URAP)	6
		Fraco envolvimento / colaboração com outras instituições (ex. autarquia)	5
	Fatores externos	Escassez de respostas a nível social/ comunidade	8
		Baixos níveis de literacia da população	8
		Contexto político atual a nível nacional pouco favorável	7
		Contexto demográfico local – muitos utentes, muita procura de cuidados	7

Fonte: autoria própria, a partir das respostas obtidas nas entrevistas

4.6 Futuros Possíveis e Fatores críticos

Conforme exposto anteriormente, à data da realização das entrevistas ainda não tinha sido publicado o Decreto-Lei nº103/2023, que viria a introduzir grandes alterações na organização das unidades de saúde familiar. No entanto, o assunto já era discutido publicamente, pelo que, quando inquiridos acerca dos futuros possíveis da USF MTG, todos os atores, sem exceção, mencionaram que a resposta dependia de haver ou não mudanças a nível da legislação (Tabela 4.19).

Cinco atores foram da opinião de que, caso as alterações legislativas não se confirmassem, a USF MTG iria progredir de Modelo A para o Modelo B, após alguns anos em modelo A. Por outro lado, sete atores consideraram que, no caso de se verificar a mudança legislativa prevista na altura da realização da entrevista, a mudança de Modelo A para Modelo B seria algo que iria acontecer de forma automática. De destacar que um dos atores considerou como futuro possível a extinção da USF no cenário de mudança legislativa, face aos resultados de desempenho que a equipa tinha nesse momento.

Tabela 4.19: Futuros Possíveis da USF MTG, identificados pelos atores

Futuro possível da USF MTG		Nº respostas
Sem mudança legislativa	Progressão para USF Modelo B	5
	Manter-se como está, em USF Modelo A	3
Com mudança legislativa	Manter-se como USF Modelo B	7
	Extinguir-se enquanto USF	1

Fonte: autoria própria, a partir das respostas obtidas nas entrevistas

Quando questionados acerca de quais os fatores críticos que condicionam os futuros possíveis da USF, todos os atores referiram o contexto político, como sendo o fator com maior peso. Foi também referido ser essencial maior investimento a nível dos recursos humanos da USF, redução da carga burocrática, maior investimento num sistema de monitorização e acompanhamento e aumento do financiamento na área da saúde (Tabela 4.20).

Tabela 4.20: Fatores críticos para evolução da USF MTG, identificados pelos atores

Tema / Categoria	Sub-tema / sub-categoria	Fator crítico	Nº Respostas
Fatores críticos para mudança ou estagnação	Recursos Humanos	Reforçar equipa – aumentar o número de profissionais	5
		Reforçar equipa – relações interpessoais, formação técnica	4
	Condições de Trabalho	Redução da dimensão das listas/ ficheiros para aumentar acessibilidade	5
		Redução da carga burocrática	6
		Melhorar infraestruturas (higiene, sinalética, climatização)	0
		Melhorar acesso a materiais consumíveis (material para tratamentos de doentes, citologias, papel para impressora, tinteiros...)	2
		Aumentar disponibilidade de viaturas para cuidados domiciliários	3
		Atualizar sistemas informáticos	4
		Investir num sistema de acompanhamento/ monitorização e avaliação da USF	6
	Relação com outros	Criar sinergias entre todos os atores – USF, ARS, ACeS, autarquia, CHUA, URAP	5
		Criar sinergias com recursos sociais/ comunidade	3
	Fatores externos	Aumento de literacia da população	3
		Aumento de recursos financeiros para área da saúde	6
		Contexto político nacional favorável	8

Fonte: autoria própria, a partir das respostas obtidas nas entrevistas

CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO E RECOMENDAÇÕES ESTRATÉGICAS

5.1 Delimitação do sistema

A USF MTG, caracteriza-se por ser uma unidade jovem, inserida no ACeS Barlavento, que presta cuidados a utentes do município de Portimão. Tendo iniciado funções em janeiro de 2022, após um período conturbado pela pandemia covid-19, mantém desde início alguma instabilidade a nível de recursos humanos, com mudanças frequentes na equipa de enfermagem que ainda se mantém incompleta, à semelhança do descrito no estudo realizado pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários em 2008 (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2008).

Do ponto de vista de gestão, houve alterações a nível de legislação que condicionaram alterações, com a criação da ULS Algarve que substituiu a ARS Algarve e os ACeS. No entanto, até ao momento atual de redação da tese, apesar de já estar em funcionamento a ULS Algarve, ainda se mantêm as demais estruturas de gestão, o que torna pouco claro onde começam e terminam as competências de gestão de cada um. Esta situação vai de encontro aos resultados apresentados no estudo levado a cabo pela Entidade Reguladora da Saúde, em 2024 (Entidade Reguladora da Saúde, 2024).

A USF MTG está localizada no edifício do centro de saúde de Portimão, juntamente com várias outras unidades funcionais, incluindo a URAP. Apesar de ser um edifício relativamente recente apresenta várias deficiências, sobretudo ao nível da manutenção. Além disso, a equipa utiliza um total de 11 aplicações informáticas que, de uma forma geral, não têm cruzamento de dados entre si. Ambas as situações são transversais as outras unidades de saúde em Portugal (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2008).

As variáveis-chave do sistema, encontradas a partir da recolha e análise documental, foram em tudo semelhantes ao que é descrito na literatura, tendo sido descritas sete variáveis intrínsecas à USF (recursos humanos, capacidade de resposta às necessidades, formação, satisfação dos utentes, satisfação dos profissionais, relação com rede de prestadores de cuidados, contribuição para sociedade e ambiente) e seis variáveis relacionadas com o meio envolvente (densidade populacional, recursos disponíveis na comunidade, acessibilidade aos cuidados secundários e terciários, dependência de utentes, literacia dos utentes, recursos financeiros das autarquias e do próprio SNS) (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2008; Rocha e Sá, 2011).

5.2 Análise Estratégica de Atores

Com base na análise da recolha documental feita previamente, e nas variáveis-chave identificadas, foram selecionados dez atores, dos quais apenas oito participaram no estudo: a ARS Algarve, o Conselho Executivo do ACeS Barlavento, o Conselho Clínico e da Saúde do ACeS Barlavento, o Conselho Técnico da USF MTG, o Grupo Profissional de Médicos da USF MTG, o Grupo Profissional de Enfermeiros da USF MTG, o Grupo Profissional de Assistentes Técnicos da USF MTG e a URAP. Importa salientar que todos os atores foram entrevistados como atores coletivos, ou seja, em representação de um grupo e não a título individual.

Foram identificados oito desafios estratégicos e para cada um deles foram definidos vários objetivos, num total de 36 objetivos estratégicos para a USF MTG. Daqui surgiu o Guião da Entrevista que serviu de base para a entrevista realizada aos atores coletivos.

Toda a informação obtida nas entrevistas foi alvo de análise, tendo sido utilizada aplicação informática MACTOR para apoio na realização da análise estratégica de atores.

5.2.1 Posicionamento dos Atores Face aos Objetivos Estratégicos

Os atores entrevistados apresentaram-se como favoráveis à maioria dos objetivos. Apenas um ator (ARS Algarve) manifestou desacordo com dois objetivos: “Promover a articulação da USF com a autarquia” e “Promover a articulação da USF com o centro hospitalar de referência”, considerando que o atingimento desses dois objetivos colocaria em causa o sucesso dos projetos da ARS Algarve.

Os atores que deram maior importância à concretização dos objetivos foram a equipa de enfermagem da USF e o Conselho Executivo do ACeS e os atores menos envolvidos na concretização dos objetivos estratégicos foram a URAP, seguida do Conselho Clínico do ACeS. Por outro lado, aqueles que apresentaram um maior grau de mobilização foram a equipa de enfermagem da USF, seguida da ARS Algarve e do Conselho Executivo do ACeS e aqueles com menor capacidade de mobilização foram o Conselho Clínico do ACeS e a equipa de assistentes técnicos da USF. Destacaram-se, assim, a equipa de enfermagem da USF e o Conselho Executivo do ACeS que simultaneamente atribuíram grande importância a atingir os objetivos e apresentaram elevada capacidade para intervir para a sua concretização.

Os objetivos que receberam maior valorização por parte dos atores foram aqueles que dizem respeito às boas práticas e à acessibilidade ao utente, indo de encontro aos estudos publicados (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2008; Rocha e Sá, 2011). Os atores entrevistados tiveram uma posição de concordância em relação à generalidade dos objetivos, com exceção de seis objetivos: “Promover a articulação da USF com a autarquia”, “Promover a articulação da USF com o centro hospitalar de referência”, “Ter salas de espera confortáveis e agradáveis”, “Melhorar o acesso à consulta à distância”, “Promover reuniões formativas na USF” e “Incentivar a formação dos profissionais da USF”. Possivelmente estes resultados seriam diferentes se tivesse sido possível entrevistar os atores CHUA e Conselho Municipal da Saúde. Apesar de tudo, o facto de haver convergência dos atores na esmagadora maioria dos objetivos, traduz a possibilidade de uma atuação estratégica em comum para os vários atores.

5.2.2 Relação de Forças entre os Atores

De uma forma geral, todos os atores exercem influência direta sobre os demais, o que é compreensível num contexto de uma organização de saúde em que os projetos de uns só são concretizáveis se outros atores conseguirem atingir os seus objetivos. Pela posição de gestão que ocupam neste sistema, a ARS Algarve e o ACeS mostraram uma elevada influência direta sobre os demais, podendo mesmo condicionar a sua existência (influência 4). Este nível de influência direta foi também verificado na equipa de enfermagem da USF, demonstrando a importância deste grupo na concretização dos objetivos específicos dos vários outros atores. Ao nível da influência direta, destacou-se ainda a URAP, por ser aquele ator sobre quem é exercida uma menor influência direta, resultando do fato de este ser um ator que apresenta objetivos específicos mais diferenciados dos demais, prestando serviços de consultoria e assistenciais às várias unidades funcionais do ACeS, tal como apresentado na Tabela 4.11.

Considerando que um ator pode agir ou influenciar um outro por intermédio de um terceiro ator, foi importante avaliar a qual a influência indireta e o grau de dependência entre os atores. Destacou-se novamente a URAP por ser o ator mais influente e menos dependente do sistema (ator dominante). Os restantes atores apresentaram graus de dependência elevados e semelhantes, com uma influência maior para a ARS Algarve e para a equipa de enfermagem, seguidos do Conselho Executivo do ACeS, pelo que estes três atores se destacaram como atores de ligação do sistema.

Em suma, o ator URAP exerce influência sobre todos os outros (não sendo influenciado por nenhum); os atores ARS Algarve e equipa de enfermagem da USF são influenciados pela URAP, não exercem influência um sobre o outro, mas exercem influência sobre todos os outros atores. Os demais atores são mais influenciados do que influenciadores, com destaque para o grupo de assistente técnicos da USF que não exerce influência sobre nenhum ator.

5.2.3 Convergência entre os Atores Face aos Objetivos

Os atores que mostraram maior número de convergências ou concordância com outros atores, em relação aos objetivos estratégicos, foram a equipa de enfermagem da USF, o Conselho Executivo da ACeS e a ARS Algarve, pelo que serão estes atores que à partida estarão mais predispostos para assumir estratégias comuns para alcançar os objetivos. Por outro lado, os atores que obtiveram menor número de convergências foram o Conselho Clínico e da Saúde do ACeS e os assistentes técnicos da USF.

A maior convergência, a nível de pares de atores, foi observada entre a equipa de enfermagem da USF e o conselho executivo do ACeS, seguindo-se entre a equipa de enfermagem e a ARS Algarve, sendo nestes dois pares de atores que, à partida, será mais fácil estabelecer alianças.

Neste tópico, destacaram-se a equipa de enfermagem por o ator com quem houve maior convergência com todos os demais e, no pólo oposto, o Conselho Clínico e da Saúde do ACeS, com quem houver a menor convergência.

5.2.4 Caracterização dos atores pela análise estratégica

Um dos principais objetivos da análise estratégica de atores é obter informação relevante que permita perceber quais são os possíveis conflitos e a principais alianças que se podem estabelecer entre os vários atores, informação essa que pode contribuir para melhoria na gestão da equipa/ organização.

Assim, é importante organizar a informação obtida a partir do MACTOR para melhor caracterizar os diferentes atores que estão em jogo no sistema em análise.

Na Tabela 5.1 são apresentadas, de uma forma muito resumida, as principais características de cada ator no que diz respeito aos dados obtidos a partir do MACTOR, com uma graduação dessas mesmas características, sempre tendo por comparação a

intensidade das mesmas nos demais atores. Segue-se depois uma explicação um pouco mais detalhada.

Tabela 5.1: Resultados do MACTOR para cada ator individualmente

	Conselho Técnico da USF	Med.	Enf.	ATs	ARS	ACeS – conselho executivo	ACeS – conselho clínico	URAP
Importância Objetivos	+++	+++	++++	+++	+++	++++	++	+
Capacidade mobilização	++	++	++++	+	++++	+++	+	+++
Maior Influência direta	++	++	++++	+	++++	+++	+++	++
Influência direta e indireta	++	+	+++	-	++	+++	++	++++
Dependência	++++	++++	+++	++++	+++	++++	++++	-
Relações de Força	++	++	+++	+	+++	++	++	++++
Convergência	++	++	++++	+	+++	+++	+	++

Fonte: autoria própria, com base nos resultados obtidos no MACTOR

Legenda: Enf. = Equipe de enfermagem da USF; Med. = Equipe de médicos da USF; ATs = Equipe de assistentes técnicos da USF; (-) = muito reduzido; (+) = pouco; (++) = mediano; (+++) = grande; (++++) = elevado.

5.2.4.1 Elementos Internos da USF

Os elementos internos da USF incluem o Conselho Técnico da USF e as diferentes equipas de profissionais (médicos, enfermagem e assistentes técnicos). Estes elementos, sendo todos parte da mesma equipa, partilham a mesma Missão, Visão e Valores.

5.2.4.1.1 Conselho Técnico da USF MTG

- Tem como principais funções a articulação com o conselho clínico e de saúde do ACES e supervisionar a evolução da equipa em todas as suas vertentes.
- Atribuiu grande importância aos objetivos estratégicos, com uma capacidade mediana de mobilização para a concretização dos mesmos.
- Revelou ter uma influência direta sobre os atores de gestão (ARS Algarve e ACeS), uma alta influência sobre restantes atores internos da USF e uma baixa influência direta sobre a URAP.

- Demonstrou ter uma influência direta e indireta mediana e semelhante sobre todos os atores, sendo menor sobre a URAP.
- Apresentou uma elevada dependência.
- No balanço líquido de influências verificou-se que exerce mais influência do que aquela que recebe do grupo de médicos da USF e sobretudo do grupo de assistentes técnicos da USF. Verificou-se um efeito nulo com o conselho Clínico e da Saúde do ACeS e que recebe mais influência do que aquela que exerce sobre os restantes atores sobretudo sobre a URAP.
- Verificou-se que tem maior grau de convergência com a equipa de enfermagem da USF, com o conselho executivo do ACeS e com a ARS Algarve e uma menor convergência com o Conselho Clínico e da Saúde do ACeS, ator com quem tem como função articular-se.

5.2.4.1.2 Equipa de médicos da USF MTG

- Tem como principal função a prestação de assistência clínica aos utentes da USF.
- Atribuiu grande importância aos objetivos estratégicos, com uma capacidade de mobilização mediana.
- Demonstrou ter influência direta mediana sobre todos os atores do sistema.
- Revelou ter pouca influência direta e indireta sobre os demais atores, em particular sobre a URAP, apresentando uma elevada dependência.
- No seu balanço líquido de influências verificou-se que exerce mais influência do que aquela que recebe apenas do grupo de assistentes técnicos da USF, sendo muito influenciado pelos demais atores, sobretudo pela URAP.
- Demonstrou ter um maior grau de convergência com a equipa de enfermagem da USF, com o conselho executivo do ACeS e com a ARS Algarve, havendo uma menor convergência com o Conselho Clínico e da Saúde do ACeS.

5.2.4.1.3 Equipa de enfermagem da USF MTG

- Tem como principal função prestar assistência clínica aos utentes da USF.
- Atribuiu elevada importância aos objetivos estratégicos, tendo demonstrado elevada capacidade de mobilização para concretização dos mesmos.
- Apresentou elevada influência direta todos os atores do sistema.

- Revelou ter uma grande influência direta e indireta sobre todos os atores, sendo esta menor um pouco menor sobre a URAP.
- Apresentou-se com grande dependência.
- No balanço líquido de influências verificou-se que exerce mais influência do que aquela que recebe de todos os atores, com exceção da ARS Algarve (efeito nulo) e da URAP (recebe mais influência do que aquela que exerce).
- Demonstrou ter um maior grau de convergência com o conselho executivo do ACeS e com a ARS Algarve, sendo menor a convergência com o Conselho Clínico e da Saúde do ACeS. É o ator que apresenta maior número de convergências.

5.2.4.1.4 Equipa de assistentes técnicos da USF MTG

- Tem como principais funções a prestação de assistência técnica aos utentes inscritos na USF ao nível do acolhimento e (re)marcações de consultas e ainda apoio logístico aos restantes profissionais da USF.
- Atribuiu grande importância aos objetivos estratégicos, tendo demonstrado uma menor capacidade de mobilização para concretização dos objetivos.
- Apresentou influência direta sobre todos os atores do sistema, sendo menor do que a expressada pelos outros atores, e com menor expressão sobre a URAP.
- Revelou ter uma influência direta e indireta menor do que todos os outros atores do sistema.
- Demonstrou ter uma elevada dependência, sendo o ator mais dependente.
- No balanço líquido de influências verificou-se que recebe mais influência do que aquela que exerce na relação com todos os atores, em especial com a URAP.
- Sendo um ator pouco convergente, apresentou uma maior convergência com a equipa de enfermagem da USF e uma menor convergência com o Conselho Clínico e da Saúde do ACeS.

5.2.4.2 Elementos da Tutela

São designados por elementos da tutela os atores que têm como primazia a gestão das unidades funcionais, o que os coloca em destaque por serem estruturas hierarquicamente superiores aos elementos internos da USF.

5.2.4.2.1 ARS Algarve

- Tem como principal função garantir o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades, cumprindo e fazendo cumprir políticas de saúde.
- Atribuiu grande importância aos objetivos estratégicos, com exceção de dois objetivos para os quais atribuiu cotação negativa, considerando serem prejudiciais para os seus próprios objetivos (“Promover a articulação da USF com a autarquia” e “Promover a articulação da USF com o centro hospitalar de referência”).
- Demonstrou elevada capacidade de mobilização para concretização dos objetivos.
- Apresentou elevada influência direta sobre todos os atores do sistema.
- Revelou ter uma influência direta e indireta mediana e semelhante sobre todos os atores, sendo menor sobre a URAP.
- Apresentou-se com uma grande dependência.
- No balanço líquido de influências verificou-se que exerce mais influência do que aquela que recebe de todos os atores, com exceção da equipa de enfermagem da USF (efeito nulo) e da URAP (recebe mais influência do que aquela que exerce).
- Demonstrou ter maior grau de convergência com a equipa de enfermagem da USF e com o conselho executivo do ACeS, com uma menor convergência com o Conselho Clínico e da Saúde do ACeS.

5.2.4.2.2 Conselho Executivo do ACeS Barlavento

- Tem como principal função garantir a prestação de cuidados de saúde primários, integrados e sustentados à população da sua área de influência.
- Atribuiu elevada importância aos objetivos estratégicos com uma grande capacidade de mobilização para concretização dos mesmos.
- Apresentou uma grande influência direta sobre todos os atores do sistema com exceção da URAP.
- Revelou ter uma grande influência direta e indireta, semelhante sobre todos os atores, mas menor sobre a URAP.
- Apresentou-se com uma elevada dependência.
- No balanço líquido de influências verificou-se que exerce mais influência do que aquela que recebe do grupo de assistente técnicos da USF, do grupo de médicos da USF e ainda do Conselho Técnico da USF, assim como do Conselho Clínico e

da Saúde do ACeS, sendo mais influenciado do que influenciador sobre a URAP, a equipa de enfermagem da USF e ainda sobre a ARS Algarve.

- Demonstrou ter maior grau de convergência com a equipa de enfermagem da USF e com a ARS Algarve, com uma menor convergência com o Conselho Clínico e da Saúde do ACeS.

5.2.4.2.3 Conselho Clínico e da Saúde do ACeS Barlavento

- Tem como principal função assegurar a governação clínica e de saúde no ACeS, de forma concertada, articulada e participada por todas as unidades funcionais.
- Atribuiu importância mediana aos objetivos estratégicos.
- Demonstrou menor capacidade de mobilização para concretização dos objetivos.
- Apresentou grande influência direta todos os atores, com exceção da URAP.
- Revelou ter uma influência direta e indireta mediana e semelhante sobre todos os atores, sendo menor sobre a URAP.
- Apresentou-se com uma elevada dependência.
- No balanço líquido de influências verificou-se que exerce mais influência do que aquela que recebe do grupo de assistentes técnicos da USF e da equipa de médicos da USF, apresentando efeito nulo em relação ao Conselho Técnico da USF e recebendo mais influência do que aquela que exerce em relação aos demais atores, sobretudo em relação à URAP.
- Demonstrou ser o ator com menor número de convergências, apresentando, ainda assim, um maior grau de convergência com a equipa de enfermagem da USF.

5.2.4.3 Redes de Apoio – URAP

- Tem como principais missões a melhoria da qualidade dos serviços partilhados do ACeS e contribuir para uma melhor governação de saúde, tendo em vista a melhoria da saúde da população.
- Foi o ator que atribui menor importância aos objetivos estratégicos, apresentando, no entanto, uma capacidade de mobilização para concretização dos objetivos acima da média.
- Apresentou uma influência direta mediana, sendo mais alta sobre os atores de gestão (ARS Algarve e ACeS).

- Revelou ter uma influência direta e indireta elevada e semelhante sobre todos os atores, sendo o ator com menor dependência.
- No balanço líquido de influências verificou-se que exerce mais influência do que aquela que recebe de todos os atores.
- Demonstrou ter um menor número de convergências com outros atores, sendo maior o grau de convergência com a equipa de enfermagem da USF e menor convergência com o Conselho Clínico e da Saúde do ACeS.

5.3 Meios de ação e Obstáculos

Para que sejam possível concretizar os objetivos é necessário mobilizar meios de ação que, tal como referido na literatura, nem sempre estão disponíveis (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2008; Afonso, 2010; Pisco, 2011; Rocha e Sá, 2011; Entidade Reguladora da Saúde, 2024).

Neste estudo foi possível verificar que nenhum dos atores entrevistados tem forma de contribuir com meios financeiros para a concretização dos objetivos, sendo este meio reportado para estruturas hierárquicas superiores e estando sobretudo relacionado com questões políticas (Pisco, 2011).

Apesar dos atores entrevistados referirem ter como meios de ação disponíveis os recursos humanos, ao contribuírem com o seu próprio trabalho (no caso dos profissionais da USF), ou com partilha de recursos humanos (no caso da URAP e do ACeS), este continua sendo um meio de ação claramente insuficiente e um dos grandes obstáculos à concretização dos objetivos estratégicos, sendo esta uma realidade que tem estado presente ao longo de toda a reforma dos CSP (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2008; Afonso, 2010; Pisco, 2011; Rocha e Sá, 2011; Entidade Reguladora da Saúde, 2024).

Por outro lado, os meios de ação que mais frequentemente estão disponíveis referem-se sobretudo à partilha de conhecimentos e ao apoio logístico aos profissionais da USF, sendo, no entanto, identificado como um problema a ténue articulação em rede com outras equipas que é ainda muito escassa, o que também vai de encontro aos resultados obtidos em estudos já publicados (Afonso, 2010; Pisco, 2011).

Apesar de também ter sido referido, por parte dos elementos da tutela, a possibilidade de fornecimento de sistemas de acompanhamento e avaliação e, ainda, a promoção de formação e qualificação dos profissionais, na verdade, esses pontos foram também

descritos pelos profissionais da USF como estando em falta (Entidade Reguladora da Saúde, 2024; Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2008; Pisco, 2011).

Entre os outros obstáculos referidos pelos atores, em tudo semelhantes ao que se passa no resto de país, encontram-se as condições de trabalho com elevada carga burocrática, sistemas informáticos desadequados, grande dimensão das listas de utentes com sobrecarga laboral associada e, ainda, alguns aspetos relacionados com fatores externos aos organismos de saúde, tais como, baixos índices de literacia da população, envelhecimento demográfico com aumento de necessidade de cuidados, escassez de respostas da comunidade e contexto político (Afonso, 2010; Entidade Reguladora da Saúde, 2024; Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2008; Pisco, 2011).

5.4 Futuros Possíveis e Fatores críticos

Sendo vários os futuros possíveis para a USF, a maioria dos atores foi da opinião de que a USF MTG iria progredir para o Modelo B ou manter-se como tal após a mudança legislativa.

Sendo este um modelo de USF que exige que toda a equipa esteja constantemente com um elevado índice de desempenho de toda a equipa, existem fatores críticos que importa ter presentes para que se possa gerir o melhor possível os recursos disponíveis. Todos os atores referiram o contexto político como sendo o fator com maior peso (Pisco, 2011; Bernardino, 2023; Delgado e Reis, 2024). Os outros fatores críticos referidos pelos atores dizem respeito à necessidade de um maior investimento a nível dos recursos humanos, à redução da carga burocrática, existência de um sistema de monitorização e acompanhamento verdadeiramente eficaz e ainda ao aumento do financiamento na área da saúde (Pisco, 2011).

5.5 Recomendações Estratégicas

Perante a análise estratégica de atores realizada, surge então a última etapa desta investigação: a elaboração das recomendações estratégicas.

Numa fase inicial, seria importante rever os objetivos estratégicos da USF, nomeadamente aqueles para os quais há maior neutralidade por parte dos atores e que dizem respeito a “Ter salas de espera confortáveis e agradáveis”, “Melhorar o acesso à consulta à distância”, “Promover a articulação da USF com a autarquia” e “Promover a

articulação da USF com o centro hospitalar de referência”. Considerando que a ARS Algarve atribui cotação negativa aos objetivos da USF relacionados com a articulação com a autarquia e com o CHUA, e sobretudo tendo em linha de conta que esses mesmos objetivos estão incluídos nos objetivos menos valorizados por todos os atores, pode ser útil rever a sua pertinência. No entanto, é importante ter em consideração que esses dois objetivos estão relacionados diretamente com os dois atores que, apesar do convite, não foram entrevistados. Importa ter em mente que os resultados poderiam ter sido diferentes caso tivesse sido possível realizar essas entrevistas.

Tendo em conta que os objetivos que receberam uma maior valorização por parte dos atores são precisamente aqueles que constam na literatura como sendo uma das mais valias da reforma dos CSP, e que dizem respeito às boas práticas e à acessibilidade ao utente, é fundamental manter investimento na sua concretização, desenvolvendo estratégias para melhoria contínua a partir de alianças com os vários atores do sistema, sobretudo com aqueles que têm uma maior capacidade de mobilização, ou seja, que têm uma maior capacidade para a sua concretização (equipa de enfermagem da USF, ARS Algarve e Conselho Executivo do ACeS).

Considerando que uma das funções do ator Conselho Técnico da USF reside na articulação com o ACeS, em particular com o conselho clínico e da saúde, será importante reavaliar a forma como estes atores se articulam e sobretudo a sua convergência sobre os objetivos. Por ser mais influenciador do que influenciado pelo grupo de médicos da USF e pelo grupo de assistentes técnicos da USF, pode ser um bom elo para incentivar mudanças que possam ser necessárias nos comportamentos desses mesmos atores.

O grupo de médicos da USF, apesar de atribuírem elevada importância aos objetivos, tem uma capacidade de mobilização apenas mediana, pelo que seria importante avaliar se existe possibilidade de melhoria neste campo. Tendo maior convergência com enfermagem, poderá ser útil estabelecimento de alianças em busca dessa melhoria.

A equipa de enfermagem apresenta-se como um ator com elevada capacidade de mobilização para os objetivos, devendo ser incentivada e estimulada essa capacidade de concretização no seio da equipa multiprofissional. Por apresentarem elevada influência direta sobre a maioria dos atores (excluindo a ARS e a URAP), podem ser um bom elo de ligação para alianças estratégicas. Por serem o único elemento interno da USF que exerce mais influência do que aquela que recebe por parte do ACeS, será um bom ator para estabelecimento de alianças estratégicas úteis para a equipa.

Seria importante explorar formas de o grupo de assistente técnicos poder contribuir para a concretização dos objetivos estratégicos da equipa, melhorando assim a sua capacidade de mobilização. Sendo este o grupo com menor convergência, apesar disso tem uma maior convergência com a equipa de enfermagem, pelo que estabelecer uma aliança com este ator pode ser uma boa forma de começar a trabalhar nesta melhoria.

A URAP, sendo um ator que pretende prestar um apoio sobretudo de consultadoria e de partilha de cuidados para as várias unidades funcionais do ACeS, apresenta-se como um ator dominante, com elevada influência e baixa dependência. Nesse sentido, seria interessante para a USF avaliar formar de otimizar a articulação que tem com a URAP, de forma a que possa beneficiar da sua capacidade de mobilização para a concretização dos objetivos e ainda da sua elevada influência sobre os demais atores.

Na Tabela 5.2 é apresentada uma síntese de recomendações para a USF MTG, tendo por base a análise estratégica de atores realizada.

Tabela 5.2: Síntese de Recomendações Estratégicas para a USF MTG

Foco: melhoria do desempenho da USF MTG		
Resultados	Recomendações	Fonte
Existem objetivos estratégicos com menor importância para todos os atores 1) Maior neutralidade nos objetivos “Ter salas de espera confortáveis e agradáveis”, “Melhorar o acesso à consulta à distância”, “Promover a articulação da USF com a autarquia” e “Promover a articulação da USF com o centro hospitalar de referência”. 2) ARS Algarve atribui cotação negativa aos objetivos relacionados com a articulação com a autarquia e com o CHUA.	(1) Rever os objetivos estratégicos da USF.	Delgado e Reis (2024)
Os objetivos que receberam uma maior valorização por parte dos atores são aqueles que dizem respeito às boas práticas e à acessibilidade ao utente.	(2) Desenvolver estratégias para alcançar os objetivos nas áreas de boas práticas clínica e de acessibilidade aos utentes.	Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 novembro de 2023
	(3) Motivar os trabalhadores a utilizar as suas competências ao mais alto nível.	
Os atores do sistema com maior capacidade de mobilização, são a equipa de enfermagem da USF, a ARS Algarve e o Conselho Executivo do ACeS.	(4) Criar estratégias para melhoria contínua a partir de alianças com os atores com maior capacidade de mobilização.	
Existe uma menor convergência relativa entre o Conselho Técnico da USF e o conselho clínico e da saúde do ACeS.	(5) Melhorar a articulação do Conselho Técnico da USF com o conselho clínico e da saúde do ACeS.	

Fonte: autoria própria

Tabela 5.2: Síntese de Recomendações Estratégicas para a USF MTG
(continuação)

Foco: melhoria do desempenho da USF MTG		
Resultados	Recomendações	Fonte
Conselho Técnico exerce maior influência do que aquela que recebe do grupo de médicos e do grupo de assistentes técnicos da USF.	(6) Recorrer ao Conselho Técnico para promover mudanças nos grupos de profissionais sobre os quais tem maior influência.	Bernardino (2023) Pisco (2011) Rocha e Sá (2011) Afonso (2010)
Maior convergência dos médicos com a equipa de enfermagem.	(7) Estabelecer alianças entre equipa médica e de enfermagem para criar estratégias para concretização de alguns objetivos.	
Equipa de médicos da USF, apesar de atribuir elevada importância aos objetivos, tem uma capacidade de mobilização apenas mediana.	(8) Desenvolver estratégias de melhoria da capacitação da equipa médica para concretização dos objetivos estratégicos.	
	(9) Ponderar alianças com equipa de enfermagem para este efeito, uma vez que esse ator tem maior capacidade de mobilização e entre ambos existe uma boa convergência.	
Equipa de enfermagem destaca-se por: 1) Elevada capacidade de mobilização para os objetivos; 2) Elevada influência direta sobre a maioria dos atores (exceto ARS e URAP) 3) É o único elemento interno da USF que exerce mais influência do que aquela que recebe por parte do ACeS	(10) Incentivar equipa de enfermagem a usar a sua capacidade de concretização no seio da equipa multiprofissional.	
	(11) Estabelecer alianças estratégicas entre equipa de enfermagem e restantes atores, em especial com o ACeS.	
Equipa de assistentes técnicos é o grupo que menos converge com restantes atores, tem a maior dependência e a menor influência.	(12) Explorar formas de o grupo de assistente técnicos poder contribuir para a concretização dos objetivos estratégicos da equipa.	
A URAP, é o único ator dominante, com elevada influência, grande capacitação apesar de atribuir menor importância aos objetivos.	(13) Avaliar formas de otimizar a articulação com a URAP, de forma a que possa beneficiar da sua capacidade de mobilização para a concretização dos objetivos e ainda da sua elevada influência sobre os demais atores	

Fonte: autoria própria

CAPÍTULO 6 – CONCLUSÃO

A gestão das organizações de saúde tem como grande desafio dar resposta ao desenvolvimento sustentável e conseguir suprir as necessidades das gerações presentes sem comprometer a capacidade de suprir as necessidades das gerações futuras. Para tal é fundamental recorrer a estratégias que sejam simultaneamente corretas do ponto de vista ecológico, viáveis do ponto de vista económico, justas do ponto de vista social e inclusivas do ponto de vista cultural (Delgado e Reis, 2024).

As organizações devem assim percorrer o seu caminho envolto em incertezas e com um número sem fim de estratégias organizacionais, resultantes das características das instituições e dos atores envolvidos no processo (Delgado e Reis, 2024).

O futuro reserva sempre vários cenários possíveis sendo que, em teoria, todos podem acontecer. A análise prospetiva permite conhecer quais os cenários que são “mais possíveis”. Deste modo, conhecendo bem o sistema e os seus atores, formulando adequadamente as hipóteses e os cenários possíveis, podemos antever o futuro e desenhar estratégias que permitam introduzir medidas corretivas que conduzam a uma gestão mais eficiente (Abrantes, 2012). É assim normal que cada vez seja mais frequente encontrar investigadores, gestores e decisores a utilizarem esta metodologia como forma de fundamentarem as suas decisões.

6.1 Síntese dos principais resultados

Considerando os enormes desafios a que se propõe uma USF (sobretudo no início da sua atividade, como é o caso da USF MTG), a realização de um diagnóstico prospetivo permitiu conhecer e analisar as dinâmicas internas e externas da USF, os principais atores-chave e os fatores críticos na gestão de desempenho da USF.

Relativamente ao ambiente envolvente da USF MTG (interno e externo), trata-se de uma unidade jovem, motivada, coesa e aberta a inovação que tem a inexperiência inerente à sua jovialidade (no que diz respeito à gestão interna e à aquisição de hábitos de trabalho em equipa). Está inserida num ambiente que apresenta várias ameaças que são transversais a várias outras unidades do país e que condicionam um aumento da carga burocrática e da carga laboral, dificultando muitas vezes a concretização dos objetivos da equipa. No entanto, as mudanças na legislação (com publicação do Decreto-Lei nº102/2023 e do Decreto-Lei nº103/2023), assim como a existência de uma rede de

cuidados partilhados no ACeS e de rastreios organizados na região, são oportunidades que podem contribuir para o melhor desempenho da equipa.

Foram identificados dez atores coletivos para a USF, sendo que apenas oito participaram no estudo: a ARS Algarve, o Conselho Executivo do ACeS Barlavento, o Conselho Clínico e da Saúde do ACeS Barlavento, o Conselho Técnico da USF MTG, o Grupo Profissional de Médicos da USF MTG, o Grupo Profissional de Enfermeiros da USF MTG, o Grupo Profissional de Assistentes Técnicos da USF MTG e a URAP. O estudo permitiu identificar oito desafios estratégicos e para cada um deles foram definidos vários objetivos, num total de 36 objetivos, sendo que todos os atores entrevistados foram favoráveis à maioria dos objetivos estratégicos da USF MTG, com maior ênfase naqueles que dizem respeito às boas práticas e à acessibilidade ao utente. Todos os atores exercem influência direta sobre os demais, o que é compreensível por se tratar de uma organização de saúde em que os projetos individuais de um ator se cruzam inevitavelmente, de forma mais ou menos intensa, com os projetos e objetivos dos restantes atores. A URAP destaca-se por ser o ator com menor dependência, exercendo mais influência do que aquela que recebe dos restantes atores, sendo o ator que atribui menor importância aos objetivos estratégicos da USF e, no entanto, apresenta uma capacidade de mobilização para a sua concretização acima da média. Destacam-se também a equipa de enfermagem da USF MTG, que apesar de ter uma dependência significativa, é um dos atores com maior influência direta e indireta sobre os restantes atores. No pólo oposto, está a equipa de assistentes técnicos da USF MTG que tem a maior dependência e a menor influência sobre os demais.

Todos os atores entrevistados referiram o contexto político como sendo o fator com maior peso para a concretização dos objetivos estratégicos da USF MTG, salientando-se ainda a necessidade de um maior investimento a nível dos recursos humanos, a redução da carga burocrática, a existência de um sistema de monitorização e o acompanhamento verdadeiramente eficaz e ainda ao aumento do financiamento na área da saúde.

6.2 Contribuições e implicações do estudo

Nas organizações tradicionais, muitas vezes os vários sectores atuam de forma isolada, sem se articularem com os demais e sem terem a consciência que todos têm objetivos em comum e que os resultados só fazem sentido se forem vinculados à missão da organização (Ferreira et al., 2005). Este estudo demonstrou que, de uma forma geral, todos os atores

envolvidos se reconhecem nos objetivos estratégicos da USF MTG e ainda que, de forma mais ou menos expressa, todos possuem capacidade de mobilização para a concretização desses mesmos objetivos. Nas organizações de saúde, o verdadeiro sucesso só é possível quando todos estão envolvidos e participam no processo de análise, formulação e implementação estratégica, com foco de todos num propósito comum (Delgado e Reis, 2024).

Importa ainda referir que é pretensão da mestranda, após conclusão do mestrado, apresentar os resultados obtidos na USF em análise de forma a que a equipa possa beneficiar das recomendações estratégicas definidas e, desta forma, otimizar os seus esforços com vista à obtenção de um elevado nível de desempenho que permita obter ganhos, tanto para os profissionais da equipa quanto para os utentes da USF.

6.3 Limitações e sugestões de investigação futura

Uma das limitações deste estudo incidiu na adesão às entrevistas, sendo que apenas aceitaram oito entidades, o que condiciona a generalização dos resultados obtidos. Para o futuro, seria interessante aprofundar este estudo, incluindo o novo órgão de gestão intermédia (ULS Algarve) e, se possível, também o ator coletivo utente/ utilizador.

Seria também útil realizar a análise estrutural do sistema, uma das etapas do Método dos Cenários que não foi realizada neste estudo por uma questão de gestão de tempo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrantes, A. F. C. L. (2012) *Determinantes Organizacionais na Qualidade em Tecnologias da Saúde. O caso particular dos Serviços de Radiologia do Sector Público da Região de Saúde do Algarve*. Tese de Doutoramento não publicada, Universidade de Évora.
- ACeS Barlavento (2023) *Relatório Anual sobre o Acesso aos Cuidados de Saúde*, Relatório não publicado.
- ACeS Barlavento (2022) *Relatório Anual sobre o Acesso aos Cuidados de Saúde*, Relatório não publicado.
- Adair, C., Simpson, E., Casebeer, A., Birdsell, J., Hayden, K., & Lewis, S. (2006a) Performance Measurement in Healthcare: Part I - Concepts and Trends from a State of the Science Review. *Healthcare Policy / Politiques de Santé*, 1(4), 85–104.
- Adair, C., Simpson, E., Casebeer, A., Birdsell, J., Hayden, K., & Lewis, S. (2006b) Performance Measurement in Healthcare: Part II - State of the Science Findings by Stage of the Performance Measurement Process. *Healthcare Policy / Politiques de Santé*, 2(1), 56–78.
- Afonso, P. B. (2010) Contratualização em ambiente de Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 59–64.
- Aguinis, H. (2019) *Performance Management For Dummies*, New Jersey, John Wiley & Sons.
- Bardin, L. (1977) *Análise de Conteúdo*, Lisboa, Edições 70.
- Bernardino, M. (2023) *Gestão em Saúde: Organização Interna dos Serviços*, Coimbra, Almedina.
- Biscaia, A. R., & Heleno, L. C. V. (2017) A reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal: Portuguesa, moderna e inovadora. *Ciencia e Saude Coletiva*, 22(3), 701–711.
- Bryman, A. (2012) *Social Research Methods* (4nd ed.), New York, Oxford University Press Inc.
- Câmara Municipal De Portimão (2016) *Plano de Ação de Regeneração Urbana*, Portimão, Lugar do Plano, Gestão do Território Lda.
- Conceição, C., Gonçalves, A., Blaise, P., Lerberghe, W. Van, & Ferrinho, P. (2001) A gestão do desempenho dos médicos de família no Serviço Nacional de Saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 19 (1), 15-23.
- Cortes, M. (2016) Breve olhar sobre o estado da saúde em Portugal. *Sociologia, Problemas e Praticas*, 80, 117–143.
- Decreto-Lei n.º 23/2019 de 30 de janeiro de 2019 (2019) *Diário da República*, 1.ª série 21, 753–769.
- Delgado, M., & Reis, R. (eds) (2024) *Uma Nova Gestão em Serviços de Saúde*, Lisboa, Edições Sílabo.
- Entidade Reguladora da Saúde (2024) *Cuidados de Saúde Primários - Qualidade e Eficiência nas UCSP e USF*, Porto
- Ferreira, V., Cardoso, A., Correa, C., & França, C. (2005). *Modelos de Gestão* (3ª edição), Rio de Janeiro, Editora FGV.
- FFMS (2023) *Censos de 2021 por concelho e regiões: evolução 1960-2021*. PORDATA. <https://www.pordata.pt/censos/quadro-resumo-municipios-e-regioes>

- Filho, J., Kestelman, H., Junior, L., & Torres, M. (2016) *Planejamento e gestão estratégica em organizações de saúde* (2ª edição), Rio de Janeiro, Editora FGV.
- Fonseca, L. S., Azevedo Filho, E. T., & Oliveira, C. M. (2020) *Prospectiva Estratégica de Michel Godet: um mapeamento sistemático do método dos cenários na base scopus. Anais do XIX Simpósio de Pesquisa Operacional & Logística da Marinha*, 2365–2380. Disponível em: <https://doi.org/10.5151/spolm2019-171>, (acedido em 11.06.2022).
- Godet, M. (1991) *Manual de Prospectiva Estratégica - da antecipação à acção*, traduzido por Silva, J.F., Lisboa, Publicações Dom Quixote.
- Godet, M. (1997) *A 'Caixa de Ferramentas' da Prospectiva Estratégica*, traduzido por Dias, J. & Ramalheite, P., Lisboa, Cadernos do CEPES.
- Godet, M., & Durance, P. (2011). *A prospectiva estratégica - Para as empresas e os territórios*, traduzido por Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Dunod Ed.
- Grupo de Trabalho da Saúde do Conselho Local de Ação Social de Portimão (2015) *Carta da Saúde do Concelho de Portimão*. Conselho Local de Ação Social de Portimão.
- Johnson, G., Scholes, K., & Whittington, R. (2006) *Dirección Estrategica*, 7ª Ed., Madrid, Gaficas Rogar.
- Jones, R. & Jenkins, F. (2016) *Key topics in healthcare management : understanding the big picture*. Boca Raton, CRC Press.
- Lapão, L. V., & Pisco, L. (2019) A reforma da atenção primária à saúde em Portugal, 2005-2018: O futuro e os desafios da maturidade. *Cadernos de Saúde Publica*, 35, 1-12.
- Maria, J., Caldas, C., & Perestrelo, M. (1998) *Instrumentos de Análise para o Método dos Cenários - I. Análise Estrutural*. Disponível em: https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/467/4/DINAMIA_WP_1998-09.pdf, (acedido em 11.06.2022).
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2008) *Sucessos e problemas das Unidades de Saúde Familiar – Um estudo qualitativo*, Porto, Ministério da Saúde.
- Monteiro, B. R. (2020) Monitoring and performance indicators in family health units and the objectives of sustainable development goals (SDG 3) in health: A comparative analysis in Portugal in the 2013-2018 period. *Ciencia e Saude Coletiva*, 25(4), 1221–1232.
- Monteiro, L., & Valente, R. (2007) Cultura Organizacional e Estilo de Gestão. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*, 2, 30–37.
- Neto, S. P. S. (2009) *Planejamento e Gestão Estratégicos, Volume 1 – Princípios e Ferramentas*, Rio de Janeiro, Secretaria de Ciência e Tecnologia.
- Ney, M. S., Pierantoni, C. R., & Lapão, L. V. (2015) Sistemas de avaliação profissional e contratualização da gestão na Atenção Primária à Saúde em Portugal. *Saúde Em Debate*, 39(104), 43–55.
- Perestrelo, M. (2002) Planeamento Estratégico e Avaliação Metodologias de Análise Prospectiva. *Cidades - Comunidades e Territórios*, 4, 33–43.
- Pescada, S. S. P. V. (2019) *As Dinâmicas dos Cuidados Continuados Integrados na Região do Alentejo. Diagnóstico Sociológico, Estratégia de Atores e Futuros Possíveis*. Tese de Doutoramento não publicada, Universidade de Évora.

- Pisco, L. (2011) Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2841–2852.
- Pisco, L., & Pinto, L. F. (2020) From alma-ata to astana: The path of primary health care in portugal, 1978-2018 and the genesis of family medicine. *Ciencia e Saude Coletiva*, 25(4), 1197–1204.
- Presidência do Conselho de Ministros. (2023) Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 novembro de 2023. In *Diário da República*, 1.ª série (215), 21–48.
- Ribeiro, J. (2008) *Comportamento Organizacional*. Disponível em: www.studocu.com/row/document/universidade-tecnica-de-angola/direito-internacional-publico/comportamentoorganizacional/35400237, (acedido em 27.08.2022).
- Rocha, P. M., & Sá, A. B. (2011) Reforma da Saúde Familiar em Portugal: avaliação da implantação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 2853–2863.
- Saragoça, J., Silva, C., & Abrantes, A. (2014) Potencialidades da Análise Prospetiva para a Investigação em Saúde: o Caso das tendências da prática baseada na evidência nos Serviços de Radiologia Hospitalar Pública da Região do Algarve. *Enfermagem Contemporânea. Dez Temas, Dez Debates*. Universidade de Évora.
- Taticchi, P., Tonelli, F., & Cagnazzo, L. (2010) Performance measurement and management: a literature review and a research agenda. *Measuring Business Excellence*, 14(1), 4–18
- Unidade de Saúde Familiar Manuel Teixeira Gomes (2023) *Relatório de Atividades*, Relatório não publicado.
- Unidade de Saúde Familiar Manuel Teixeira Gomes (2023) *Regulamento Interno*, Documento não publicado.
- Unidade de Saúde Pública do ACeS Barlavento (2018) *Plano Local de Saúde Barlavento-Algarve*.
- Yin, R. K. (1994) *Pesquisa Estudo de Caso - Desenho e Métodos* (2 ed). Porto Alegre. Bookman.

APÊNDICES

Apêndice 1: Guião da Entrevista

Entrevista semiestruturada aos atores chave de uma USF Modelo A do ACeS Barlavento

**“Análise de Tendências e Contributos para a Melhoria da Gestão do
Desempenho das Equipas: O caso de uma Unidade de Saúde
Familiar do Modelo A”**

**MA
2022/2023**

Apresentação da pesquisa e dos objetivos

Estamos a contactá-lo no sentido de nos facultar uma entrevista sobre a estratégia de atores no contexto de uma investigação para uma tese de mestrado, para a qual nos interessa saber: a sua posição relativa a um conjunto de desafios e objetivos estratégicos em relação a uma USF Modelo A do ACeS Barlavento; os meios de ação necessários para a concretização desses objetivos; os atores de que depende e os obstáculos que podem condicionar a sua ação.

ENTREVISTA

I. Objetivos da instituição/atores

1.1 Em relação a um conjunto de desafios estratégicos e objetivos identificados com base nos resultados do diagnóstico e da análise estrutural da USF, posicione o seu acordo (+), desacordo (-) ou neutralidade (0) em relação a cada objetivo mediante uma escala que varia entre -4 e +4, sendo que:

- **(-4)** o objetivo põe em causa a existência do ator ou (+4) o objetivo é indispensável à sua existência;
- **(-3)** o objetivo põe em causa a realização das missões do ator ou (+3) objetivo é indispensável para a concretização das suas missões;
- **(-2)** o objetivo põe em causa o sucesso dos projetos do ator ou (+2) o objetivo é indispensável à concretização dos seus projetos;
- **(-1)** o objetivo põe em causa ou (+1) favorece, de forma limitada no tempo e espaço, os processos operacionais (gestão...);
- **(0)** o objetivo é pouco consequente.

Desafios estratégicos	Objetivos associados	Ponderação
A – Prestação de Cuidados de Saúde com Qualidade	1 – Priorizar a acessibilidade aos cuidados: dar resposta ao Direito à Saúde em tempo útil	
	2 – Priorizar a globalidade dos cuidados: prestar cuidados nos vários contextos de saúde e de doença, desde a promoção da saúde à prevenção e ao controlo da evolução da doença	
	3 – Priorizar a eficácia e a eficiência dos cuidados: prestar cuidados de saúde de excelência com o menor uso de recursos possível	
	4 – Priorizar a continuidade dos cuidados: prestar cuidados ao longo das várias fases de vida dos utentes	
	5 – Atender às boas práticas clínicas	
	6 – Atender às boas práticas de organização e gestão	
	7 – Cumprir as normas de ética e deontologia dos profissionais e dos Serviços Públicos	
	8 – Garantir a aquisição de material necessário para prestação de cuidados aos utentes	
	9 – Ter salas de espera confortáveis e agradáveis, com zonas adequadas e equipadas com material lúdico para crianças	
	10 – Promover a avaliação da USF, objetiva e permanente, visando a adoção de medidas corretivas dos desvios suscetíveis de pôr em causa os objetivos estratégicos da equipa	

Desafios estratégicos	Objetivos associados	Ponderação
B - Acessibilidade aos Cuidados de Saúde	11 – Melhorar o acesso à consulta do dia	
	12 – Melhorar o acesso à consulta programada	
	13 – Melhorar o acesso à consulta domiciliária aos utentes que tenham incapacidade que inviabilize a sua deslocação às instalações da USF	
	14 – Melhorar o acesso à consulta à distância	
	15 – Promover a divulgação dos vários canais de comunicação com o utente	
	16 – Garantir a acessibilidade e conforto em toda a Unidade a pessoas com limitações motoras (cadeira de rodas, rampas de acesso e casa de banho adaptadas)	
	17 – Promover a adequada e boa sinalética na USF	
C – Atualização técnica contínua	18 – Incentivar a formação dos profissionais da USF	
	19 – Promover reuniões formativas na USF	
	20 – Investir na revisão e atualização dos documentos internos da USF	
D – Trabalho em rede (articulado e integrado)	21 – Promover a articulação da USF com outras unidades e com outras consultas do ACeS	
	22 – Promover a articulação da USF com a autarquia	
	23 – Promover a articulação da USF com o centro hospitalar de referência	
E – Participação no ensino e formação	24 – Colaborar com a formação de alunos dos cursos de Medicina e de Enfermagem	
	25 – Colaborar na formação geral de Médicos	
	26 – Colaborar na formação específica de Médicos	
	27 – Colaborar com a Universidade da região	
F - Satisfação dos profissionais	28 – Investir num ambiente de trabalho agradável e com instalações seguras, limpas e arrumadas e com climatização adequada	
	29 – Investir no tratamento cordial e respeitoso entre todos os profissionais	
	30 – Promover a realização de reuniões frequentes para auscultação dos vários profissionais	
G – Satisfação dos utentes	31 – Investir na qualidade das instalações – espaço acolhedor, confortável, limpo	
	32 – Investir no tratamento cordial, respeitoso e personalizado entre os profissionais e os utentes	
	33 – Investir na resposta a reclamações dos utentes, com intuito de promover melhorias	
	34 – Auscultar sugestões de melhorias dos utentes	

Desafios estratégicos	Objetivos associados	Ponderação
H – Contribuição para sociedade e ambiente	35 – Investir em atitudes que contribuam para a poupança de energia, reciclagem de materiais e preservação do ambiente	
	36 – Participar em atividades que promovam a literacia em saúde na comunidade	

II. Meios de ação

2.1 Que meios de ação dispõe para concretizar os objetivos? (meios humanos, meios materiais, meios imateriais/intangíveis, meios financeiros...)

III. Obstáculos

3.1 Quais os obstáculos que pode encontrar na concretização dos objetivos?

IV. Outros atores

4.1 De que atores depende a concretização dos seus objetivos e o que espera deles?

4.2 Qual a importância que lhes atribui, avaliando o grau de influência/dependência mediante uma escala que varia entre “0” a “4”, sendo que:

- (4) Influência muito forte (o ator põe em causa a sua existência);
- (3) Influência forte (o ator condiciona/põe em causa as suas missões e dos seus objetivos estratégicos);
- (2) Influência razoável (o ator condiciona/põe em causa os seus projetos ou ações);
- (1) Influência fraca (o ator condiciona, de forma limitada no tempo e no espaço, os processos operacionais [gestão, etc.] de outro ator);
- (0) Sem influência (o ator não dispõe de meios de ação sobre si)

Atores de que depende	Grau de influência/dependência
Governo Central / Ministério da Saúde / ACSS	
Governo Regional / Autarquia	
Administração Regional de Saúde do Algarve	
ACeS Barlavento	
Equipa médica da USF	
Equipa de enfermagem da USF	
Equipa de assistentes técnicos da USF	
Outras Unidades de Saúde do ACeS Barlavento	
Centro Hospitalar Universitário do Algarve	
Outros Hospitais	
Utentes / Cuidadores / Famílias	

V. Futuros possíveis e fatores-chave de mudança ou estagnação para a USF

5.1 O que pensa que acontecerá à USF nos próximos anos?

5.2 Quais os fatores-chave por onde passa a sua mudança ou estagnação?

VI. Caracterização do Ator/Entrevistado