



Aurora
Bastos



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
1º Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem

NOVO MODELO DE GESTÃO NAS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR: A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aurora Margarida Pereira Bastos

Porto | 2014

NOVO MODELO DE GESTÃO NAS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR: PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

1º Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem

**NOVO MODELO DE GESTÃO NAS UNIDADES DE SAÚDE
FAMILIAR: A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Dissertação académica orientada pela
Professora Doutora Elizabete Maria das Neves Borges
e co-orientada pela
Professora Mestre Ana Isabel Soares de Pinho Vilar

Aurora Margarida Pereira Bastos

Porto | 2014

AGRADECIMENTOS

Às minhas orientadoras Professora Doutora Elizabete Maria das Neves Borges e Professora Mestre Ana Isabel Soares de Pinho Vilar, por todo o apoio, incentivo, otimismo, exigência e votos de confiança que sempre me transmitiram. Só assim foi possível a elaboração deste trabalho com a qualidade necessária.

À coordenadora do Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem, Professora Doutora Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins, pelo acompanhamento e apoio ao longo destes dois anos.

Aos enfermeiros que aceitaram participar neste estudo, tornando-o exequível. Os vossos contributos, a vossa disponibilidade, empenho e partilha foram cruciais neste processo.

À Escola Superior de Enfermagem do Porto e ao Conselho de Administração e Direção de Enfermagem da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, por permitiram a realização deste estudo.

À equipa da USF Lagoa pela compreensão, disponibilidade e trabalho em equipa que permitiram a conciliação dos meus estudos com o trabalho com menor prejuízo para cada uma das partes.

À minha família e ao Tiago por percorrerem sempre ao meu lado este percurso, pela compreensão pelo tempo que não vos dei e por sempre acreditarem que seria capaz.

Aos amigos que já tendo concluído percursos semelhantes me aconselharam e incentivaram na persecução dos meus objetivos.

A alguns colegas do 1º Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem, pela partilha de opiniões e conhecimentos.

A todos as outras pessoas que estiveram presentes e que direta ou indiretamente colaboraram na realização deste trabalho.

A todos o meu sincero agradecimento!

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já têm a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.”

Fernando Pessoa

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACeS – Agrupamentos de Centros de Saúde
ARS – Administração Regional de Saúde
CS – Centros de Saúde
CSP – Cuidados de Saúde Primários
ERA – Equipas Regionais de Apoio
ICN – International Council of Nurses
MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SNS – Serviço Nacional de Saúde
UCC – Unidades de Cuidados na Comunidade
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF – Unidade de Saúde Familiar
USF-AN – Unidades de Saúde Familiar – Associação Nacional
USP – Unidade de Saúde Pública

Cont. – Continua
E – Entrevistado
N – Número Total
UE – Unidades de Enumeração
% – Percentagem

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	19
1. A REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E AS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR	21
1.1. Perspetiva Histórica.....	21
1.2. A Regulamentação das USF.....	28
2. A GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE	33
2.1. A Evolução dos Modelos de Gestão	34
2.1.1. Administração Clássica	35
2.1.2. Teoria Neoclássica	37
2.1.3. Teorias Contemporâneas da Administração.....	38
2.2. A Gestão nas Organizações Contemporâneas	43
2.3. Gestão em Enfermagem	46
2.3.1. As Funções de Gestão em Enfermagem nas USF.....	47
3. MUDANÇA ORGANIZACIONAL	53
3.1. Fatores que Influenciam a Mudança Organizacional	55
3.2. Adaptação Individual à Mudança Organizacional	58
3.3. O Modelo de Gestão das USF e a Mudança Organizacional	60
4. METODOLOGIA	63
4.1. Questões de Investigação e Objetivos	63
4.2. Tipo de Estudo	64
4.3. Participantes	65
4.3.1. Caracterização dos Participantes.....	66
4.4. Técnica de Recolha de Informação	67
4.5. Procedimentos e Considerações Éticas	68
4.6. Estratégias de Análise de Tratamento de Dados	69

5. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	71
5.1. Percepção Sobre o Novo Modelo de Gestão	71
5.2. Impacto na Prática do Novo Modelo de Gestão	75
5.3. Expectativas Associadas ao Novo Modelo de Gestão	85
5.4. Expectativas Futuras Relacionadas com o Novo Modelo de Gestão	88
5.5. Diferenças Entre os Dois Modelos de Gestão Vivenciados	92
5.6. Fatores Facilitadores do Processo de Mudança Organizacional	96
5.7. Fatores Inibidores do Processo de Mudança Organizacional.....	100
CONCLUSÃO	107
BIBLIOGRAFIA	111
ANEXOS	123
Anexo I – Guião da Entrevista.....	125
Anexo II – Consentimento Informado.....	129

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Caracterização sociodemográfica dos participantes	66
QUADRO 2: Caracterização profissional dos participantes.....	66
QUADRO 3: Percepção sobre o novo modelo de gestão.....	72
QUADRO 4: Impacto na prática do novo modelo de gestão	75
QUADRO 5: Expectativas associadas ao novo modelo de gestão	86
QUADRO 6: Expectativas futuras relacionadas com o novo modelo de gestão.....	88
QUADRO 7: Diferenças entre os dois modelos de gestão vivenciados	92
QUADRO 8: Fatores facilitadores do processo de mudança organizacional.....	96
QUADRO 9: Fatores inibidores do processo de mudança organizacional.....	101

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Perspetiva Histórica do SNS.....	27
FIGURA 2: Perceção dos enfermeiros sobre o novo modelo de gestão das USF....	105

RESUMO

Novo Modelo de Gestão nas Unidades de Saúde Familiar: A percepção dos enfermeiros

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) sofreram inúmeras reestruturações o que acarreta novos desafios, oportunidades e mudanças. Em 2006 iniciou-se o processo de regulamentação e implementação das Unidades de Saúde Familiar (USF) e, em 2008, dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS). Das várias modificações destacam-se as alterações na gestão das unidades, nomeadamente nas funções a cargo dos enfermeiros.

Este estudo teve como objetivos: identificar a percepção dos enfermeiros sobre o modelo de gestão implementado nas USF; descrever a percepção dos enfermeiros sobre o impacto do modelo de gestão das USF, nas suas práticas; descrever a percepção dos enfermeiros sobre a concretização das expectativas associadas ao novo modelo de gestão das USF; descrever as expectativas futuras dos enfermeiros relativas ao modelo de gestão das USF; descrever as implicações na prática, decorrentes dos diferentes modelos de gestão vivenciados pelos enfermeiros e descrever os principais fatores facilitadores ou inibidores do processo de mudança organizacional manifestados pelos enfermeiros perante a experiência com o novo modelo de gestão desenvolvido nas USF.

Para a sua realização optou-se por uma abordagem qualitativa, do tipo exploratório, descritivo e transversal. Participaram no estudo treze enfermeiros pertencentes a um ACeS da zona Norte. Como instrumento de recolha de informação selecionou-se a entrevista semi-estruturada e para a análise dos dados, a análise de conteúdo, do tipo temática, segundo Bardin (2010).

Os dados mostraram que a percepção dos participantes sobre o novo modelo de gestão das USF focalizava-se na descentralização da gestão, na ausência da figura de enfermeiro chefe e na estrutura orgânica das USF. Como impacto na prática foram referidos: sobrecarga de trabalho, remuneração não adequada às funções, desigualdade nas relações de poder, autonomia profissional de enfermagem, dinâmicas de trabalho, melhoria da qualidade, e realização pessoal e profissional.

Sete dos participantes consideram concretizadas as expectativas relacionadas com o novo modelo de gestão, havendo no entanto participantes que consideram que não tinham quaisquer expectativas ou que estas não foram concretizadas. Em relação às expectativas futuras estas prendem-se com: alterações à regulamentação da estrutura de gestão das USF, desenvolver competências interpessoais em equipa e melhores cuidados de enfermagem. As principais diferenças entre os dois modelos de gestão, antes e após implementação das USF, são: gestão partilhada, ausência de liderança formal em enfermagem e ausência de tempo destinado à gestão de enfermagem. Os fatores facilitadores do processo de mudança organizacional referidos são: trabalho em equipa, transição eficaz, regime de incentivos e condições físicas e de materiais. No que concerne aos fatores inibidores estes foram: ausência de formação, transição dificultadora, experiência no modelo anterior e gestão de tempo dificultada.

Palavras-chave: Saúde Familiar, Gestão, Cuidados de Saúde Primários, Mudança Organizacional, Enfermagem

ABSTRACT

New Model for the Management of Family Health Units: The Nurses' Perception.

The Primary Health Care (CSP) were subjected to several restructurings, which brought new challenges, opportunities and changes. In 2006, the Family Health Units' (USF) regulation and implementation process began, and in 2008 the same process was initiated regarding the Health Center Groups (ACeS). The most outstanding changes were those related to the unit's management, especially in what concerns the nurses' tasks.

This study objectives were: to identify the nurses' perception regarding the implemented USF's management model; to describe the nurses' perception regarding the impact of the USF management model on their tasks; to describe the nurses' perception regarding the completion of the new USF management model's expectations; to describe the nurses' future expectation regarding the USF's management model; to describe the practical consequences from the different management models that nurses endure, while also describing the main catalysts and inhibitors of the organizational changing process shown by the nurses when facing the new management model developed in the USF.

In order to make this study possible, the approach chosen was a quality one, of an exploratory, descriptive and transversal kind. Thirteen nurses from a northern ACeS took part on this study. The semi-structured interview was selected as an information gathering instrument, whereas the theme content analysis was chosen for the data analysis, according to Bardin (2010).

The data has shown that the participants' perception regarding the new USF management model focused in its decentralization, in what the lack of the head nurse's role is concerned, and also in the USF's organic structure. As practical impacts, the following were mentioned: overwhelming workflow, inadequate salary considering the role, power relations' unevenness, nursing professional autonomy, work dynamics, quality improvements, personal and professional realization. Seven of the participants consider that the expectations related to the new management

model were met; nevertheless, some participants considered that either they did not have any expectations to begin with, or that the ones they had weren't met. The future expectations are: changes of the USF management structure's regulation; the development of better nursing care, as well as the interpersonal skills. The main differences between the previous management model and the new one are: shared management, lack of nursing formal leadership and also lack of time for nursing management. The mentioned organizational changing process catalysts are: teamwork, effective transition, incentive program and the material and logistics conditions. In what concerns the inhibitors, these were: lack of training, difficulting transition, the experience gained in the previous model and difficulties found in the management of time.

Key-words: Family Health, Management, Primary Health Care, Organizational Change, Nursing

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS), através de documentos como a Declaração de Alma Ata, define os CSP como cuidados essenciais de saúde que devem ser pautados pela acessibilidade universal, equidade e justiça social. Em Portugal, os CSP têm sofrido reestruturações recentes, trazendo novos desafios, novas oportunidades e muitas mudanças. A reforma do sistema de saúde em Portugal com as políticas de saúde recentes recoloca o foco nos CSP, considerando-os como o pilar do sistema de saúde. Os últimos anos têm sido ricos no que concerne à sua reconfiguração, sendo que em 2006, se iniciou o processo de regulamentação e implementação das USF e, em 2008, dos ACeS.

Das várias modificações advindas desta reforma dos CSP, uma delas prende-se com as alterações nas funções de gestão imputadas aos enfermeiros o que trouxe várias repercussões na prática. Esta questão tem gerado algumas inquietações, as quais motivaram para o desenvolvimento deste estudo intitulado de Novo Modelo de Gestão nas Unidades de Saúde Familiar: perceção dos enfermeiros, integrado no Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem.

O facto de haver poucos estudos nesta área, reforçado pelas recentes alterações, foi também um dos fatores motivacionais para a realização desta investigação. Ferreira e Silva (2012) referem que as várias mudanças que ocorreram no contexto de saúde, trouxeram a necessidade de se realizarem estudos sobre o tema e sobre as repercussões que a reforma dos CSP trouxe para os profissionais, em particular para os enfermeiros.

Segundo as Equipas Regionais de Apoio (ERA), a nova metodologia de trabalho das USF assenta em vários princípios organizacionais. Um desses princípios preconiza que as USF operem como efetivas equipas em que haja paridade de estatuto de todos os profissionais (ERA, 2012). Ora este aspeto faz com que seja inconciliável a concentração das tarefas de gestão num único profissional por cada área profissional, estando previsto, na legislação em vigor, a figura de um coordenador que é médico. A própria carreira de enfermagem foi sujeita a alterações, pela anulação da figura do enfermeiro chefe, contemplando atualmente dois cargos: enfermeiro e enfermeiro principal. Esta alteração acarretou mudanças significativas

relativamente ao modelo de gestão anterior, em que era reconhecida a existência de um líder formal para o grupo profissional dos enfermeiros.

Tendo como finalidade contribuir para o conhecimento das implicações da reestruturação dos CSP na gestão em enfermagem, o presente estudo tem como objetivos:

- Identificar a percepção dos enfermeiros sobre o modelo de gestão implementado nas USF;
- Descrever a percepção dos enfermeiros sobre o impacto do modelo de gestão das USF, nas suas práticas;
- Descrever a percepção dos enfermeiros sobre a concretização das expectativas associadas ao novo modelo de gestão das USF;
- Descrever as expectativas futuras dos enfermeiros relativas ao modelo de gestão das USF;
- Descrever as implicações na prática, decorrentes dos diferentes modelos de gestão vivenciados pelos enfermeiros;
- Descrever os principais fatores facilitadores ou inibidores do processo de mudança organizacional manifestados pelos enfermeiros perante a experiência com o novo modelo de gestão desenvolvido nas USF.

Trata-se de um estudo integrado no paradigma qualitativo, exploratório, descritivo e transversal, pois pretende-se compreender o significado de um fenómeno, explorando as suas dimensões, a forma como se manifesta e os fatores relacionados, tomando a perspetiva dos participantes (Ribeiro, 2010).

Após ser feito um enquadramento concetual, onde serão explanados aspetos inerentes à reforma dos CSP e às USF, seguidos de uma abordagem à gestão das organizações e à mudança organizacional, seguir-se-á o enquadramento metodológico, onde serão explanados todos os aspetos inerentes à metodologia adotada. Por último será feita a análise e discussão dos resultados da informação recolhida culminando com as conclusões obtidas com o estudo, seguida da bibliografia e anexos.

1. A REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E AS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR

A reforma continuada do sistema de saúde, com consequente estruturação do SNS, não é um processo estático, mas antes dinâmico, com o fim de acompanhar a evolução, necessidades e expectativas da sociedade, devendo ser encarado como um processo de aperfeiçoamento (Portal da Saúde, 2010).

Para Sales (2009), o estudo da adaptação das organizações às mudanças inerentes ao seu contexto tem sido um tema de grande interesse na área da gestão. Perante um sistema de saúde em constante mudança, há que encarar as reformas no setor da saúde como algo complexo. Este dinamismo torna pertinente perceber a evolução histórica do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

1.1. Perspetiva Histórica

Em Portugal existem centros de saúde (CS) desde 1971 e um SNS desde 1979, sendo que apenas em 2005 se iniciou uma reforma nos CSP (Pisco, 2011). Sousa (2009) divide a evolução do Sistema de Saúde Português em antes e após 1970 sendo que, antes, existia um sistema de saúde muito fragmentado e após, uma evolução muito significativa.

Amendoeira (2009) contextualiza a história da saúde em Portugal em cinco fases: antes de 1970; início dos anos 70 até 1985 (criação e desenvolvimento do SNS); de 1985 a 1995 (regionalização do SNS e alterações no privado); de 1995 a 2005 (nova gestão pública); depois de 2005 (novas reformas na saúde).

Pela análise mais pormenorizada dos principais marcos históricos do SNS até à atualidade verifica-se que o primeiro reporta a 1899, com o contributo do Dr. Ricardo Jorge, com a ocorrência de dois fatos importantes: a organização dos Serviços de Saúde Pública (pela criação do decreto de 28 de dezembro de 1899) e o Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública (criado em 1901

e em vigor em 1903). A atenção principal, com esta reforma, incidia sobre a proteção e melhoria da saúde comunitária e não propriamente da saúde individual. Segundo Graça (2000), a reforma sanitária de Ricardo Jorge (1899-1901) estabelece o conceito de Estado higienista. Os cuidados de saúde eram essencialmente de carácter privado. O Estado responsabilizava-se pela prestação de cuidados aos mais pobres (Amendoeira, 2009).

Em 1946, pela Lei nº 2011, de 2 de Abril, ocorre uma organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde, passando a existir: Hospitais das Misericórdias; Hospitais Estatais; Serviços Médico-Sociais, de Saúde Pública e Privados. Surge uma nova definição de saúde, mais afastada do modelo biomédico (direccionado para a resposta à doença ou incapacidade) e que engloba a saúde como o bem-estar físico, mental e social para além da ausência da doença (Amendoeira, 2009).

A grande viragem ocorreu após os anos 70. Nessa altura, a nível nacional, os indicadores socioeconómicos e de saúde eram muitos desfavoráveis e o sistema de saúde muito fragmentado e muito limitado a nível de financiamento pelo Estado (Sousa, 2009). Sendo um dos pioneiros na Europa a abordar de forma integrada os CSP, Portugal, no início dos anos 70, criou uma rede de CS abrangente a todo o território nacional (Pisco, 2011). As grandes mudanças na área da saúde a partir desta década foram o reconhecimento do direito à saúde de todos os cidadãos, a integração de serviços de saúde até então dispersos e descoordenados, o desenvolvimento de serviços públicos de saúde, como os CS e hospitais públicos (Decreto-Lei nº413/71 de 27 de setembro).

Segundo Amendoeira (2009), em 1971 ocorre a denominada reforma de Gonçalves Ferreira que se afigura como o primeiro esboço de um SNS. O Estado passa a reconhecer e a assegurar o direito à saúde de todos os portugueses. Para otimizar os recursos há uma incorporação das diversas atividades de saúde e de prestação de cuidados. O planeamento é central e a execução descentralizada. Surgem assim os primeiros CS, chamados CS de primeira geração, com atuação de carácter preventivo, a fim de acompanhar alguns grupos de risco com foco na saúde pública, vacinação, saúde materna, saúde infantil e saúde escolar. Os postos clínicos dos Serviços Médico-Sociais das caixas de previdência asseguravam o cuidado curativo extra hospitalar.

Apesar dos CS de primeira geração (sete anos antes da Declaração de Alma Ata¹) terem vindo a promover a acessibilidade e a equidade nos cuidados de saúde, só

¹ Elaborada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, em 1978.

após o 25 de Abril de 1974 é que o Estado português definiu o sistema nacional de saúde, passando a ser responsável pela política de saúde, pela sua execução e pelo financiamento dos serviços. Em 1976, pelo despacho Arnault, todos os cidadãos (qualquer que fosse a sua capacidade contributiva) passam a ter acesso aos postos de Previdência Social, posterior Segurança Social (Amendoeira, 2009). Estes dois grandes acontecimentos – revolução democrática de 1974 e a Constituição de 1976 – foram responsáveis por grandes mudanças em Portugal com a criação de novas políticas sociais. O Estado tem uma intervenção clara “ (...) *na definição da política de saúde, no planeamento e na execução; e, intervenção face às assimetrias regionais e sociais, com o reconhecimento do direito à saúde por parte de todos os cidadãos*” (Sousa, 2009, p.887).

A partir desta fase estão criadas condições políticas e sociais que serviram de base e consentiram a criação do SNS, em 1979, pelo Decreto-Lei nº 56/79 de 15 de setembro. O Estado passa a assegurar o direito à saúde a todos os cidadãos com atuação a nível da promoção, da prevenção e vigilância da saúde (Amendoeira, 2009). “*O Estado tornou-se o agente primordial da satisfação individual e coletiva das necessidades de saúde das populações, e imprimiu uma lógica de “missão” aos serviços públicos. O SNS privilegia, desde logo, os cuidados de saúde primários, reorganiza a rede hospitalar e reestrutura as carreiras médicas e de enfermagem.*” (Maciel, 2011, p.6).

Com o Decreto-Lei nº 254/82 de 29 de junho foram criadas as primeiras Administrações Regionais de Saúde (ARS). O médico de clínica geral passa a ser médico assistente, sendo responsável por uma lista de 1500 utentes.

O foco para os CS de primeira geração eram as atividades de saúde pública, desvalorizando-se o desenvolvimento organizacional essencial para melhorar a acessibilidade. Despontou então a necessidade de haver uma associação aos Serviços Médico-Sociais da Previdência (cuidados curativos). Surgem assim, em 1984, os CS de segunda geração. Estes “ (...) *passam a ser definidos como uma unidade integrada, polivalente e dinâmica, privilegiando a personalização da relação entre profissionais de saúde e os seus utentes*” (Maciel, 2011, p.7). Conseguiu-se assim uma melhoria a nível quantitativa, mas que acarretou falhas a nível qualitativo (Sousa, 2009).

Ainda na década de 80, com a criação da Direção Geral dos CSP, passa a existir o estatuto de médico de família, que vem promover cuidados continuados e longitudinais. Sousa (2009) acresce ainda que a Lei do SNS (1979) atribui a característica de gratuito ao SNS, uma vez que o acesso ao mesmo é garantido a

todos os cidadãos independentemente das condições sociais e económicas. Contudo, em 1989 ocorreu uma revisão da Constituição Portuguesa denominando o SNS como tendencialmente gratuito. Em 1990, surgiram as taxas moderadoras no SNS. Os cidadãos, com exceção dos grupos de risco e economicamente desfavorecidos, passam a ter de contribuir parcialmente para aceder a determinados cuidados de saúde.

Na década de 90 com a aprovação da Lei Orgânica do Ministério da Saúde, e através do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, é publicado o novo estatuto do SNS. Pela criação de unidades integradas há uma tentativa de aproximar os CSP e diferenciados. Com o Decreto-Lei nº 335/93 de 29 de setembro, foram definidas cinco regiões de saúde: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, agrupando as ARS. Cada uma destas regiões de saúde passou a ser gerida pelo conselho de administração da respetiva ARS. Estas por sua vez, divididas em 18 sub-regiões (18 distritos) passam a poder financiar as instituições de saúde e a desenvolver planos estratégicos e a coordenar relações entre os CS e hospitais. Pretende-se que haja uma integração dos vários serviços de saúde para que, respeitando a autonomia e complementaridade das instituições, a qualidade e o tipo de oferta sejam adequadas às necessidades de uma determinada população.

Segundo Maciel (2011), a reorganização dos CSP foi sendo construída através de projetos e iniciativas experimentais tais como os projetos alfa, iniciados em 1996/1997. Estes projetos preconizam um esquema de remuneração e de incentivos como forma de motivar uma maior oferta e cobertura de cuidados, o que culminou numa melhoria da acessibilidade e da satisfação de cliente e profissionais.

Em 1998, pelo Decreto-Lei nº 117/98 de 5 de maio foi implementado o Regime Remuneratório Experimental dos médicos de clínica geral, com efeitos positivos na acessibilidade e qualidade dos serviços prestados. Este modelo está na base da atual reorganização dos CSP (Maciel, 2011).

Segundo Amendoeira (2009), foi instituído, em 1999, o regime dos Sistemas Locais de Saúde, correspondendo a um conjunto de recursos com o objetivo de simplificar a participação social, promover a saúde e racionalizar os recursos. Ainda neste ano, é instituído o novo regime de criação, organização e funcionamento dos CS, surgindo os CS de terceira geração que correspondem a uma coletividade dotada de autonomia, integrada no SNS e sob tutela do Ministério da Saúde (Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio).

Posteriormente, pelo Decreto-Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro, iniciam-se alterações na Lei de Bases da Saúde, definindo-se um novo modelo de gestão

hospitalar. Os modelos de gestão de tipo empresarial começam a ter expressão institucional (Amendoeira, 2009).

Em 2003 é criada a rede de CSP que deve funcionar em parceria com os cuidados de saúde hospitalares e cuidados de saúde continuados. Desta forma, para além do papel do Estado, podem haver entidades de natureza privada e social que se norteiam pelas necessidades específicas dos cidadãos (Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril). Ainda em 2003 é criada a Entidade Reguladora da Saúde, desvinculando a função do Estado como regulador e supervisor, em relação às suas funções de operador e de financiador.

Em relação aos CSP, em 2006, iniciou-se um processo de reorganização, inserido na reforma dos CSP. Foi criada a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) que, funcionando como uma estrutura de apoio, assenta numa política de informação e monitorização. Iniciou-se assim em 2006 a regulamentação e implementação das USF e segundo o estabelecido no Despacho Normativo nº 9/2006, de 16 de fevereiro, estas são equipas multidisciplinares com médicos, enfermeiros, secretários clínicos e outros profissionais de saúde, com autonomia organizativa, técnica e funcional, sujeitos a regime de incentivos através de uma contratualização de metas e objetivos. Este modelo assenta também na contratualização anual de atividades direcionadas a grupos vulneráveis ou de risco, e à possibilidade do alargamento do período assistencial e de carteiras adicionais de serviços.

De acordo com a USF-AN – Unidades de Saúde Familiar – Associação Nacional (2013), atualmente encontram-se em funcionamento 353 USF. Segundo Maciel (2011), este processo envolveu também a transformação das ARS em institutos públicos, a extinção das sub-regiões de saúde e a reconfiguração dos CS com a criação dos ACeS. A unificação da criação dos ACeS é feita através do Decreto-Lei 28/2008. Este novo modelo reorganiza os CS que passam a integrar uma estrutura organizacional assente em cinco tipos de unidades funcionais, cada uma delas constituída por equipas multiprofissionais, com missões próprias, que cooperam e se complementam. Os ACeS têm assim autonomia administrativa, com órgão e instrumentos próprios de gestão, com o intuito de implementar soluções ajustadas aos recursos e às condições de cada comunidade.

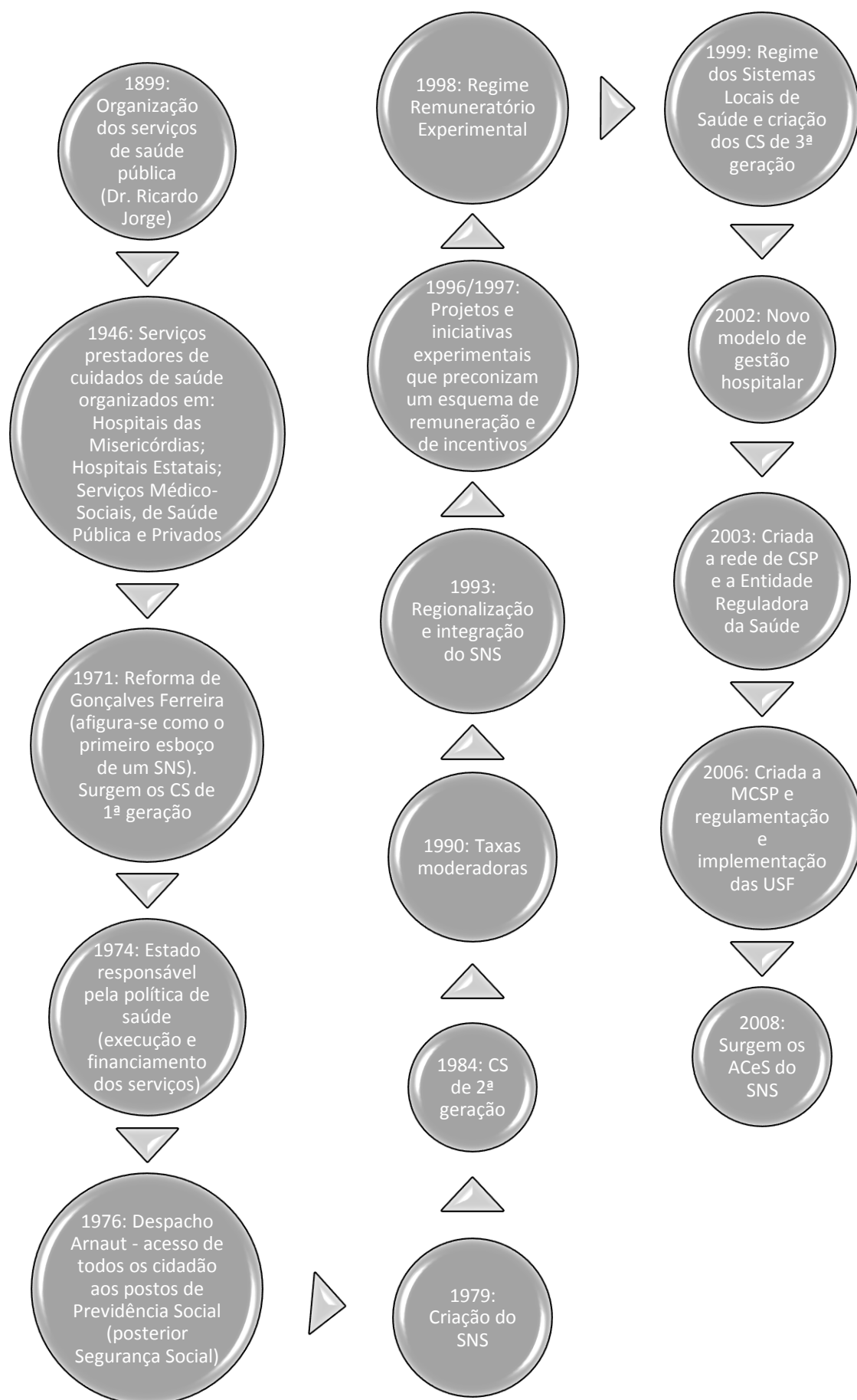
A legislação prevê o desenvolvimento das seguintes unidades funcionais: USF, unidade de saúde pública (USP), unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP), unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP) e unidade de cuidados na comunidade (UCC). Todas estas unidades devem funcionar em rede, no

verdadeiro trabalho de complementaridade. Segundo o Observatório Português dos Sistemas de Saúde - OPSS (2007), há assim uma aposta na autonomia contratualizada das unidades prestadoras, na gestão por objetivos, orientação para a governação clínica, avaliação através da monitorização do desempenho e acompanhamento das equipas por parte da equipa regional da MCSP. A reorganização do sistema colocando o cidadão no centro dos cuidados, bem como uma aposta na avaliação global tendo em vista os ganhos em saúde são princípios defendidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE), pela OMS e pelo OPSS.

Maciel (2011) defende que o sistema de saúde ideal deve respeitar critérios como a efetividade, o custo, a eficiência, a qualidade, a participação, a aceitabilidade social, a redução de desigualdades, a promoção do melhor estado de saúde possível, a justiça financeira, entre outros. Para Ferreira et al. (2002), as políticas de saúde devem para além de administrar e fiscalizar, ser flexíveis ao ponto de permitir aos prestadores uma adaptação capaz de dar resposta às necessidades locais específicas. Para Maciel (2011, p.8) “ (...) o sistema de saúde português tem três tipos de prestadores: o Serviço Nacional de Saúde, (...); as entidades públicas que desenvolvem atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde; as entidades privadas, sem ou com fins lucrativos e todos os profissionais livres que acordem com o SNS a prestação de cuidados ou de atividades de saúde”.

A figura seguinte apresenta, resumidamente, a evolução SNS com os principais marcos históricos.

FIGURA 1: Perspetiva Histórica do SNS



Todo e qualquer processo de estruturação e evolução dificilmente tem um fim. A reforma do SNS deve também ser considerada como um processo de melhoria constante que tenta dar resposta e acompanhar a sociedade e suas necessidades e expectativas, o que pode levar a novas reestruturações do SNS (Amendoeira, 2009).

1.2. A Regulamentação das USF

As USF contratualizam objetivos e metas de “(...) *acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade, e que garantem aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços*” (USF-AN, 2013). Existem três possíveis modelos de desenvolvimento organizacional: A, B e C. O modelo A, corresponde a uma fase inicial, dita de aprendizagem e aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar. Consiste também no desenvolvimento da prática da contratualização interna. Quando as equipas adquirem uma maior maturidade organizacional poder-se-ão candidatar ao modelo B. Neste modelo, já terá de se verificar um trabalho em equipa mais sedimentado, havendo lugar a um tipo de contratualização com patamares de desempenho mais exigentes. Por último, no modelo C, há um contrato programa, sendo um modelo experimental com carácter suplementar a regular por diploma próprio. Podem ser equipas do setor público ou pertencerem ao setor privado, cooperativo ou social (USF-AN, 2013).

O Decreto-Lei n.º 88/2005, de 3 de Junho, revoga o Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril, que cria a rede de CSP e faz vigorar novamente o Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos CS. O Decreto-Lei n.º 88/2005, de 3 de Junho reestrutura os CS em unidades funcionais, com realce para as USF. O Despacho Normativo n.º 9/2006, de 16 de Fevereiro regulamenta a implementação das USF como unidades constituídas por equipas multiprofissionais que deverão prestar cuidados de saúde acessíveis, contínuos e globais a uma determinada população. Este despacho regula também a autonomia organizativa e funcional para as USF.

O modelo organizacional das USF contempla a aplicação de suplementos aos profissionais da equipa relacionados com a dimensão ponderada da lista de utentes e também associados à contratualização anual de atividades específicas de vigilância a grupos vulneráveis e de risco, e, quando necessário, ao alargamento do período de cobertura assistencial e carteira adicional de serviços.

De seguida, tendo por base o Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto, serão apenas referenciados os principais aspetos regulamentados na legislação vigente:

- As USF dispõem de autonomia organizativa, funcional e técnica, funcionando em rede com outras unidades funcionais;
- O sistema de avaliação é objetivo e contínuo, com adoção de medidas corretivas dos desvios aos objetivos do plano de ação;
- O modelo de gestão é participativa, com envolvimento e comprometimento de todos os profissionais da equipa;
- Os conteúdos funcionais de cada grupo profissional, assim como as competências específicas atribuídas ao conselho técnico, encontram-se ressalvados;
- A cada enfermeiro devem ser atribuídas cerca de 300 a 400 famílias por determinada área geográfica e cada lista médica deverá conter um mínimo de 1917 unidades ponderadas, a que correspondem, em média, 1550 utentes;
- A organização e funcionamento da USF constam do seu regulamento interno elaborado pela própria equipa da USF;
- Em relação à estrutura orgânica das USF esta é constituída por:
 - Coordenador da equipa:
 - Médico eleito pela equipa;
 - A ele compete coordenar as atividades da equipa multiprofissional; gerir os processos necessários; presidir ao conselho geral; representar externamente a USF; assegurar a realização de reuniões com a população abrangida pela USF ou seus representantes; autorizar comissões gratuitas de serviço no país; confirmar e validar documentos;
 - Exerce as competências legalmente atribuídas aos titulares do cargo de direção intermédia do 1.º grau;
 - Exceto a coordenação e presidir ao conselho geral pode delegar as suas competências noutro ou noutros elementos da equipa.
 - Conselho geral:
 - Constituído por todos os elementos da equipa multiprofissional;
 - A ele compete: aprovar documentos como regulamento interno, carta da qualidade, plano de ação, relatório de atividades; regulamento de distribuição dos incentivos institucionais, proposta da carta de compromisso. Compete também zelar pelo cumprimento do disposto nesses documentos, nomear coordenador e aprovar a substituição de qualquer elemento da

equipa multiprofissional. Tem também responsabilidade sobre os instrumentos de articulação, gestão e controlo dos recursos;

- Todas as deliberações têm de ter aprovação por maioria de dois terços.
- Conselho técnico:
 - Constituído por um médico e por um enfermeiro, escolhidos pelos seus pares. Esses elementos deverão, preferencialmente, ter qualificação e experiência profissional em CSP mais elevada;
 - A ele compete a observação das normas técnicas emitidas pelas entidades competentes e a promoção de procedimentos que assegurem a melhoria contínua da qualidade. Compete também a avaliação da satisfação dos utentes e dos profissionais e elaborar o manual de boas práticas. A organização e supervisão das atividades de formação contínua e de investigação são também funções do conselho técnico.
- O regime de prestação de trabalho é o previsto no regime jurídico das respetivas carreiras profissionais e no regime jurídico do contrato individual de trabalho;
- Apesar de se assegurar a autonomia técnica dos médicos e enfermeiros, todos profissionais da equipa multiprofissional estão sob a coordenação e a orientação do coordenador da equipa;
- A avaliação de desempenho dos profissionais respeita o regime jurídico fixado sobre a matéria no estatuto legal da respetiva carreira. Para os enfermeiros, a avaliação do desempenho deve ser feita pelo enfermeiro que integra o conselho técnico.

A evolução do SNS, mais em concreto no que concerne aos CSP, trouxe, tal como supracitado, várias implicações na prática. Segundo Maciel (2011), a principal intenção das modificações introduzidas foi resolver problemas simultaneamente relacionados com a eficácia, eficiência e efetividade e com a redução de custos. Cada ACeS, atualmente, pode desencadear processos de contratualização interna (com as unidades funcionais) e externa (com a ARS), de acordo com o desempenho e o contrato programa. A abordagem é feita mais por resultados o que responsabiliza os diversos atores pelo alcance de objetivos. Para Amar (2007), cit. por Maciel (2011), em última instância, este aspeto irá traduzir-se em ganhos em saúde para os clientes.

Em suma, as USF pretendem equacionar a qualidade e a equidade nos cuidados de saúde, através da promoção e da resolução de problemas de saúde, controlando custos e fomentando a efetividade. Segundo Pisco (2011), já se evidencia nos relatórios dos departamentos de contratualização das USF evidentes reduções de

30

custos e taxas de cobertura maiores do que nos CS. Também Gouveia et al. (2006) referem estudos recentes sobre o impacto orçamental da implementação das USF, concluindo que estas permitirão reduzir custos na prestação de cuidados de saúde contabilizando já um regime remuneratório especial e incentivos para os profissionais das equipas. Estes incentivos têm o intuito de incitar as aptidões e competências de cada profissional gratificando o desempenho individual e coletivo. O sistema por incentivos já não é pioneiro na história do SNS, mas só em 2008 foi legislado para enfermeiros e secretários clínicos.

Contudo, para autores como Ferraz e Alexandre (2008), este aumento da eficiência acarretou menos qualidade e legitimidade democrática. De fato, é imposta uma certa padronização de cuidados com uma orientação para a concretização de objetivos o que delimita o conceito de qualidade. Para Maciel (2011), há ainda autores que evidenciam efeitos a nível dos recursos humanos como a mobilidade, a desmotivação, a precaridade, a insegurança e a incerteza (Greco et al. (2006), Rafferty et al. (2006)). Estes autores reconhecem que grande parte das dificuldades sentidas nas reformas do setor público se podem associar em parte à pouca atenção dado à componente humana da organização. De fato, a componente humana é um dos aspetos de maior relevo para o sucesso de uma organização. Nas organizações de saúde, a qualidade e quantidade dos recursos humanos tem influência direta na qualidade dos cuidados prestados. Este aspeto faz com que as chefias encontrem dificuldades em estabelecer uma correta adequação dos recursos humanos às exigências do serviço (Magalhães et al., 2009). Os mesmos autores, reportando-se ao caso dos profissionais de enfermagem, alertam para a necessidade de se desenvolver uma correta gestão em enfermagem para que se consiga obter uma prestação de cuidados individualizada, integral e segura. No contexto atual, os gestores de enfermagem devem procurar novas soluções e novos modelos de gestão que respondam às dificuldades de gestão dos recursos para que se obtenha uma melhoria na prática.

Segundo Maciel (2011), este cenário de reforma dos CSP exige inevitavelmente a adoção de um novo modelo de gestão que equacione a mudança. Os modelos de gestão na área da saúde também não são estanques tendo sofrido diversas alterações até à atualidade de forma a se conseguir obter uma prestação de cuidados individualizada, integral e segura.

2. A GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

A complexidade crescente dos serviços de saúde, que têm de dar respostas aos também crescentes desafios das necessidades de cuidados por parte da população, leva a uma maior preocupação com as questões de gestão das organizações (Magalhães et al., 2009).

Para Cruz e Ferreira (2012) a cultura organizacional e os modelos de gestão adotados pelas organizações são algumas das variáveis a serem consideradas nas instituições de saúde, sobretudo perante os processos de mudança organizacional. O SNS tem vindo a deparar-se com o desafio de desenvolver novas formas de gestão promotoras de eficiência, estimuladoras da qualidade e que promovam a satisfação dos utilizadores e dos profissionais. Para tal é importante o papel da gestão que se deve focalizar ao nível de cada prestador. A gestão das organizações de saúde deverá ser transversal a toda a atividade institucional.

Menezes (2010) defende que a reforma do SNS deve ser efetuada sem que seja negligenciada a prossecução dos seus princípios e valores elementares. Os modelos de gestão adotados têm de acompanhar estes princípios. *“O novo paradigma de gestão vê nas pessoas a fonte de criação de riqueza, já que é tanto nos conhecimentos dos clientes e dos profissionais que a qualidade dos produtos, dos serviços, da produtividade e de competitividade se garante a longo prazo.”* (Campos, 2011, p.15). Por estes motivos se percebe a necessidade das organizações desenvolverem estratégias de gestão adequadas a estas exigências. Mas para que surja uma nova cultura organizacional (tão necessária em tempos de constantes mudanças organizacionais), os líderes, segundo Campos (2011), devem estar empenhados na mudança e deverá haver uma envolvimento da equipa. Não esquecer que a cultura organizacional que já existe na organização também vai influenciar a necessidade de mudança e a forma como esta se construirá. Para que se consiga individualizar a cultura de cada organização há que analisar as próprias regras, normas, hábitos, estruturas, etc., inerentes a cada organização (Campos, 2011).

Para Menezes (2010, p.18), a *“(...) governação da saúde é uma gestão de equilíbrios entre valores, princípios e poder, de processos coletivos e escolhas individuais, interesses gerais e individuais (...)”*.

A mesma autora defende que a reforma introduzida no sector da saúde trouxe a adoção, entre outros, de novas metodologias de gestão. Estas passam também pela focalização na estratégia da contratualização como um novo instrumento de mudança e gestão, que garante a sustentabilidade e que dá resposta às expectativas dos utilizadores. Posto isto, percebe-se a necessidade de efetuar uma gestão da mudança com recurso a um planeamento estratégico (Menezes, 2010). Para que as organizações consigam adaptar-se a esta nova realidade, os profissionais que delas fazem parte deverão adotar uma postura que permita um desenvolvimento crescente e contínuo, com aquisição de novas competências de liderança (Afonso, 2009).

2.1. A Evolução dos Modelos de Gestão

Para Pinto et al. (2006) no final do século XIX e início do século XX, a gestão não se centrava nem nos recursos humanos, nem no produto final, mas antes na eficiência. Isto deveu-se a aspetos como o baixo nível de formação dos trabalhadores, a pouca ou inexistente partilha de informação, baixo grau de concorrência e pouca exigência dos consumidores. Os mesmos autores salientam que, com o passar do tempo, mais concretamente após a Segunda Grande Guerra, e com o aumento do conhecimento do grau de exigência das pessoas, houve necessidade de um repensar das organizações de forma a se adaptarem às necessidades dos clientes, passando a existir a noção de concorrência. A gestão começou a aliar-se à estratégia sendo que a gestão deverá “ (...) *tratar cada caso no seu contexto específico, ou seja, a considerar que não há universalidade da aplicação das leis da gestão*” (Pinto et al., 2006, p.36).

Para Assis (2010), as novas tecnologias desenvolvidas no final do século XX, vieram apressar o ritmo das mudanças, o que levou ao aparecimento de novos métodos de gestão. A mesma autora associa as mudanças políticas às transformações estruturais nos serviços de saúde o que levou, entre outros aspetos, a mudanças na gestão.

De ressaltar que, ao clarificar o conceito de gestão, este se encontra muitas vezes dissociado do conceito de administração. Para Dias (2002) administrar diz respeito a planejar, organizar e dirigir os colaboradores para atingir os objetivos organizacionais. Já gerir está mais relacionado com a aquisição de funções e conhecimentos necessários para se conseguir, através do potencial dos colaboradores, atingir de

forma eficiente e eficaz esses mesmos objetivos. Calixto (2008) acresce que gerir é mais do que administrar, compreendendo uma visão global e abrangente. Administrar encontra-se mais predominantemente relacionado com a centralização e gerir mais com a democracia e o envolvimento dos colaboradores.

Apesar disso, os modelos de gestão foram alterando ao longo dos anos, sendo que a gestão aparece na literatura muitas vezes associada à palavra administração.

Como será explanado de seguida são inúmeros os percursores que contribuíram para o que é atualmente a administração, pela enumeração de diversas teorias.

2.1.1. Administração Clássica

Segundo Werneck (2005), as primeiras abordagens sobre administração são contempladas na chamada abordagem clássica, onde se salienta os contributos de Taylor, Fayol, Ford e Weber.

Taylor (1856-1915) criou a chamada Teoria da Administração Científica, sendo o fundador da moderna Teoria da Administração. Para Chiavenato (2004), Taylor defendia que a preocupação básica de uma organização deveria ser aumentar a produtividade através da otimização da eficiência dos operários. O relevo deve ser dado à análise e divisão do trabalho do operário, numa abordagem de baixo para cima e das partes para o todo. Esta teoria envolve essencialmente quatro princípios: desenvolvimento da ciência da administração pela determinação da melhor forma de executar uma tarefa; seleção adequada de profissionais para cada função; educação e desenvolvimento científico do profissional; cooperação entre profissionais e gestores.

Werneck (2005) refere que Taylor, ao reconhecer como défices das organizações o pouco envolvimento dos trabalhadores, a falta de conhecimento dos gestores e a inexistência de rotinas padronizadas, procurou desenvolver métodos e ferramentas de trabalho mais eficientes. Defendeu a remuneração diferenciada consoante o nível de produção e uma atribuição de novas responsabilidades à gestão que passariam por: estudar os processos, formar trabalhadores, supervisioná-los e remunerá-los em concordância com o desempenho. Desenvolveu a chamada Teoria da Administração Científica, na procura de um maior desenvolvimento económico para a organização e seus colaboradores. Taylor é defensor da cooperação entre trabalhadores, maximização da produção, desenvolvimento de cada trabalhador até à sua máxima

eficiência e prosperidade. A otimização de cada tarefa seria conseguida pela ciência (estudos, desenvolvimento de novos equipamentos,...). Também pela ciência se deveria investir na formação dos profissionais.

Fayol (1841-1925), defensor da Teoria Clássica da Administração, sustenta que para que uma organização seja eficaz terá de adotar uma estrutura e funcionamento adequados. Esta teoria tem como foco o aumento da eficiência da organização através do emprego de princípios gerais da administração em bases científicas. O cerne estaria na gestão de topo da qual advém todo o funcionamento da organização. Opondo-se a Taylor, Fayol defende uma abordagem de cima para baixo e do todo para as partes (Maximiano, 2010). Para Werneck (2005), Fayol, focalizando a estrutura organizacional, atribui à administração os conceitos de previsão (prever o futuro definindo um plano de ação), organização (organizar os recursos da empresa e sua distribuição em estruturas hierárquicas), comando (dirigir e orientar as ações dos profissionais), coordenação (coordenar o trabalho conciliando ações e recursos para os objetivos) e controlo (averiguar a conformidade das ações às diretivas, com sucessivas correções ou alterações). Estabeleceu ainda os seguintes princípios: divisão do trabalho (especialização das tarefas), autoridade e responsabilidade, disciplina, unidade de comando (cada trabalhador tem apenas um chefe), unidade de direção (procura dos mesmos objetivos), subordinação do interesse individual ao geral, remuneração justa, centralização (autoridade concentrada no topo da organização), cadeia de comando (linha de comando e comunicação descendente), ordem (recursos humanos e materiais distribuídos onde necessários), equidade, estabilidade do pessoal, iniciativa (incentivos a propostas de melhoria pelos trabalhadores), espírito de equipa.

Ford (1863-1947), pela aplicação em larga escala da chamada linha de montagem, defende que as tarefas deverão ser especializadas e os materiais e ferramentas padronizados. Para além do enfoque na produção em série, Ford, pelo consumo em massa, preocupou-se com a redução de preços de venda. Segundo Maximiano (2010), Ford foi um dos responsáveis pelo progresso empresarial das organizações, através da agilização da produção, com a redução de custos e de tempo.

Weber (1864-1920), pela chamada Teoria da Burocracia, defende que a organização baseia-se em leis que são aceites pelas pessoas por as considerarem racionais (Maximiano, 2010). Para além disso, segundo o mesmo autor, as pessoas dentro das organizações também aceitam que hajam outras pessoas representativas da autoridade e que o sucesso de uma organização está intimamente relacionado com a existência de uma hierarquia de funções clara e do estabelecimento de regras. O

nome “Teoria da Burocracia” advém deste princípio de que qualquer organização que tem por base as leis formais é em si uma burocracia. Este modelo será explanado com mais pormenor posteriormente (nas teorias contemporâneas).

2.1.2. Teoria Neoclássica

Tal como supracitado, o ponto de partida para todas as teorias administrativas está na Administração Clássica. Para Chiavenato (2004) a Teoria Neoclássica é uma atualização da abordagem clássica com um redimensionar para os problemas administrativos e para as organizações atuais. Esta teoria representa um conjunto de teorias que surgiram na década de 50. Apresenta como principais características: ênfase na componente prática da Administração, reafirmação relativa dos pressupostos clássicos e ênfase nos resultados e objetivos. A Administração, ao ser considerada como uma técnica social básica, requer por parte do administrador conhecimentos sobre a direção de pessoas, para além do conhecimento de aspetos técnicos e específicos do seu papel.

Para Chiavenato (2004), a Teoria Neoclássica procurou dar resposta ao dilema existente entre a centralização e a descentralização.

A centralização, que significa concentração da autoridade no executivo máximo da organização, apresenta, segundo esta teoria, as seguintes vantagens: tomada de decisão feita por pessoas com visão global da organização e com melhor treino do que os de nível inferior; decisões mais congruentes com os objetivos organizacionais; eliminação de esforços duplicados; custos reduzidos; maior especialização no desempenho de determinadas funções de gestão. Como desvantagens, a centralização demonstra que as decisões são tomadas por pessoas distanciadas dos acontecimentos e que têm pouco contato com as pessoas e situações nelas envolvidas. Por outro lado, os administradores de níveis inferiores podem encontrar-se distanciados dos objetivos gerais da organização. A comunicação distanciada e a necessidade de envolver várias pessoas acarreta atrasos, mais custos operacionais e maior probabilidade de distorções e erros.

A descentralização, segundo o mesmo autor, apresenta como vantagens maior rapidez na tomada de decisão que é feita pelos executores da ação, que detêm mais informações sobre a situação. Há um maior envolvimento dos profissionais no processo de decisão o que promove a motivação. A descentralização permite um

treino mais eficaz para administradores intermédios. A possibilidade de ocorrer falhas de informação e coordenação entre os departamentos envolvidos, o fato de haver maior custo (pela seleção e treino de administradores intermédios), o risco de serem priorizados objetivos departamentais em detrimento dos gerais e a possibilidade de adoção de diferentes políticas consoante o departamento, afiguram-se como desvantagens da descentralização.

A Teoria Neoclássica defende que as funções do administrador são essencialmente: planejar, organizar, dirigir e controlar.

2.1.3. Teorias Contemporâneas da Administração

Modelo Burocrático

Tal como já referido anteriormente, o primeiro teórico deste modelo foi Weber que acreditava que a burocracia tornava a organização mais eficiente (Chiavenato, 2004).

Não limitando um modelo, Weber sistematizou as principais características da burocracia, focando-se em processos de autoridade (Maximiano, 2010). Para Weber este modelo procura os meios mais eficientes para atingir os objetivos, as responsabilidades estão bem delimitadas e conhecidas e o grau de previsibilidade associado às atividades (organizadas em rotinas) aumenta a confiança e reduz o atrito entre as pessoas. Além disso há maior rapidez na tomada de decisões e há uma garantia da continuidade do sistema burocrático, pela fácil substituição de elementos e pela existência de critérios de seleção associados meramente a competências técnicas. Os profissionais são treinados e especializados por mérito próprio (Chiavenato, 2004). Para Weber a burocracia torna a organização mais eficiente e eficaz e diminui as consequências dos fatores externos.

Teoria das Relações Humanas

Segundo Motta e Vasconcelos (2002) a Teoria das Relações Humanas é um conjunto de teorias administrativas que se evidenciaram em 1929 com a “Grande Crise” de Nova Iorque. Tudo o que se acreditava até então é posto em causa, sendo que estas teorias se vislumbram como uma nova perspetiva para recuperação das organizações. É dada maior ênfase às preocupações dos administradores e os seres

humanos são encarados de forma mais complexa. Há uma procura em conhecer as atividades e sentimentos dos profissionais e em estudar a formação de grupos.

Estas teorias, de acordo com Motta e Vasconcelos (2002), defendem que o ser humano não é apenas um ser mecânico, mas é também orientado por um sistema social e por questões biológicas. São também reconhecidas as necessidades humanas de segurança, afeto, aprovação social, prestígio, e autorrealização. A participação dos profissionais nos processos de tomada de decisão é tida em consideração, bem como a partilha de informações acerca da organização. Chiavenato (2004) acrescenta ainda que na Teoria das Relações Humanas há uma procura por melhores resultados, pela criação de condições que favoreçam a integração das pessoas e a satisfação das suas necessidades individuais.

Elton-Mayo, precursor desta teoria, inclui o fator psicológico ao estudar as variáveis que pudessem influenciar a produção dos trabalhadores (final da década de 20 e início da década de 30). Conclui que a integração social é determinante para a produção, sendo que o comportamento do trabalhador se baseia no comportamento do grupo (Chiavenato, 2003).

Kurt Lewin (1890-1947) contribui com a transição da Teoria das Relações Humanas para as seguintes e representou um importante contributo para a administração e para a psicologia industrial.

Teoria Estruturalista

Segundo Werneck (2005), esta teoria, que surgiu na década de 50, tenta conciliar as Teorias Clássica e das Relações Humanas, integrando os aspetos abordados por uma e omitidos pela outra e vice-versa. A Teoria Estruturalista, com ênfase na estrutura e no ambiente, define estrutura como um todo composto por partes que se inter-relacionam (Chiavenato, 2004).

Segundo esta teoria, as organizações, que podem ser formais ou informais, são conjunto de pessoas propositadamente agrupadas com o objetivo de alcançar determinados fins. É reconhecida a capacidade de cada profissional desempenhar papéis em diferentes organizações, sendo encarado como flexível, tolerante a frustrações e que procura obter realização profissional (Werneck, 2005).

A Teoria Estruturalista define assim o "homem organizacional" opondo-se ao "homo economicus" da teoria clássica e ao "homem social" da Teoria das Relações Humanas.

Teoria Comportamental

A Teoria Comportamental surgiu como evolução da Teoria das Relações Humanas na década de 50. As concepções normativas e prescritivas das Teorias Clássica, das Relações Humanas e Burocrática são substituídas por concepções explicativas e descritivas (Chiavenato, 2004). Apesar de se centrar no comportamento humano tem também em consideração o contexto organizacional e influência dos comportamentos no mesmo.

Pela Teoria Comportamental, as necessidades humanas vão para além das financeiras. O ser humano passa a ser encarado como um ser capaz de organizar as suas próprias perceções, encarando o ambiente como um todo. O comportamento humano é orientado para objetivos e, se necessário para tal, há cooperação ou competição com outros elementos (Chiavenato, 2004). As principais características desta teoria são a ênfase nas pessoas, preocupação com o comportamento organizacional e estudo do comportamento humano. O fato de ser considerado que todas as pessoas apresentam as mesmas necessidades hierarquicamente priorizadas pode ser considerada uma fragilidade desta teoria.

Vários foram os contributos para esta teoria, tais como: Barnard (cooperação na organização formal), Simon (participação dos grupos no processo de tomada de decisão), McGregor (teoria X e Y), Herzog e McClelland (teorias motivacionais), entre outros.

Teoria do Desenvolvimento Organizacional

Pela aplicação das ciências do comportamento, esta teoria surgiu, na década de 60, com o intuito de facilitar o crescimento e desenvolvimento das organizações (Chiavenato, 2004). O conceito de organização, à luz desta teoria, é tipicamente comportamentalista, pois representa uma estratégia educacional com o objetivo de modificar crenças, atitudes, valores e estrutura organizacional, para uma melhor adaptação da organização perante uma mudança. A organização é encarada como a coordenação de diferentes contributos individuais que culminam em transições planeadas. Para Chiavenato (2004), esta teoria expandiu a sua área de atuação ao efetuar uma abordagem sistémica da organização. As etapas constituintes do processo de desenvolvimento organizacional são a colheita de dados, o diagnóstico organizacional e a intervenção. O desenvolvimento organizacional pode ser visto como uma opção democrática e participativa que se centra na mudança da cultura organizacional (Chiavenato, 2004).

Teoria dos Sistemas

Segundo Carvalho (2008) esta teoria surgiu com Bertalanffy (1950-1968) e baseia-se nos princípios que os sistemas são compostos de subsistemas, sistemas abertos e cujas funções estão dependentes da estrutura do sistema. Para Chiavenato (2004) as teorias anteriores não tinham a visão do sistema como um todo e davam pouca importância à administração. Já nesta teoria o estudo do geral se sobrepõe ao particular sendo privilegiada uma visão sistêmica das organizações (Carvalho, 2008).

Chiavenato (2004) acrescenta que há uma interação entre as várias partes da organização bem como com o meio envolvente. Os sistemas são constituídos por partes interdependentes que formam um todo complexo e organizado, orientado para um objetivo. Para o mesmo autor as organizações como sistemas abertos apresentam as seguintes características: comportamento probabilístico e não determinístico (há influência de variáveis externas); as organizações são sistemas dentro de sistemas; há interdependência entre as partes; há uma homeostasia ou equilíbrio quando satisfeitos os requisitos; as fronteiras não existem fisicamente podendo um indivíduo pertencer a duas organizações; o sistema organizacional pode modificar a sua própria estrutura básica; sistemas resilientes, ou seja, com capacidade de superar uma perturbação imposta por um fator externo.

Teoria da Contingência

Esta teoria teve a sua génese numa série de pesquisas efetuadas na década de 60 com o intuito de verificar quais os modelos de estrutura organizacional mais eficazes. Perante a modernização, complexidade e evolução das organizações e do ambiente externo surgiu a necessidade de um novo paradigma administrativo (Carvalho, 2008).

Chegou-se à conclusão que a administração é dependente de um conjunto de circunstâncias para que se obtenham resultados organizacionais. A ênfase é dada às características que uma organização deve ter para enfrentar com eficiência as condições externas (Chiavenato, 2004). A organização é também vista como um sistema aberto com interações internas e externas.

A abordagem contingencial, para Carvalho (2008), para além de analisar essas relações, define, a partir das variáveis, qual a forma mais conveniente de as concretizar. É uma teoria que incorpora conceitos de teorias anteriores, mostrando que existem para a administração diversas alternativas que podem ser adotadas consoante a necessidade identificada no diagnóstico da situação organizacional.

Nada é absoluto, tudo é relativo, sendo que as organizações com maior sucesso são as que conseguem adaptar-se mais eficazmente às exigências do ambiente (Chiavenato, 2004).

Gestão pela Qualidade Total

Para o desenvolvimento da denominada Gestão pela Qualidade Total foram importantes os contributos de vários autores como Deming, Juran e Feigenbaum. Este último, em 1961, define este modelo como um sistema útil que agrega o desenvolvimento, a manutenção e a melhoria contínua da qualidade. Contudo foi no Japão, com os contributos de Deming e Juran (após a Segunda Grande Guerra) que a Gestão pela Qualidade Total se impulsionou.

A evolução da administração tem sido executada tendo em conta a simplificação, eficiência e transparência, para uma melhor prestação de serviços. Para Barroso (2011), nas organizações em geral e particularizando as da área da saúde, é cada vez mais prioritário processos de implementação, monitorização e melhoria da qualidade com o objetivo de garantir a prestação de cuidados efetivos e eficientes, em concordância com as necessidades e expectativas dos clientes.

Para Chiavenato (2004) qualidade total pressupõe o envolvimento de todos os colaboradores da organização no sentido da manutenção de um compromisso de melhoria contínua e com ênfase nas necessidades do cliente. Para o mesmo autor, no final da era neoclássica despontaram novas abordagens de mudança organizacional. Uma delas prende-se com o conceito de melhoria contínua que privilegia a melhoria gradual, através da colaboração e participação das pessoas. Configura-se assim como uma abordagem contínua e participativa que tem como objetivo final a obtenção da excelência na qualidade dos produtos e serviços. Três princípios básicos qualificam a visão japonesa sobre qualidade, denominado de qualidade total: a qualidade é construída não unicamente inspecionada, a melhoria da qualidade poupa dinheiro e a qualidade obtém-se pela melhoria contínua.

O termo Gestão pela Qualidade Total refere-se a um tipo de gestão que busca de forma contínua a implementação de melhorias graduais, numa procura da excelência organizacional (Andrade, 2010). Para Barroso (2011, p.12) é um tipo de gestão representativo da “(...) *cultura ou atitude de qualidade por parte de uma organização, cultura que consiste em produzir indo ao encontro das necessidades directas dos consumidores e que implica, ainda, uma melhoria contínua da qualidade*”. O mesmo autor, citando Benavent (2001), menciona que a gestão da qualidade total necessita

de integrar todas as funções e processos organizacionais e representa o expoente mais atual da gestão da qualidade. Pela agregação de todas as atividades, a gestão da qualidade total pretende ir ao encontro das necessidades e expectativas dos clientes, mas também dos profissionais e da sociedade em geral, sem esquecer os objetivos organizacionais.

A Gestão pela Qualidade Total envolve e responsabiliza todos os níveis organizacionais na persecução de padrões de qualidade. Nesta perspectiva o controle burocrático, rígido e centralizador é substituído para o controle descentralizado e envolvente de todos os colaboradores.

No que diz respeito às organizações de saúde, estas deverão ter como principal objetivo a prestação de cuidados de excelência. A opção pela gestão pela qualidade na área da saúde pode acarretar muitas alterações nos sistemas de gestão até então em vigor, bem como no comportamento dos profissionais. Para Nogueira (2008) a incorporação deste tipo de gestão nas organizações dever ser feito de forma natural e sistemática e, para que se atinjam os resultados esperados, o sistema de gestão da qualidade deve possibilitar que na rotina diária haja garantia da qualidade de todos os resultados. Além disso, o sistema deve permitir a implementação de ações para eliminar causas das não-conformidades ou para evitar que uma nova ocorrência ocorra.

2.2. A Gestão nas Organizações Contemporâneas

Para Tavares (2010) na primeira metade do século XX a gestão era executada por modelos de comando e controle. As decisões eram tomadas pelos gestores que distribuíam as tarefas pelos seus subordinados, controlando os resultados.

A literatura não é consensual sobre se uma gestão mais ou menos hierarquizada é mais ou menos vantajosa para a organização, profissionais e clientes. *“O princípio da hierarquia da autoridade estabelece que uma pessoa deve sempre recorrer a outra que está em posição de ascendência, de quem ela recebe orientação.”* (Maximiano, 2010, p.107).

Maciel (2011) cita Weston (2008) que entende uma estrutura hierarquizada desvantajosa aos seguintes níveis: eficiência, adaptação, colaboração, criatividade e inovação. Também Maximiano (2010) defende que a existência de uma hierarquia

aumenta a necessidade de orientação ou de aprovação, diminuindo a liberdade, a autonomia e a criatividade e promove a rigidez. Defende ainda que uma organização onde exista uma hierarquia é mais resistente à mudança por transtornar o comodismo dos que estão no topo. Contudo, Maciel (2011) cita também autores como Ferreira (1990) que nomeiam como indispensável para uma organização uma estrutura hierarquizada.

Quando se fala em centralização ou descentralização da gestão dentro das organizações estamos a referir-nos ao grau de concentração ou de distribuição de autoridade nos diversos níveis da organização. Reportando o conceito de qualidade total anteriormente definido, este pressupõe o empoderamento das pessoas, proporcionando-lhes aptidões e autoridade para tomar decisões que tradicionalmente eram dadas aos gerentes (Chiavenato, 2004). Para o mesmo autor, o empoderamento aumenta significativamente a melhoria dos produtos e serviços e a satisfação do cliente e dos colaboradores. Por outro lado reduz os custos e o desperdício de tempo, o que trará vantagens a nível organizacional.

Tal como Maciel (2011) refere, o modelo de gestão participativa, que é preconizado nas USF, pode ser considerado uma das formas de motivar um grupo, pode favorecer o espírito de equipa, fomentando o sentimento de pertença e coesão grupal e o envolvimento na conquista de objetivos comuns. Para Tavares (2010), o estilo democrático e participativo fomenta a participação dos profissionais nas tomadas de decisão e incorpora níveis de poder variáveis.

Para Ribeiro C. (2009), no contexto organizacional atual, os líderes têm de ser capazes de conduzir os seus colaboradores a um empenho voluntário e participativo. Já não havendo lugar a subordinados, o papel do líder passa a ser de dirigir, orientar. Parece pertinente acrescentar o contributo de Marquis e Huston (2010) para a diferenciação de liderar e gerir. Para estes autores, liderar é uma das várias funções de gerir/administrar embora também reconheçam que há autores que defendem que gerir é uma função da liderança. Marquis e Huston (2010, p.51) concluem que “ (...) *se um administrador orienta, dirige e motiva, e um líder fortalece os outros, pode-se então dizer que todo administrador deveria ser um líder. Da mesma forma, liderar sem administrar resulta em caos e fracasso (...)*”. Uma gestão eficiente é fundamental para as organizações contemporâneas. Os mesmos autores ressaltam que um dos obstáculos para que se desenvolvam as habilidades necessárias para o desempenho do papel da gestão está relacionado com o seu dinamismo e constante mudança.

O desafio é conhecer e tirar partido dos contributos das Teorias Clássicas da administração ao mesmo tempo que se vai atualizando e usufruindo dos contributos

dos novos recursos disponíveis e das novas pesquisas e teorias emergentes. Neste contexto, Marquis e Huston (2010) defendem a importância da integração dos papéis de liderança e gestão.

Governança clínica

Nas organizações de saúde a procura pelas boas práticas de gestão tem revelado novas tendências como o caso da denominada governança clínica. A procura cada vez maior da população por mais e melhores cuidados de saúde conjuntamente com a necessidade de se equacionar os recursos disponíveis levou a OMS a operacionalizar este termo na área da saúde, desde 2000, com o intuito de potencializar a prestação de serviços de saúde (Santos et al., 2013).

Para Campo (2009), o termo governança está associado a formas de poder mais abertas que objetivam a participação e a responsabilização, promovendo os interesses efetivos do cidadão. São instituídos procedimentos de forma a negociar e avaliar regras de decisão coletiva.

Para Santos et al. (2013), o termo governança clínica refere-se a um tipo de gestão que ocorre quando nos processos de gestão e de tomada de decisão são preconizados a participação e o envolvimento dos profissionais. Há uma procura constante, aliada a uma responsabilidade conjunta, pela melhoria contínua e pela subsistência de padrões elevados de atendimento, com o objetivo último a excelência do cuidado. Revez (2011) corrobora este aspeto defendendo que as organizações de saúde que implementam este tipo de gestão conseguem um envolvimento de todos os membros da equipa de saúde, através do reconhecimento do contributo individual e do contributo coletivo para a qualidade dos cuidados prestados. Através de um esforço conjunto da equipa são identificados aspetos da prestação de cuidados que carecem de melhoria, sendo todos responsabilizados pela procura de soluções. Santos et al. (2013) acrescem ainda o importante contributo dos profissionais de enfermagem para a concretização deste objetivo, sendo para isso necessário que tenham reconhecida e legitimada a sua autonomia profissional.

Revez (2011, p.115) concluiu que é por meio de “ (...) *uma reflexão global ao nível local que se pretende criar as condições para um consenso (...) tendo em vista o desenvolvimento da eficácia coletiva e servindo como rampa de lançamento para um processo de reflexão e controlo da mudança*”.

2.3. Gestão em Enfermagem

Tal como já referido, a reforma dos cuidados de saúde acarretou inevitavelmente mudanças para a forma como é assegurada a gestão das organizações de saúde. Quando falamos de gestão em saúde e mais concretamente em gestão em enfermagem inevitavelmente terá de se falar em prestação de cuidados de qualidade (Assis, 2010). A mesma autora acresce ainda que também a gestão em enfermagem tem vindo a sofrer alterações ao longo do tempo e que cada vez mais se torna indissociável a gestão da prestação de cuidados.

Contudo, como defendem Ferreira e Silva (2012), a insustentabilidade económica e financeira do Estado acaba por comprometer a capacidade das organizações em satisfazer as expectativas e necessidades dos clientes e profissionais. Paralelamente a estas condicionantes, também a carreira de enfermagem sofreu alterações. Para as mesmas autoras o novo modelo de gestão tem de ter em conta os critérios orçamentais que se caracterizam pela racionalidade e que, por serem mais quantitativos, são muitas vezes não congruentes com os indicadores qualitativos da prestação de cuidados de enfermagem.

O regime legal da carreira de enfermagem sofreu modificações ao longo do tempo. Anteriormente a legislação regulava o exercício profissional em três áreas: prestação de cuidados, gestão e assessoria. Depreende-se assim uma organização pautada numa “ (...) *estrutura hierárquica com diferentes patamares de liderança, para as categorias de enfermeiro chefe e enfermeiro supervisor sendo atribuída ao enfermeiro chefe a gestão operacional de uma unidade de cuidados*” (Maciel, 2011, p.33). O mesmo autor reforça ainda que as funções de gestão em enfermagem eram então atribuídas pelo próprio contexto legal. Atualmente a legislação regula apenas duas categorias na carreira de enfermagem: enfermeiro e enfermeiro principal.

Para Kurcgant (2010), primordialmente a estrutura administrativa de enfermagem defendia um sistema hierarquizado e centralizado tal como defendia Fayol. A gestão em enfermagem teria um carácter fiscalizador e punitivo. A partir da Teoria das Relações Humanas, começa-se a atribuir ao gestor algumas características ideais como inteligência, qualidades morais e responsabilidade. A gestão em Enfermagem começou a assumir modelos que contemplavam as necessidades humanas e as relações interpessoais e intergrupais e foi depois evoluindo acompanhando os pressupostos defendidos nas outras teorias anteriormente apresentadas. Para enfrentar as novas exigências e responsabilidades atuais, também os gestores

tiveram a necessidade de desenvolver competências de liderança de forma a conseguir resultados assistenciais e, ao mesmo tempo, responder eficazmente às metas e aos objetivos institucionais (Marquis e Huston, 2010).

Não obstante tudo o referido anteriormente e independentemente das condicionantes existentes, a gestão é sempre um processo-chave em qualquer organização. A forma como a gestão é feita vai sempre ter impacto nas pessoas e na própria organização. Contudo, não se encontra ainda uma abordagem universalmente aceite sobre a melhor forma de gestão. Todavia, sabendo que a liderança influencia as pessoas dentro da organização e sabendo que essa influência é uma transação interpessoal, percebe-se a importância que esta tem no sucesso de uma organização (Chiavenato, 2009).

2.3.1. As Funções de Gestão em Enfermagem nas USF

Após toda esta explanação parece pertinente e orientador de análise no contexto da presente investigação perceber como estão asseguradas na legislação as funções de gestão em enfermagem nas USF. Apresenta-se resumidamente a comparação com o que nos reporta a legislação sobre o que eram as funções do enfermeiro chefe (segundo o Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro), o conteúdo funcional da categoria de enfermeiro principal (segundo o Decreto-Lei n.º 247/2009 de 22 de Setembro) e as que estão preconizadas para as USF (segundo o Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto).

Funções do enfermeiro chefe (estabelecidas no anterior regime legal da carreira de enfermagem):

- Gestão de recursos materiais:
 - Determinação de recursos necessários;
 - Participação nas comissões de escolha de material e equipamento;
 - Conhecer os custos dos recursos e encontrar mecanismos que garantam a sua utilização correta e o controlo dos gastos;
- Gestão de cuidados de enfermagem:
 - Incorporar o órgão de gestão das unidades de cuidados;
 - Participar na elaboração do plano e do relatório globais da unidade de cuidados;

- Promover e colaborar na definição ou atualização de normas e critérios para a prestação de cuidados de enfermagem;
- Fomentar métodos de trabalho que favoreçam um melhor nível de desempenho;
- Responsabilizar-se pela garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem;
- Planear e concretizar ações que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, procedendo à respetiva avaliação;
- Participar na determinação de custos/benefícios no âmbito dos cuidados de enfermagem;
- Gestão da formação:
 - Divulgar a informação com interesse para o pessoal de enfermagem;
 - Criar condições para que sejam efetuados estudos e trabalhos de investigação pelo pessoal de enfermagem;
 - Realizar ou colaborar em trabalhos de investigação sobre a gestão de serviços de enfermagem/cuidados de enfermagem;
 - Utilizar os resultados de estudos e trabalhos de investigação na melhoria da gestão do serviço de enfermagem;
 - Responsabilizar-se pela concretização das políticas ou diretivas formativas emanadas pelo órgão de gestão;
 - Responsabilizar-se pela concretização dos compromissos assumidos pelo órgão de gestão com os estabelecimentos de ensino, relativamente à formação básica e pós-básica de enfermeiros
 - Criar condições e colaborar na realização de atividades de formação de outro pessoal na unidade de cuidados.
- Gestão de recursos humanos:
 - Determinar as necessidades em enfermeiros e sua distribuição;
 - Responsabilizar-se pela distribuição de enfermeiros de acordo com as necessidades, através da elaboração de horários e planos de férias;
 - Propor o nível e tipo de qualificações exigidas ao pessoal de enfermagem, em função dos cuidados de enfermagem a prestar;
 - Favorecer boas relações interpessoais na equipa;
 - Avaliar o pessoal de enfermagem da unidade de cuidados e colaborar na avaliação de outro pessoal.

Funções do enfermeiro principal (para além das funções inerentes à categoria de enfermeiro):

- Planear e desenvolver ações e métodos de trabalho que promovam a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem com recurso a indicadores e sua avaliação, bem como à coordenação de equipas multiprofissionais;
- Assessoria ou consultadoria de natureza técnico-científica em projetos ou programas;
- Participar nos processos de contratualização;
- Coordenar funcionalmente os enfermeiros;
- Gestão do serviço ou unidade de cuidados:
 - Supervisionar, planear, programar e avaliar o trabalho da equipa;
 - Tomar decisões sobre afetação de meios;
- Ser promotor da implementação dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e atualizar procedimentos orientadores da prática clínica;
- Gerir recursos humanos identificando necessidades e elaborando horários, planos de trabalho e férias;
- Integrar órgãos de gestão, ou de assessoria;
- Promover a execução dos compromissos assumidos pelo órgão de gestão com estabelecimentos de ensino ou outras entidades no que diz respeito ao desenvolvimento de competências de estudantes de enfermagem;
- Garantir a informação que determina o nível de produção, atividade ou qualidade da sua equipa;
- Responsabilizar-se pela formação e desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros;
- Executar, promover ou apoiar projetos de desenvolvimento técnico-científico, institucional, de qualidade e inovação;
- Gerir a prestação de cuidados de enfermagem;
- Auxiliar o enfermeiro-diretor, na admissão de enfermeiros e na sua distribuição;
- Elaborar o plano de ação e relatório anual de enfermagem;

Funções do elemento de enfermagem do conselho técnico das USF:

- Orientação necessária à observância das normas técnicas expedidas pelas entidades competentes;
- Promoção de procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, tendo por referência a carta da qualidade;

- Avaliação do grau de satisfação dos utentes da USF e dos profissionais da equipa;
- Elaboração do manual de boas práticas;
- Organizar e supervisionar as atividades de formação contínua e de investigação;
- Levar a cabo a avaliação de desempenho dos profissionais de enfermagem.

Perante o exposto, algumas funções que anteriormente estavam adstritas ao enfermeiro chefe não se mantiveram no conteúdo funcional do enfermeiro principal. No que diz respeito ao adstrito ao elemento de enfermagem do conselho técnico essa diferença é ainda maior sobretudo no que concerne à gestão dos recursos das USF. De acordo com a legislação em vigor, a afetação de todos eles faz parte do estabelecido na carta de compromisso entre o coordenador da USF (médico) e a instituição.

Para Assis (2010) a organização dispõe de vários recursos sendo que a forma como os utiliza e transforma influenciam o seu sucesso. A gestão dos recursos além de um necessário controlo, inclui o seu planeamento (de forma a controlar o seu fluxo desde a aquisição à distribuição), determinação de objetivos e clarificação dos meios e das necessidades (Seixo, 2009). As organizações são constituídas por pessoas que recorrem a determinados recursos para atingirem os objetivos organizacionais.

Os recursos de uma organização são, para Chiavenato (2005), o pilar de uma organização pois sem eles as organizações não detêm meios para realizar as suas atividades e não atingem os seus objetivos. No que concerne à gestão de recursos humanos, para Chiavenato (2009), esta tem como principal objetivo selecionar, gerir e orientar os colaboradores na consecução dos objetivos e metas da organização. A gestão de recursos humanos é uma peça chave no sucesso de uma organização, devendo, por isso, ser alvo de atenção e análise, uma vez que as pessoas se configuram como o principal recurso de qualquer organização. Assis (2010), especificando o caso da gestão de recursos materiais, defende a importância do papel do enfermeiro chefe/gestor. Quem tem maior conhecimento sobre os recursos a gerir é que deverá ser o gestor dos mesmos.

Acresce ainda a necessidade de olhar reflexivamente sobre a realidade atual. Como verificado, a legislação contempla a categoria de enfermeiro principal. Contudo, ainda não se evidenciou a sua aplicação na prática. Em Junho de 2010, a Administração Central do Sistema de Saúde, através de uma circular informativa, refere que, em virtude dos rácios dos enfermeiros principais terem de ser estabelecidos em diploma próprio, não se avançará com este processo enquanto se verificar a inexistência

desse diploma. Em Novembro de 2010, surge o Decreto-Lei n.º 122/2010 que estabelece, entre outros, as dotações para a categoria de enfermeiro principal que devem variar entre 10% a 25% do número total de enfermeiros do serviço em questão. Apesar destes avanços, segundo o Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (2014), ainda não houve nenhum concurso, nem há no presente nenhum enfermeiro com essa categoria.

A reforma dos CSP e consecutiva implementação de um novo modelo de gestão levou a uma reestruturação do trabalho consequente à mudança organizacional instituída. Torna-se então pertinente um olhar sobre o contexto da mudança organizacional e sobre os fatores que podem facilitar ou inibir este processo. Tal como Maciel (2011) atesta, as mudanças inerentes à reforma dos CSP acabam por transformar a estrutura, os processos, os procedimentos e a cultura da organização.

3. MUDANÇA ORGANIZACIONAL

A capacidade de uma organização em desenvolver novas estratégias e efetivar mudanças organizacionais está intimamente ligada com a sua capacidade de competição e quanto mais abertas à mudança, mais vantagem competitiva terão (Roman et al., 2012).

Ao conceito de mudança está sempre inerente o conceito de transformação. Maciel (2011, p.26) corrobora este pressuposto ao afirmar que a mudança “ (...) *pressupõe uma alteração de um estado, modelo ou situação anterior, para um novo estado, modelo ou situação*”. Para Scherer et al., (2009), no que concerne às mudanças em contextos de trabalho, estas sempre existiram. Neste contexto específico, a ênfase deve ser a gestão da mudança, incluindo a definição de estratégias e a antecipação de dificuldades. Estas estratégias, para Maciel (2011, p.28), incluem “ (...) *a comunicação, a formação, a participação, a coerção e a negociação*”.

Para Nascimento (2009), as organizações, perante um contexto de mudança, têm de desempenhar um papel ativo, influenciando e exercendo influência no ambiente e tempo em que se inserem. Souza et al. (2009) acrescentam que a mudança é uma característica inerente à própria organização sendo um fenómeno multidimensional.

Perante um processo de mudança organizacional são variadas as respostas que as pessoas podem apresentar. Segundo Souza et al. (2009) as pessoas perante a mudança podem percorrer estadios como a negação, resistência, exploração e comprometimento. Neves e Castro (2010) referem que os vários estudos organizacionais apontam para a fase de implementação da mudança como aquela à qual se deve a maior parte do insucesso dos processos de mudança organizacional. São vários os fatores que podem estar nessa origem. Estes autores destacam o envolvimento e participação dos trabalhadores.

Neves e Castro (2010) apontam Lewin como o pioneiro dos estudos das mudanças organizacionais. De uma forma geral, segundo Lewin (1947), a mudança surge em três fases: descongelamento (fase de preparação, onde emergem motivações de forma a diminuir a resistência, pela diminuição da força dos valores e comportamentos anteriores), mudança (processo de transição em que há a mudança

com aparecimento de novos valores e comportamentos) e congelamento (estabilização da mudança; esta é aceite e há um sentimento de conforto e consolidação emocional e cognitiva).

Decorrido o processo de mudança é esperado das organizações que alcancem estabilidade a que se denomina de sustentabilidade (Maciel, 2011). Esta pode encontrar-se debilitada em casos específicos como na presença de equipas pequenas, no final do período de contratualização ou em caso de saída do líder e pode ser otimizada através de uma combinação adequada entre liderança, gestão, ferramentas e competências interpessoais e políticas (Buchanan et al., 2007, cit. por Maciel, 2011). O papel da gestão, ainda desvalorizado e associado a burocracias, representa uma estratégia para as transformações nas práticas de saúde.

Tendo em conta a velocidade e quantidade das mudanças com que se deparam os serviços de saúde, há que investir na preparação dos profissionais para a mudança e para a sustentabilidade, processo que pode ser facilitado quando os profissionais adquirem características como: adaptação, colaboração, criatividade, inovação, entre outras (Maciel, 2011). Perante a mudança e com a criação de novos modelos ou estilos, as organizações deverão usufruir de uma gestão que estimule a autonomia e a partilha da liderança, com o desenvolvimento de pessoas comprometidas com a gestão e com características como a criatividade, inovação, intuição, relação, atualização, entre outras.

Segundo o International Council of Nurses - ICN (2008) a eficácia da mudança organizacional está também intimamente relacionada com as características do contexto ou ambiente da organização que deverá garantir as condições necessárias, com repercussões na qualidade dos cuidados, na produtividade, na satisfação profissional e na gestão. O modelo de gestão instituído deverá ser bem definido para que haja uma correlação positiva com fatores necessários ou favoráveis à mudança, mesmo no clima de incerteza inerente ao processo de transformação

De ressaltar que as mudanças organizacionais podem pôr em causa a identidade, a cultura organizacional e os modelos de gestão que até então estavam em vigor. Este aspeto irá também influenciar as relações interprofissionais e o esquema de hierarquias. Podem existir barreiras como o género, a ideologia, a experiência, o trabalho em equipa ineficaz, rivalidade, resistência, entre outros, que podem gerar conflitos que afetarão a implementação da mudança que se pretende.

Compreender as propriedades e condições inerentes a um processo de transição vislumbra-se pertinente para adequar as ações necessárias, tendo em vista a promoção de respostas saudáveis à transição dos profissionais (Meleis, 2010).

3.1. Fatores que Influenciam a Mudança Organizacional

Para Souza et al. (2009) é comum relacionar o sucesso ou insucesso de uma mudança com fatores psicológicos tais como a motivação, o stresse e a ansiedade. A forma com é exercida a gestão dentro de uma organização representa outro fator influenciador da mudança organizacional. A implementação de modelos de gestão é considerado um elemento-chave para a efetivação da mudança (Souza et al., 2009).

A motivação, essencial em todas as fases, é necessária para que a mudança ocorra e resulta do envolvimento e do compromisso integrado do grupo na execução de um projeto comum (Maciel, 2011). Num estudo efetuado por Botelho (2012) conclui-se que, para além da motivação, perante um processo de mudança estão presentes quatro dimensões de aprendizagem: individual, organizacional, do trabalho e contextual. Acresce ainda que para a mudança organizacional convergem fatores facilitadores e inibidores. Dos fatores facilitadores destacam-se a estrutura, a estratégia, o clima organizacional, a liderança e características individuais como a humildade, a proatividade, entre outros. Como fatores inibidores foram encontrados essencialmente a falta de tempo e o acumular de funções (Botelho, 2012).

Zavodsky e Simms (1996), cit. por Maciel (2011) apontam como fatores influenciadores do contexto profissional necessário para a mudança, o crescimento, o desenvolvimento e aprendizagem, a experiência, as condições de trabalho, e as mudanças. Estes autores corroboram também a importância dos modelos de gestão, sendo que estes determinam ou proporcionam as ditas condições de trabalho e que influenciam atitudes e comportamentos de forma a apropriar um ambiente de trabalho estimulante. A alteração de papéis e as modificações na própria cultura organizacional são determinantes para que haja uma adaptação eficaz às reformas que acontecem na área da saúde.

Para Neves e Castro (2010), podem existir diversos fatores que se estabelecem como barreiras ao processo de implementação de uma mudança. De entre elas, salientam-se a má formulação da estratégia de mudança, o desalinhamento da mudança com a estrutura, a falta de comunicação, a resistência a mudança, os incentivos inadequados, a falta de apoio da gestão, o pouco envolvimento dos colaboradores, entre outras.

Vários são os autores, tais como Beverley et al. (2012) e França (2013), que apontam a formação como um fator importante em qualquer organização, sobretudo perante um cenário de mudança. Para que uma organização tenha sucesso na atualidade

torna-se imprescindível a sua capacidade de aprender bem e rápido perante um cenário de constantes e inevitáveis mudanças.

O ambiente propício à aprendizagem, presente nas denominadas organizações aprendentes (aquelas que, tendo como fim último habilitar os profissionais para a competitividade, trabalham com o conhecimento aliado à estratégia), promove a expansão das capacidades dos profissionais em obter resultados, permitindo uma aprendizagem em grupo, que excede a individual. Para França (2013), a formação tem relação direta com o elevado desempenho organizacional e constitui uma componente da gestão de recursos humanos. Para a mesma autora, a formação deverá ser uma estratégia de motivação que culminará no aumento da satisfação profissional, sobretudo perante um contexto de mudança organizacional.

Para Ques et al. (2010) a complexidade inerente à segurança dos cuidados de saúde prestados requer que estes se tornem algo indiscutível. Este objetivo pode ser conseguido através do papel da formação. Este pressuposto é também defendido por autores como King et al. (2011) ao concluírem que o treino de competência está correlacionado positivamente com a melhoria do conhecimento e da prática, mas que, para tal, os formandos têm de estar motivados para mudar e sentir a necessidade de formação.

A melhoria da prática clínica extrai benefícios da formação também pela redução de erros. Apesar disso, Beverley et al. (2012), mesmo concluindo o impacto positivo da formação na melhoria da segurança do utente, reconhecem que há ainda pouco investimento em abordagens sistemáticas para a educação e formação nesta área. Deverá haver nas organizações uma gestão adequada de programas de formação contínua, sendo que a segurança dos utentes é da responsabilidade de todos os profissionais da equipa. Esta deverá ser treinada em conjunto (educação interprofissional e multiprofissional) para que se encontrem soluções. A diminuição de erros só é conseguida com eficácia pela formação contínua, não sendo suficiente a formação base dos profissionais (Beverley et al., 2012).

Ques et al. (2010) vão ao encontro ao supracitado (relação positiva entre formação e treino e segurança dos cuidados) reconhecendo também que a educação sobre segurança clínica é ainda insuficiente. Para os mesmos autores a falta de cooperação ativa entre os profissionais, a existência de mudanças na estrutura organizacional, a ausência de liderança autêntica, a falta de indicadores credíveis, a falta de formação específica na área de segurança, entre outros, são alguns dos principais obstáculos à subsistência da segurança clínica.

Também Lynn (2011) concluiu que as boas práticas clínicas seriam melhoradas, com sucessiva diminuição de erros, através de um programa de formação em serviço. Preparar os profissionais para o futuro faz parte do processo de aprendizagem, tendo este aspeto ainda maior importância perante uma realidade de constantes mudanças. A formação assume também neste aspeto um papel primordial, colmatando as necessidades de informação credível, sólida e oportuna. As organizações deverão ser capazes de suportar e concretizar uma abordagem apoiada em evidências e que atenda aos padrões de desenvolvimento profissional contínuo (Aiello et al., 2011).

Cunha et al., (2010, p.8) referem que *“É um dado científico, que as atitudes são disposições para a ação, afetando o comportamento, gerando forças que impulsionam ou restringem a mudança, no contexto da transformação organizacional proactiva.”* Os mesmos autores concluíram ainda que a atitude dos enfermeiros perante as mudanças organizacionais é influenciada positivamente por fatores como: tempo de experiência, formação base, grau de formação, entre outros. Os mesmos autores reforçam também que a formação contínua torna todo o processo de mudança mais perceptível, diminuindo alguns fatores de resistência à mudança. A formação e o envolvimento dos profissionais são consideradas estratégias que favorecem a atitude predisponível para a mudança.

A gestão de recursos humanos é cada vez mais considerada um aspeto central a ser otimizado (Nzinga et al., 2013). O Relatório Mundial de Saúde (2006) também realçou esta necessidade e aliou a gestão de recursos humanos a aspetos como a motivação e outros de índole organizacional e que afetam a força de trabalho. Contudo, tal como concluíram Nzinga et al. (2013), apesar de haver um investimento na formação em gestão, os gestores nem sempre se encontram bem preparados para o desempenho do seu papel. Em particular perante cenários de mudança, os gestores deverão assumir uma maior proatividade e usar do seu poder para motivar focos de conhecimento no seio das suas equipas (Nzinga et al., 2013). Pelo recurso a redes organizacionais, os gestores devem criar um ambiente que incentive a partilha de informações. Para promover a aprendizagem organizacional e a melhoria contínua esta é uma área que, para os mesmos autores, deverá ser melhorada e repensada.

Em síntese, a evidência científica aponta vários fatores que podem influenciar a mudança organizacional. Aquando da implementação do novo modelo de gestão das USF estes fatores podem ser evidenciados.

3.2. Adaptação Individual à Mudança Organizacional

Perante uma mudança pode ocorrer a transição de um estado anterior para outro. Durante os últimos anos Meleis em conjunto com outros colaboradores investigaram e construíram uma teoria sobre as transições. Num processo de transição há a necessidade de incorporar novos conhecimentos, para alterar o comportamento. Qualquer mudança representa um momento de instabilidade entre dois momentos de estabilidade. A transição não é sinónimo de mudança, pois envolve processos de adaptação à mudança, em que a realidade atual é interrompida e há necessidade de constituir nova realidade. Meleis (2012) apresenta-nos uma abordagem ao processo de transição muito completa, defendendo que as pessoas podem atravessar transições do tipo: saúde-doença, comportamental, desenvolvimental e organizacional. Dada a natureza desta investigação é sobre este último tipo de transição que recairá a nossa atenção, usufruindo dos contributos da teoria das transições de Meleis.

Meleis (2012) considera que os estudos de Bridges (1980, 1991) foram um importante contributo na análise das transições, descrevendo que esta ocorre em três fases: uma fase que terminou, caracterizada pela frustração; uma fase neutra, caracterizada por desintegração e desequilíbrio e uma fase que vai iniciar, caracterizada por antecipações e pelo assumir de novos papéis. Cada uma dessas fases determina diferentes estratégias.

Para Pereira (2011) as pessoas atribuem significados diferentes às transições que vivenciam. Contudo, é necessário perceber que a transição é essencialmente positiva e que implica a aquisição de um período de estabilidade em relação ao estado anterior (Meleis, 2010). As transições podem ser despoletadas por eventos que a pessoa controla ou não e o tempo que demora também é variável.

Quando se fala em transição organizacional, não se pode esquecer que a transição tem sempre um carácter individual (Meleis, 2012). Daí que só faz sentido perceber como é que cada pessoa vivencia a mudança que ocorreu na organização, não podendo esse processo ser generalizado para a mudança no seu todo.

Pereira (2011) reforça ainda que a pessoa pode até estar num processo de transição sem se ter apercebido. Para Meleis (2010), as respostas podem também ser variadas e incluem: desorientação, modificações no autoconceito, angústia, alterações de papel, ansiedade, entre outras. Contudo, qualquer mudança organizacional afeta a vida das pessoas que nela trabalham, representando para elas uma transição. Este

processo não é simples mas complexo podendo ocorrer várias transições em simultâneo (Meleis, 2010).

Apesar de existir uma variedade de transições elas têm todas, para Meleis (2010) algumas propriedades em comum, nomeadamente por ocorrerem através do tempo e por envolverem um fluxo, um movimento de um estado para outro. Para além disso, Meleis (2010) defende ainda outras características comuns a todas as transições, sendo elas: consciencialização; envolvimento; mudança e diferença; tempo para transitar; pontos críticos e eventos (Meleis 2010).

A consciencialização diz respeito à percepção, ao conhecimento e reconhecimento da transição, sendo que quanto mais consciente está a pessoa da transição, maior envolvimento terá. Este por sua vez, estando presente, é favorável para que a transição seja eficaz. Em relação à mudança esta faz parte da própria transição, mas podem ocorrer mudanças que não estejam relacionadas com a transição vivenciada. De salientar que descrever os efeitos e significados das mudanças envolvidas torna-se um passo fundamental para compreender o processo de transição (Meleis, 2012). Da transição emerge também a diferença: a pessoa sente-se e é apreendida de forma diferente. O tempo para que ocorra a transição é variável, mas é geralmente um processo moroso e inicia-se com um evento crítico culminando numa estabilidade. A natureza da mudança e a sua influência na vida da pessoa são alguns dos fatores que podem fazer variar o tempo em que decorre o processo, podendo haver lugar a avanços e retrocessos. Por último, os pontos críticos dizem respeito aos pontos de viragem. Geralmente estes estão associados ao aumento da consciencialização, à diferença ou ao maior envolvimento no processo de transição.

Findo o processo de transição, para Meleis (2010), surgem padrões de resposta que podem ser de dois tipos: indicadores de processo e indicadores de resultado. Dos primeiros fazem parte: sentir-se e estar ligado, interação, localizar-se e estar situado, confiança e *coping*. Quando há um recurso eficaz a mecanismos de *coping* há uma melhor adaptação. Os indicadores de resultado são evidenciados em dois tipos: mestria e identidade fluida. Quando há uma simbiose entre as capacidades desenvolvidas durante o processo de transição, com as capacidades anteriormente existentes, fala-se de mestria. Esta é um indicador de que o processo de transição está completo, pela verificação de capacidades que permitam a pessoa realizar a transição com sucesso. Por outro lado pode ocorrer uma reformulação da identidade. Neste caso o indicador de resultado denomina-se identidade fluida. Quando transição saudável, a pessoa experimenta um bem-estar subjetivo que substitui a angústia inicial.

Numa fase inicial do processo de transição, as respostas estão normalmente mais relacionadas com indicadores de processo do que com indicadores de resultado.

Meleis (2010) identificou alguns fatores pessoais e ambientais que influenciam o processo de transição e que podem afetar positiva ou negativamente a qualidade, a experiência e as consequências das transições vividas. A mesma autora salienta como principais fatores os sentimentos, as expectativas, o nível de conhecimento, a capacidade, o ambiente, o planeamento e o bem-estar físico e emocional. Dos vários fatores pessoais que podem influenciar a transição, salienta-se os significados atribuídos aos eventos que desencadeiam a transição, as crenças e atitudes, as emoções relacionadas com a transição, o *status* socioeconómico, a preparação prévia e o conhecimento sobre o que se pode esperar durante o tempo da transição. No que concerne aos fatores ambientais salienta-se a existência de apoio social ou de recursos, o apoio dos familiares e a representação social face à mudança (Meleis, 2012).

3.3. O Modelo de Gestão das USF e a Mudança Organizacional

Tal como referido anteriormente, perante uma mudança organizacional (como é o caso da implementação das USF), a existência de uma relação de poder mais hierarquizada pode ser facilitadora. As reformas na saúde levaram ao desenvolvimento de processos de descentralização. Este aspeto, para Mintzberg (1994), acarretou alguns problemas, sobretudo nos casos em que as estruturas organizacionais anteriores manifestavam tradições de comando e pouca comunicação. Para o mesmo autor o papel interpessoal, de informação e de decisão, devem estar prementes na gestão.

Por outro lado, Vizeu (2011) defende que a denominada liderança transformacional tem vindo a tornar-se cada vez mais um modelo pertinente ao atual contexto organizacional. Este modelo tem como cerne o pressuposto da dualidade do fenómeno da liderança, isto é, a existência de uma relação bidirecional entre líder e liderados, privilegiando-se o desenvolvimento coletivo.

A capacidade transformacional da gestão é defendida por vários autores como Gullo e Gerstle (2004), sendo esta responsável por mobilizar a equipa na consecução de

objetivos comuns, bem como no desenvolvimento de parcerias, responsabilidade partilhada e sentimentos de pertença. A liderança transformacional é, para estes autores, capaz de exercer influência, motivação, estimulação intelectual, reforço contingente e intervenção em crise. Gullo e Gerstle (2004) defendem que, reportando o caso concreto da profissão de enfermagem, este tipo de liderança está relacionado com um maior envolvimento, maior satisfação profissional e melhores condições de trabalho (pelas mudanças construtivas nas políticas da organização). A individualidade e a capacidade de cada profissional é supervisionada, sendo que os gestores têm essencialmente o papel de motivar e comunicar. O papel do enfermeiro gestor é essencial para a concretização de um melhor desempenho e qualidade dos cuidados, através da capacitação e atribuição de poderes (McCabe e Timmins, 2006).

Existem já alguns estudos sobre o impacto das mudanças na área da saúde na prática de enfermagem. Nowak e Bickley (2005) concluíram que durante a implementação das mudanças, os enfermeiros não se sentiram envolvidos. Além disso, não houve participação dos seus líderes nas tomadas de decisão o que impossibilitou o devido apoio destes à equipa durante o processo de mudança. Perante uma mudança que consideraram imposta, os enfermeiros não encontraram satisfação nas novas condições de trabalho.

Também Carvalho (2009) denotou através do seu estudo, o sentimento de não envolvimento dos enfermeiros no processo de mudança organizacional na área da saúde. Contudo, este autor realça que as equipas foram capazes de desenvolver estratégias que lhes permitiram uma eficaz adaptação à nova realidade, concluindo que o papel do enfermeiro chefe foi crucial. Maciel (2011) corrobora este pressuposto defendendo que o enfermeiro chefe é a figura de coesão que centraliza o objetivo comum. A anulação dos enfermeiros gestores acarretou também outras consequências negativas como a perda da liderança, aumento da carga de trabalho, carência de disciplina e desacreditação da profissão (Caryer et al., 2010, cit. por Maciel, 2011).

Em suma, os efeitos da reforma nos serviços de saúde podem ser *“(...) positivos ou negativos e influenciar o sentido ético do setor público, o espírito de equipa, a autonomia e estatuto profissional e ameaçar os valores partilhados pelos profissionais, ao colocar uma ênfase excessiva sobre os incentivos financeiros, ou criar rivalidades dentro das equipas”* (Maciel, 2011, p.42).

4. METODOLOGIA

De forma a encontrar respostas a questões objetivas, a investigação científica representa um método de aquisição de conhecimentos (Fortin, 2009). Após explanação, na primeira parte, dos conceitos teóricos orientadores desta investigação, este capítulo aborda o processo metodológico inerente á presente investigação científica.

Uma investigação para ser científica deve ser sistematizada, com recurso a uma metodologia própria e técnicas específicas. As opções metodológicas são imprescindíveis para que se assegure a fiabilidade e a qualidade dos resultados da investigação (Fortin, 2009).

Esta investigação tem como finalidade: contribuir para o conhecimento das implicações da reestruturação dos CSP na gestão em enfermagem.

4.1. Questões de Investigação e Objetivos

Relativamente ao trabalho em estudo, formularam-se as seguintes questões orientadoras:

- Qual a perceção dos enfermeiros sobre o modelo de gestão implementado nas USF?
- Qual a perceção dos enfermeiros sobre o impacto do modelo de gestão das USF, nas suas práticas?
- Qual a perceção dos enfermeiros sobre a concretização das expectativas associadas ao novo modelo de gestão das USF?
- Quais as expectativas futuras dos enfermeiros relativas ao modelo de gestão das USF?

- Quais as implicações na prática, decorrentes dos diferentes modelos de gestão vivenciados pelos enfermeiros?
- Quais são os fatores facilitadores ou inibidores do processo de mudança organizacional sentidos pelos enfermeiros perante a experiência com o novo modelo de gestão desenvolvido nas USF?

Os objetivos da presente investigação são:

- Identificar a percepção dos enfermeiros sobre o modelo de gestão implementado nas USF;
- Descrever a percepção dos enfermeiros sobre o impacto do modelo de gestão das USF, nas suas práticas;
- Descrever a percepção dos enfermeiros sobre a concretização das expectativas associadas ao novo modelo de gestão das USF;
- Descrever as expectativas futuras dos enfermeiros relativas ao modelo de gestão das USF;
- Descrever as implicações na prática, decorrentes dos diferentes modelos de gestão vivenciados pelos enfermeiros;
- Descrever os principais fatores facilitadores ou inibidores do processo de mudança organizacional manifestados pelos enfermeiros perante a experiência com o novo modelo de gestão desenvolvido nas USF.

4.2. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo integrado no paradigma qualitativo, do tipo exploratório, descritivo e transversal. A investigação qualitativa envolve dimensões de proximidade, permitindo uma partilha natural de informação (Ribeiro, 2010). O paradigma qualitativo é apropriado quando se pretende compreender o significado de um fenómeno, explorando as suas dimensões, a forma como se manifesta e os fatores relacionados, tomando a perspetiva dos participantes, neste caso sobre o novo modelo de gestão em vigor nas USF.

O estudo é do tipo exploratório e descritivo. Este tipo de estudo favorece, essencialmente, a compreensão dos comportamentos a partir das perspetivas dos participantes. Um estudo exploratório é então efetuado a partir de um problema sobre o qual há pouco conhecimento. O objetivo é procurar padrões, ideias ou hipóteses (Collis e Hussey, 2005). Trata-se de um estudo descritivo pois apenas descreve uma

realidade. Para Meleis (2012) a finalidade de um estudo descritivo é compreender, explicar ou prever um fenómeno, um acontecimento, uma situação ou um relacionamento. As teorias descritivas são completas e com potencial para orientar outras pesquisas. Tendo em conta o seguimento é um estudo transversal pois a recolha de dados foi realizada num único momento (Fortin, 2009).

4.3. Participantes

Para Fortin (2009) a população é um conjunto de elementos que partilham características comuns, de acordo com um conjunto de critérios e a população alvo diz respeito aos elementos que satisfazem os critérios de seleção. Perante uma investigação qualitativa, esta seleção, de acordo com Streubert e Carpenter (2011), deve ter em consideração a experiência, cultura, interação social ou fenómeno de interesse.

O tipo de amostragem usualmente escolhido na investigação qualitativa é, segundo Fortin (2009), o não probabilístico, respondendo a características explícitas. Posto isto, optou-se pelo método de amostragem não probabilístico accidental ou de conveniência, uma vez que os participantes (enfermeiros) se encontram facilmente acessíveis no seu local de trabalho. Para Fortin (2009), uma vez que os estudos exploratórios não têm como finalidade a generalização de resultados, é aceitável a utilização de uma amostra accidental ou de conveniência.

Os participantes no estudo respeitaram os seguintes critérios de inclusão:

- Enfermeiros a exercer atualmente funções numa USF;
- Ter tido experiência anterior com outro modelo de gestão em CSP;
- Não pertencer ao conselho técnico da USF e/ou assumir funções de gestão.

O número de participantes é geralmente decidido pela saturação de dados (Fortin, 2009). Esta acontece quando há repetição de informação e confirmação de dados previamente recolhidos (Streubert e Carpenter, 2011). Foram efetuadas um total de 13 entrevistas no período de 20 de Setembro a 14 de Novembro de 2013. Os 13 participantes, que aceitaram fazer parte desta investigação, pertencem a um ACeS da zona Norte do qual fazem parte 10 USF. À exceção de uma delas em que ninguém aceitou participar, conseguiu-se a participação de pelo menos um enfermeiro de cada USF que cumpria os critérios de inclusão e que aceitou participar na investigação.

4.3.1. Caracterização dos Participantes

Apresenta-se no quadro 1 a caracterização sociodemográfica dos participantes deste estudo.

QUADRO 1: Caracterização sociodemográfica dos participantes

Dados sociodemográficos		N	%
Sexo	Feminino	10	76,90%
	Masculino	3	23,10%
Idade (anos)	25 – 30	6	46,10%
	31 – 40	4	30,80%
	41 – 50	1	7,70%
	51 – 60	2	15,40%
Estado civil	Solteiro	3	23,10%
	Casado	10	76,90%

Dos 13 participantes apenas 3 (23,1%) eram do sexo masculino. Apresentavam uma média de idades de 35 anos, sendo a idade mínima de 28 e a máxima de 56 anos. De realçar que 6 (46,1%) dos participantes têm idades compreendidas entre os 25 e os 30 anos. Em relação ao estado civil 3 (23,1%) dos participantes são solteiros e 10 (76,9%) casados.

Seguidamente, no quadro 2, apresentam-se os dados relativos à caracterização profissional dos participantes.

QUADRO 2: Caracterização profissional dos participantes

Dados profissionais		N	%
Formação académica	Licenciatura	9	69,20%
	Formação pós-graduada	4	30,80%
Formação específica na área da gestão	Sim	0	0%
	Não	13	100%
Tempo de exercício na profissão (anos)	5 – 10	7	53,80%
	11 – 20	4	30,80%
	21 – 30	1	7,70%
	31 – 40	1	7,70%

Tempo de serviço na instituição (anos)	1 – 5	3	23,10%
	6 – 10	7	53,80%
	11 – 15	3	23,10%
Tempo de serviço no serviço atual (anos)	<1	5	38,50%
	2 – 5	7	53,80%
	6 – 10	1	7,70%
Tempo de serviço em CSP (anos)	1 – 5	4	30,80%
	6 – 10	7	53,80%
	11 – 15	2	15,40%
Desempenho atual ou anterior de algum cargo relacionado com gestão de serviços	Sim	0	0%
	Não	13	100%

Dos 13 participantes, 9 (69,2%) são licenciados e 4 (30,8%) apresentam formação pós-graduada. Nenhum possui formação específica na área de gestão nem desempenharam ou desempenham cargos relacionados com gestão de serviços. Relativamente ao tempo de exercício na profissão apresentam uma média de 13 anos, sendo que 7 (53,8%) se situam entre os 5 e os 10 anos. O tempo mínimo registado foi de 5 anos e o máximo de 35 anos. O tempo de serviço na instituição dos participantes apresenta uma média de 8 anos com uma variação entre os 3 e 13 anos, sendo que 7 (53,8%) se situam entre os 6 e os 10 anos. No serviço atual, apresentam uma média de 2 anos, sendo que o tempo mínimo é inferior a 1 ano e o máximo de 6 anos, situando-se 7 (53,8%) dos participantes entre 2 a 5 anos. Por último, os participantes tinham tempo de exercício profissional em CSP, em média 8 anos, com uma amplitude entre os 2 e 13 anos, sendo que 7 (53,8%) deles se situa entre os 6 e 10 anos.

4.4. Técnica de Recolha de Informação

Segundo Fortin (2009), antes de se fazer a recolha da informação, o investigador deve determinar o tipo de instrumento a usar que melhor se adapte ao tipo de estudo, assim foi selecionada como técnica de recolha da informação a entrevista semi-estruturada, por se tratar do instrumento mais adequado para a recolha de informação acerca do que os participantes vivenciam.

Segundo Aires (2011) a recolha de informação feita através da entrevista (estruturada ou não) constitui uma das técnicas mais usadas tendo grande relevância

aquando do estudo e compreensão do ser humano. Numa entrevista, entrevistador e entrevistado podem influenciar-se quer seja conscientemente ou não. *“A entrevista compreende, assim, o desenvolvimento de uma interação criadora e captadora de significados em que as características pessoais do entrevistador e do entrevistado influenciam decisivamente o curso da mesma.”* (Aires, 2011, p.29). A entrevista é uma das técnicas de recolha de informação mais usada em ciências humanas porque permite obter informações sobre factos e dados objetivos mas também sobre o que as pessoas sabem, acreditam, pretendem fazer ou fizeram, explicações, racionalidades e opiniões. A entrevista semi-estruturada permite a obtenção de dados semelhantes entre os vários participantes, sendo apresentadas questões orientadoras de forma flexível e segundo a ordem que lhe convém. As entrevistas realizadas contemplaram os seguintes blocos temáticos: legitimação da entrevista, caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes e recolha de informação através de questões orientadoras (Anexo I).

4.5. Procedimentos e Considerações Éticas

As entrevistas foram realizadas no contexto de trabalho dos enfermeiros participantes. Desta forma pretendeu-se conseguir um menor grau de interferência, por ser o local onde os participantes atuam (Streubert e Carpenter, 2011). As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos participantes e durante a mesma apenas estiveram presentes a investigadora e o participante que aceitou fazer parte deste estudo.

Foram ainda efetuadas duas entrevistas pré-teste para confirmar a clareza e objetividade das questões orientadoras. Segundo Polit, Beck e Hungler (2004) o pré-teste permite verificar se o instrumento de colheita de dados é claro, imparcial e útil para a criação das informações pretendidas. Uma vez que os participantes do pré-teste consideraram estes critérios cumpridos, foram também incluídos na investigação os dados colhidos nessas entrevistas.

As entrevistas devem ser, segundo Quivy e Campenhoudt (2005), gravadas de maneira a que se evite a perda de informações importantes. Recorreu-se a um gravador áudio, que, após autorização do participante para tal, recolheu a informação fornecida por cada um na íntegra, viabilizando a sua análise posterior. As entrevistas realizadas duraram em média 10 minutos. Os relatos colhidos por gravações foram

posteriormente transcritos com fidelidade para o papel, sem identificação nominal do participante. Os dados destinam-se exclusivamente para uso do estudo e no final do mesmo serão destruídas todas as gravações. As entrevistas foram codificadas pela atribuição de uma letra (E) e um número tendo em conta a ordem com que cada entrevista foi realizada (E₁ a E₁₃).

Para Fortin (2009), a ética é a ciência da moral e a arte de orientar a conduta. Uma investigação implica responsabilidade pessoal e profissional de assegurar que o estudo seja sólido do ponto de vista ético e moral. Na presente investigação foram cumpridas todas as considerações éticas relativas ao tipo de estudo em questão, nomeadamente o consentimento informado (Anexo II) e a confidencialidade. Foram solicitadas autorizações formais ao Conselho de Administração e Comissão de Ética para a Saúde da instituição onde os enfermeiros exerciam funções, ambas com parecer positivo.

4.6. Estratégias de Análise de Tratamento de Dados

Para Streubert e Carpenter (2011), no paradigma qualitativo, a análise de dados começa ao mesmo tempo que a recolha dos mesmos. Para Bardin (2010) a análise dos dados qualitativos requer um conjunto de técnicas de análise a que se denomina análise de conteúdo. Não existindo modelos ideais, a análise de conteúdo implica a participação ativa do investigador que organiza concetualmente os dados e expõe a informação com a formulação de categorias. A análise de conteúdo corresponde a um “ (...) *conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens*” (Bardin, 2010, p.44). Para a mesma autora, a análise de conteúdo contempla as seguintes fases: a pré-análise (organização dos dados, com recurso à intuição, de forma a operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais), a exploração de material (descrição analítica, com estabelecimento de operação de codificação, desconto ou enumeração, e criação de quadros de referência de forma a organizar a informação em categorias e subcategorias) e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação (dar significado aos dados que resultaram do tratamento; pode-se recorrer a quadros, esquemas, etc., com o objetivo de sistematizar e evidenciar as informações providas pela análise).

Para Fortin (2009) esta análise deve respeitar os seguintes passos: ler atentamente todas as descrições; isolar as frases diretamente relacionadas com o que se pretende estudar; extrair o significado de cada enunciado importante; procurar temas; descrever a essência do fenómeno. Desta forma, os dados recolhidos com as entrevistas foram submetidos a uma análise de conteúdo de acordo com a proposta de Bardin (2010). Esta autora defende que a presença de determinados temas indica a sua frequência e o seu significado na investigação. Podem haver várias modalidades para se efetuar esta análise de conteúdo.

Optou-se por um processo de categorização temático tendo por base as categorias estabelecidas *à priori* baseadas nos objetivos da investigação. Para Bardin (2010), o tipo de metodologia dedutiva parte do geral para o particular, havendo construção de categorias antes de se efetuar a análise dos resultados. As unidades de registo serão posteriormente colocadas e organizadas nas categorias pré-definidas. As unidades de enumeração (UE) fazem referência à frequência com que as unidades de registo são referidas. Uma análise temática corresponde, segundo Bardin (2010), à significação que emerge de um texto, neste caso, de um discurso, de acordo com determinados critérios relacionados com a teoria que serve de guia. A análise de conteúdo temática consiste em descobrir os núcleos de sentido das comunicações com significado para o objetivo. *“A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento (...) (analogia), com os critérios previamente definidos.”* (Bardin, 2010, p.145). Esta autora ressalva ainda cinco princípios a ter em consideração durante o processo de categorização: homogeneidade (cada categoria deve abranger apenas um registo e uma dimensão da análise), exaustividade (análise profunda e pormenorizada), exclusividade (cada unidade de significação pertence apenas a uma categoria), objetividade (diferentes partes de um mesmo material devem ser codificadas da mesma forma), pertinência e adequação (as unidades de significação devem estar adaptadas ao conteúdo e aos objetivos da investigação).

Em suma, para Bardin (2010) a análise de conteúdo visa compreender de forma crítica o sentido da comunicação, o seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas. Para a mesma autora, analisar o conteúdo tem como propósitos descrever tendências no conteúdo das comunicações, comparando-os com determinados padrões ou critérios.

5. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo procede-se à apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos. Da informação obtida emergiram sete categorias que serão analisadas separadamente: Percepção sobre o novo modelo de gestão; Impacto na prática do novo modelo de gestão; Expectativas associadas ao novo modelo de gestão; Expectativas futuras relacionadas com o novo modelo de gestão; Diferenças entre os dois modelos de gestão vivenciados; Fatores facilitadores do processo de mudança organizacional e Fatores inibidores do processo de mudança organizacional.

As UE de cada subcategoria foram organizadas por ordem de apresentação decrescente.

5.1. Percepção Sobre o Novo Modelo de Gestão

A componente humana é dos pontos centrais para o sucesso de qualquer organização. A maneira como cada organização desenvolve e estrutura e, sobretudo, como gere essa componente humana, caracteriza o seu modelo de gestão. Este aspeto deverá ser, segundo Cruz e Ferreira (2012), transversal a toda a atividade organizacional. Maciel (2011) salienta a importância do modelo de gestão em vigor em cada organização por este ser responsável por propiciar as condições de trabalho que vão influenciar todo o comportamento organizacional.

O núcleo central, estável ou dinâmico, de uma organização, muito ligado ao modelo de gestão em vigor, representa a sua identidade organizacional, podendo esta ser multidimensional (Carrieri, Fernandes e Marques, 2010). Há uma relação estreita entre cultura organizacional e identidade organizacional que diz respeito às características da organização. Para que essa identidade organizacional seja assumida por todos os colaboradores é, em primeiro lugar, importante que estes a

conheçam.

Nesta categoria é explanada a *percepção sobre o novo modelo de gestão*. Da análise dos discursos emergiram três subcategorias, tal como se apresenta no quadro 3.

QUADRO 3: Percepção sobre o novo modelo de gestão

Subcategoria	Unidades de registo	UE
Descentralização da gestão	“(…) diluiu as funções que eram dele pelos elementos da equipa”. (E₁) “A gestão está dividida. (...) todas as tarefas ficaram divididas, (...)”. (E₃) “(…) todas as tarefas de gestão estão delegadas pela restante equipa de enfermagem”. (E₄) “O novo modelo de gestão (...) funciona com a delegação de funções pelos diferentes elementos da equipa. O coordenador delega todas as funções nos enfermeiros, médicos e secretários clínicos e cada um fica responsável por uma área.” (E₅) “O responsável de enfermagem (...) também tem delegadas as tarefas de gestão em todas as pessoas.” (E₆) “(…) e depois algumas funções de enfermagem são, digamos, delegadas e divididas pelos vários enfermeiros”. (E₇) “(…) ela fica responsável de tudo isso. (...). Tudo o resto (...) é delegado para outras pessoas, está tudo distribuído”. (E₈) “As funções estão distribuídas por todos.” (E₉) “(…) cada um tem uma área que é responsável (...)”. (E₁₀) “Cada um de nós tem tarefas atribuídas. (...) gestão da parte de enfermagem é com esse interlocutor.” (E₁₁) “(…) todos responsáveis pela parte de gestão. (...). As tarefas estão um pouco divididas e ele acaba só (...) por saber que cada um está a fazer a sua parte (...)”. (E₁₃)	11
Ausência da figura de enfermeiro chefe	“(…) acabou com a figura de enfermeiro chefe (...)”. (E₁) “(…), a figura do enfermeiro chefe deixa de existir, pelo que passa a haver um enfermeiro responsável”. (E₂) “(…) não existe enfermeiro chefe, existe um enfermeiro responsável que é qualquer elemento de enfermagem que roda a cada um ano. (...)”. (E₄) “(…) enfermagem tem um responsável, não um chefe, um responsável”. (E₅) “(…) temos uma enfermeira responsável (...) não é a chefe, assume mais a função de (...) gestão (...)”. (E₈) “(…) temos uma enfermeira que... digamos que representa (...). Mas não está já a figura de enfermeiro chefe”. (E₉) “(…) há o enfermeiro X que é o responsável”. (E₁₀)	8 Cont.

	<i>“ (...) O interlocutor de enfermagem é o responsável de enfermagem só que não pode ter o título de responsável. Tem todas as funções de um responsável mas deixou de ter o título (...) ”. (E11)</i>	
Estrutura orgânica da USF – Coordenação	<i>“Tem um coordenador que é médico (...) que delega responsabilidades (...). Portanto acaba por delegar a gestão da equipa de enfermagem num responsável (...).” (E6)</i> <i>“ (...) assente no coordenador que é um médico, segundo a lei respetiva às USF (...)”. (E7)</i> <i>“ (...) temos um coordenador médico. (...) vai delegando as funções (...)”. (E8)</i> <i>“ (...) o coordenador é médico (...)”. (E9)</i> <i>“ (...) temos a figura do coordenador que faz a gestão da USF (...) temos os interlocutores (...). Todas as decisões que afetam a unidade passam, não só pelo coordenador, mas também pelo conselho geral (...) ”. (E11)</i> <i>“ (...) a coordenação é feita (...) por um médico. (...) optou-se por definir um responsável em cada área (...) temos também um conselho técnico que é um grupo de pessoas que toma a maior parte das decisões mais importantes relacionadas com a USF ”. (E12)</i>	6

Descentralização da gestão

Da informação recolhida sobre a perceção dos enfermeiros sobre o novo modelo de gestão, a descentralização da gestão é referida por 11 participantes. Como exemplo pode-se destacar a seguinte unidade de registo que reporta que *“O novo modelo de gestão (...) funciona com a delegação de funções pelos diferentes elementos da equipa. O coordenador delega todas as funções nos enfermeiros, médicos e secretários clínicos e cada um fica responsável por uma área.” (E5)*. Este aspeto está de acordo com o que está mencionado na legislação em vigor ao referir que o modelo de gestão das USF é participativo, envolvendo todos os profissionais da equipa, tal como também foi mencionado pelo E13 ao referir que *“ (...) todos responsáveis pela parte de gestão. (...). As tarefas estão um pouco divididas e ele acaba só (...) por saber que cada um está a fazer a sua parte (...) ”*. Os participantes, com experiência num modelo de gestão centralizado, referem como principal característica deste novo modelo a descentralização da gestão, pelo envolvimento de todos. Este tipo de gestão tem como objetivo, segundo o Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto, melhorar o desempenho organizacional e a satisfação profissional.

Ausência da figura de enfermeiro chefe

No Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto que regula o funcionamento das USF não está contemplada a categoria de enfermeiro chefe nem de enfermeiro principal. Este aspeto foi também muito premente nos discursos dos participantes: “ (...) acabou com a figura de enfermeiro chefe (...) ”. (E₁); “ (...) temos uma enfermeira que... digamos que representa (...). Mas não está já a figura de enfermeiro chefe”. (E₉). Verificou-se a referência a um enfermeiro responsável ou interlocutor como se pode evidenciar: “ (...), a figura do enfermeiro chefe deixa de existir, pelo que passa a haver um enfermeiro responsável”. (E₂); “ (...) O interlocutor de enfermagem é o responsável de enfermagem só que não pode ter o título de responsável. Tem todas as funções de um responsável mas deixou de ter o título (...) ”. (E₁₁). Este cargo apelidado de responsável ou interlocutor, para além de não estar legislado, nem sempre se refere ao elemento de enfermagem do conselho técnico que será aquele que terá adstrita algumas funções de gestão da USF.

Estrutura orgânica da USF - Coordenação

Em relação à estrutura orgânica da USF, recordemos que esta estipula os seguintes cargos: coordenador da equipa (médico), conselho geral (toda a equipa) e conselho técnico. Este último, constituído por um médico e por um enfermeiro, eleitos pelos pares, tem como competências: observação das normas técnicas, promoção da melhoria contínua da qualidade, avaliação da satisfação dos utentes e dos profissionais, elaboração do manual de boas práticas e responsabilidade sobre atividades de formação contínua e de investigação (Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto). Foram encontrados discursos relativos à coordenação, que é médica: “ (...) assente no coordenador que é um médico, segundo a lei respetiva às USF (...)”. (E₇). Em relação ao conselho geral este foi mencionado apenas por um participante que refere que “Todas as decisões que afetam a unidade passam, não só pelo coordenador, mas também pelo conselho geral (...)”. (E₁₁). O mesmo acontece no que concerne ao conselho técnico, em que foi referido apenas por um participante que “ (...) temos também um conselho técnico que é um grupo de pessoas que toma a maior parte das decisões mais importantes relacionadas com a USF”. (E₁₂). Mais nenhum outro participante referiu estes cargos, centrando-se mais na coordenação médica e na ausência da figura de enfermeiro chefe.

5.2. Impacto na Prática do Novo Modelo de Gestão

A forma como é feita a gestão de uma organização tem impactos relevantes nos seus colaboradores e na própria organização (Chiavenato, 2009). De salientar que, uma vez que as funções e tarefas de gestão estão divididas pelos enfermeiros que estão na prática, o impacto abordado nesta categoria reporta tanto ao impacto na prática clínica como ao impacto na gestão.

No quadro 4 apresentam-se as subcategorias encontradas após análise dos discursos dos participantes, relativamente à categoria *Impacto na prática do novo modelo de gestão*.

QUADRO 4: Impacto na prática do novo modelo de gestão

Subcategoria	Unidades de registo	UE
Sobrecarga de trabalho	“ (...) tem uma sobrecarga de trabalho e fica com menos disponibilidade, (...). (...) tendo aumentado a sobrecarga de trabalho (...). (...) a delegação de competências que leva a uma maior quantidade de trabalho, (...) ”. (E₂) “ (...) ganhámos trabalho, muito trabalho, (...). (...) cada pessoa fica (...) mais sobrecarregada com trabalho. (...). Temos mais funções, mais trabalho (...). (...) aqui houve uma exigência maior (...)”. (E₃) “ (...) ainda vai crescer mais as atividades extras que nos obrigam a fazer”. (E₄) “Uma sobrecarga de trabalho. Muitas tarefas que estávamos habituados (...) que fossem da responsabilidade do chefe (...). (...) acarretou mais trabalho e menos tempo (...) para fazer o meu trabalho como enfermeira de família.” (E₅) “ (...) maior gasto de tempo e se calhar menos tempo de prestação de cuidados que era dado aos utentes. (...). O aumento da carga de trabalho”. (E₆) “ (...) é mais uma sobrecarga”. (E₇) “ (...) fica uma pessoa muito sobrecarregada (...). Acabamos por ficar com funções um bocadinho mais acrescidas (...) ”. (E₈) “Implica mais trabalho, mais sacrifícios, uma parte que não é tão agradável (...)”. (E₉) “ (...) muito mais trabalho (...)”. (E₁₂) “ (...) carga de trabalho aumentou e muito com o modelo USF (...). (...) além do trabalho que já tinhas, agora tens o trabalho mais isto tudo (...) e as mesmas horas (...)”. (E₁₃)	10
Remuneração não adequada às funções	“ (...) sem que esses enfermeiros fossem recompensados de forma adequada”. (E₁) “ (...) e ainda por cima sem retribuição monetária”. (E₂)	7 Cont.

	<i>“ (...) e não somos remunerados nem para as funções muito menos como chefe”. (E₃)</i> <i>“E não somos remunerados para essas responsabilidades.” (E₄)</i> <i>“ (...) não fomos valorizadas a nível monetário”. (E₅)</i> <i>“ (...) sem remuneração”. (E₆)</i> <i>“ (...) e remuneração menor, porque cada vez sabemos que somos remunerados cada vez pior (...)”. (E₁₃)</i>	
Desigualdade nas relações de poder	<i>“ (...) por não termos a mesma força que o enfermeiro chefe e porque se diluíram as funções deste (...)”. (E₁)</i> <i>“E não é respeitada. Acaba muitas vezes por não ser respeitada porque não há chefe.” (E₃)</i> <i>“ (...) não temos uma pessoa que nos represente no serviço (...). (...) nós não temos o poder ou a forma de negociar às vezes, como um enfermeiro chefe tem”. (E₇)</i> <i>“ (...) não tem o papel de chefe. Não tem o poder (...)”. (E₈)</i> <i>“ (...) ainda está a ideia de: o médico-chefe (...)”. (E₉)</i> <i>“ (...) acho que este modelo do laissez-faire, do cada um faz o que quer (...) não tem muito por onde funcionar”. (E₁₃)</i>	6
Autonomia profissional de enfermagem	<i>“Algumas decisões que deviam ser tomadas por enfermeiros são tomadas por médicos o que a meu ver é mau para a profissão.” (E₁)</i> <i>“O novo modelo de gestão das USF trouxe maior autonomia.” (E₂)</i> <i>“ (...) nós perdemos porque o médico acaba por interferir na enfermagem, nos horários, nos trabalhos que nós temos e que não deveria. (...) Perdemos autonomia, perdemos... acabamos por perder respeito (...)”. (E₃)</i> <i>“Sinto que a nossa responsabilidade enquanto profissionais independentes se está a diluir um bocadinho e fica na sombra daquilo (...) que é o gestor principal que é o médico. (...) ele intromete-se em assuntos que não devia se intrometer e que só dizem respeito à equipa de enfermagem (...)”. (E₄)</i> <i>“ (...) nisso eu acho que melhoramos. Melhoramos porque somos mais autónomos. (...). E acho que temos muito melhor assim”. (E₁₀)</i> <i>“ (...) não retira autonomia a enfermagem”. (E₁₁)</i>	6
Dinâmicas de trabalho	<i>“Quando há algum conflito, penso que o equilíbrio da equipa é mais frágil neste novo modelo. (...)”. (E₁)</i> <i>“ (...) maior proximidade e coesão com todos os elementos da equipa, uma vez que todos trabalham em prol de um objetivo comum”. (E₂)</i> <i>“ (...) há questões, há problemas que não ficam resolvidos”. (E₄)</i> <i>“ (...) funcionamos muito mais em equipa (...). (...)o trabalho fica mais repartido, acho que todos nós participamos”. (E₈)</i> <i>“Quando se involucra (...) outros grupos além dos enfermeiros: médicos e secretários clínicos, é mais complicado (...) chegar a um consenso e (...) resolver os problemas (...)”. (E₉)</i> <i>“ (...) trabalhamos como equipas (...). Temos muitas reuniões multiprofissionais onde são sempre discutidos os assuntos que depois são levados a cabo por esse grupo mas normalmente tudo é</i>	6

	<i>discutido em equipa. (...) maior envolvimento, de (...) toda a equipa". (E₁₂)</i>	
Melhoria da qualidade	<i>"O trabalho é feito de acordo com objetivos e indicadores de saúde e isto traz maior qualidade do serviço prestado e dá também maior acessibilidade aos utentes." (E₂)</i> <i>"Não é possível fazer os mesmos cuidados que se faziam com o mesmo horário mas com mais utentes e ainda acresce a gestão." (E₃)</i> <i>"Eu acho que nós como enfermeiros estamos a trabalhar melhor." (E₉)</i> <i>" (...) o modelo teve uma evolução muito positiva no acompanhamento das famílias no contexto da comunidade". (E₁₂)</i>	4
Realização pessoal e profissional	<i>" (...) nos sentirmos mais realizados de forma pessoal e profissional". (E₁)</i> <i>" (...) e além disso os nossos utentes começaram a reconhecer o trabalho de enfermagem (...)". (E₉)</i> <i>" (...) maior responsabilidade, maior acompanhamento, maior satisfação profissional no que diz respeito ao acompanhamento do utente neste tipo de trabalho". (E₁₃)</i>	3

Sobrecarga de trabalho

O novo modelo de gestão das USF, pela gestão participativa, acresce ao trabalho assistencial, funções de gestão em cada elemento da equipa. Dos participantes do estudo, a resposta de dez deles agrupa-se na subcategoria sobrecarga de trabalho, como se pode verificar, ao referirem, por exemplo, *" (...) ganhámos trabalho, muito trabalho, (...). (...) cada pessoa fica (...) mais sobrecarregada com trabalho. (...). Temos mais funções, mais trabalho (...). (...) aqui houve uma exigência maior (...)"*. (E₃) e *" (...) carga de trabalho aumentou e muito com o modelo USF (...). (...) além do trabalho que já tinhas, agora tens o trabalho mais isto tudo (...) e as mesmas horas (...)"*. (E₁₃).

Maciel (2011) atesta que o modelo de gestão adotado por cada organização afeta as condições de trabalho o que, em última instância tem repercussões no comportamento e desempenho dos trabalhadores. Ora, se o novo modelo de gestão acarreta uma maior sobrecarga de trabalho, é necessário refletir sobre os efeitos que daí podem advir. Jodas e Haddad (2009) concluíram que os profissionais, quando sujeitos a fatores stressantes, como o caso de cargas excessivas de trabalho, podem desenvolver doenças do foro psíquico. Uma delas é a síndrome de *burnout*, que corresponde a uma resposta emocional a situações de trabalho intensas, sobretudo relacionadas com expectativas elevadas que não foram alcançadas. Jodas e Haddad (2009) concluíram ainda que um dos principais fatores preditores para o desenvolvimento da síndrome de *burnout* é o facto de os trabalhadores terem

atividades que lhes exijam mais tempo do que aquele que se sentem capaz de corresponder. Os mesmos autores acrescentam que tais aspetos estão relacionados com o modelo de prática clínica adotado pela organização. De ressaltar ainda que esse aumento da carga do trabalho manifestado colidiu com a prática clínica, pois houve *“Uma sobrecarga de trabalho. Muitas tarefas que estávamos habituados (...) que fossem da responsabilidade do chefe (...). (...) acarretou mais trabalho e menos tempo (...) para fazer o meu trabalho como enfermeira de família.”* (E₅). Malagutti (2009) defende que a prática clínica nunca deverá ser dissociada da gestão. Contudo, acresce que este aspeto pode gerar conflitos entre o assistir e o gerir o que ficou demonstrado para alguns participantes.

Remuneração não adequada às funções

Esta subcategoria foi referida por sete participantes, tal como o refere o E₄ *“E não somos remunerados para essas responsabilidades.”* O facto de um profissional receber ou sentir que aquilo que recebe é justo, é um dos principais fatores para a satisfação profissional (Krone et al., 2013). Os mesmos autores ressaltam que a recompensa pelo trabalho, que influencia a satisfação, não é só monetária mas também envolve aspetos como o sucesso, a segurança, o prestígio, a autonomia, o trabalho em equipa, o reconhecimento profissional, entre outros. Alguns destes aspetos foram também mencionados pelos participantes desta investigação, como impacto na prática no novo modelo de gestão, tal como será posteriormente analisado. Denota-se que todos eles apresentam uma relação direta com a satisfação profissional e com a qualidade de vida no trabalho (Krone et al., 2013).

Freitas e Souza (2009), para avaliarem a qualidade de vida no trabalho, fizeram uma adaptação do modelo de Walton (1973), em que um dos critérios é a compensação justa e adequada. Considera-se justa quando apropriada ao trabalho executado comparado a outro trabalho similar. Ora, os participantes referem que *“ (...) e não somos remunerados nem para as funções muito menos como chefe”*. (E₃). De facto, a anulação da figura de enfermeiro chefe fez com que as funções de gestão fossem asseguradas por um coordenador que é médico e que houvesse lugar a gestão participativa. Nesta alteração os enfermeiros não são remunerados pela gestão. Freitas e Souza (2009), pela análise do modelo de Walton (1973), referem não existir consenso no que se considera compensação adequada, afirmando serem questões parcialmente ideológicas. Ellis e Pompili (2002) desenvolveram um modelo de

qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros, para o qual convergem vários fatores entre eles a situação financeira.

Desigualdade nas Relações de Poder

Segundo García e Santa-Bárbara (2009) a relação de poder diz respeito ao recurso que permite uma pessoa influenciar outra. Apesar disso, reconhecem também que pode não ser o poder do líder que permite que se estabeleça essa influência, mas antes a percepção que os liderados têm acerca desse poder. Foram seis os participantes que manifestaram uma desigualdade nas relações de poder, imputada à anulação da figura de chefe. Deixa de haver a figura de referência de poder que afeta na prática tanto a relação entre pares como a representação da classe profissional. Isto pode ser evidenciado ao verbalizarem que “ (...) *não temos uma pessoa que nos represente no serviço (...). (...) nós não temos o poder ou a forma de negociar às vezes, como um enfermeiro chefe tem*”. (E₇). Acrescem ainda que “ (...) *acho que este modelo do laissez-faire, do cada um faz o que quer (...) não tem muito por onde funcionar*”. (E₁₃). De acordo com Machado (2011) o estilo de liderança *laissez-faire* é caracterizado pela ausência de liderança, sendo que deve ser evitado, por poder desencadear insubordinação e passividade.

Perante uma mudança organizacional pode ser facilitador a existência de uma hierarquia, como acontecia na primeira metade do século XX (Tavares, 2010). No Modelo Burocrático de Weber (1864-1920), é defendido que a existência de uma hierarquia de funções contribui para o sucesso de uma organização. Contudo, este tipo de organização pode também ser desvantajosa (Maciel, 2011). De facto, este aspeto está longe de ser consensual. A gestão participativa, preconizada pelas USF, tem demonstrado vários pontos positivos. Contudo, há sempre uma referência para a importância da existência de um líder que conduza os colaboradores nessa participação (Ribeiro J., 2009). Na USF o que se encontra legislado como figura máxima é sempre um médico e isso tem-se denotado na prática: “ (...) *ainda está a ideia de: o médico-chefe (...)* ”. (E₉).

Autonomia profissional de enfermagem

No que concerne à autonomia profissional de enfermagem, o impacto manifestado não foi consensual. Três participantes consideram que houve compromisso da

autonomia dos enfermeiros, como se pode verificar, por exemplo, “ (...) *Perdemos autonomia, perdemos... acabamos por perder respeito (...)* ”. (E₃) e “*Sinto que a nossa responsabilidade enquanto profissionais independentes se está a diluir um bocadinho e fica na sombra daquilo (...) que é o gestor principal que é o médico. (...) ele intromete-se em assuntos que não devia se intrometer e que só dizem respeito à equipa de enfermagem (...).*” (E₄). Denota-se uma relação da perda da autonomia com as alterações de gestão e de poder dos enfermeiros nas USF.

Parece desde já pertinente clarificar e perceber o conceito, evolução, condicionantes e repercussões da autonomia profissional dos enfermeiros. Para Ribeiro J. (2009), os enfermeiros ainda não conseguiram atingir em plenitude a sua autonomia profissional, sendo que esta se relaciona com fatores internos e externos à profissão. Ribeiro J. (2009), citando Teitel (2002), distingue a autonomia clínica da autonomia organizacional, sendo que a primeira diz respeito ao sector da prática pelo qual os enfermeiros são responsáveis e a segunda é característica do ambiente no qual os enfermeiros participam no processo de tomada de decisão da organização. Apesar de interdependente com outras profissões, enfermagem detém conhecimentos próprios que consentem um campo de atuação autónomo. A autonomia está relacionada com o auto governo ou auto determinação (decisão ou realização autónoma de atos). Não significa necessariamente a inexistência de barreiras ou de domínio, mas a capacidade de demarcar ações através de escolhas independentes (Ribeiro J., 2009). A autonomia também surge relacionada com a capacidade de auto gestão e com a liberdade de tomada de decisão isenta de coações internas ou externas (Neves, 2005). Ferreira e Silva (2012) encontram uma relação direta entre a autonomia e motivação e satisfação profissional.

Por outro lado, também três participantes consideram que houve um desenvolvimento da autonomia profissional de enfermagem. Referem que “*O novo modelo de gestão das USF trouxe maior autonomia.*” (E₂). A própria legislação refere que as USF dispõem de autonomia organizativa, funcional e técnica e que se encontram salvaguardados os conteúdos funcionais de cada grupo profissional (Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto), como foi manifestado por alguns participantes.

Nunca esquecer que aliado ao conceito de autonomia terá de vir sempre o assumir de responsabilidade e que implica o respeito pela autonomia dos outros. No desenvolvimento de uma autonomia profissional, o poder desenvolve-se pelo saber, pela reflexão e pela responsabilidade (Ribeiro J., 2009). O mesmo autor concluiu que a autonomia profissional é uma propriedade fundamental de enfermagem, numa luta

por um estatuto profissional completo. Contudo, é necessário não confundir essa autonomia profissional com a pessoal ou no exercício do trabalho. Os enfermeiros devem reconhecer o valor acrescido de uma interdependência, na busca pela sua autonomia profissional. Por último, é importante salientar que os modelos de gestão em uso relacionam-se com os obstáculos e as oportunidades para o exercício do poder e para a autonomia de um determinado grupo profissional.

Dinâmicas de trabalho

Outro impacto manifestado pelos participantes foi relacionado com as dinâmicas de trabalho. Foi feita referência ao facto de existir “ (...) *maior proximidade e coesão com todos os elementos da equipa, uma vez que todos trabalham em prol de um objetivo comum*”. (E₂).

Na área da saúde o trabalho em equipa pode ser visto como uma estratégia de estruturação organizacional difundindo a heterogeneidade funcional, que permite criar uma relação dinâmica e interdependente, com persecução de objetivos comuns (Peixoto, 2012). Estes são alguns dos objetivos das USF.

No que respeita mais concretamente aos enfermeiros, estes desempenham um trabalho predominantemente coletivo (Cardoso et al., 2009). Para Neves e Castro (2010), o trabalho em equipa apresenta várias vantagens das quais se destacam: melhor desempenho, melhor qualidade e menor absentismo. Peixoto (2012) defende que para que haja uma atuação coesa e efetiva da equipa de enfermagem, as organizações, sobretudo os gestores, têm de encontrar estratégias para assistir nas mudanças que também ocorrem nas dinâmicas de trabalho em equipa.

Foi também feita referência à importância das reuniões multiprofissionais, considerando neste caso os benefícios do trabalho em equipa, para além da equipa de enfermagem. “ (...) *trabalhamos como equipas (...). Temos muitas reuniões multiprofissionais onde são sempre discutidos os assuntos que depois são levados a cabo por esse grupo mas normalmente tudo é discutido em equipa. (...) maior envolvimento, de (...) toda a equipa*”. (E₁₂). Para além dos benefícios do trabalho em equipa supracitados, Maciel (2011) acresce que as reuniões de serviço podem favorecer o sentimento de pertença. As reuniões de serviço, embora muitas vezes negligenciadas, são uma prática adotada para atingir uma série de objetivos que não se esgotam na multidisciplinariedade.

De ressaltar que outros participantes alertam para a existência de dificuldades na gestão de conflitos na equipa. Este aspeto pode ser verificado em unidades de registo como as seguintes: *“Quando há algum conflito, penso que o equilíbrio da equipa é mais frágil neste novo modelo. (...)”* (E₁) e *“Quando se involucra (...) outros grupos além dos enfermeiros: médicos e secretários clínicos, é mais complicado (...) chegar a um consenso e (...) resolver os problemas (...)”* (E₉).

O ambiente em que a equipa trabalha, denominado ambiente de trabalho, influencia as relações interpessoais e tem impacto direto na produtividade e satisfação profissional (Krone et al., 2013). Contudo, este mesmo ambiente pode ser o fator preponderante ao aparecimento de conflitos dentro da equipa. Os mesmos autores salientam que as exigências cada vez maiores, decorrentes de cenários de mudança, provocaram em muitas organizações um ambiente conflituoso. Esta é uma das principais fontes de stresse no trabalho na atualidade.

Para Vargas (2010), o conflito decorre de divergências ou expectativas incompatíveis, ou inatingíveis em simultâneo. Quando há convergência, falamos de cooperação. Contudo, o conflito não pode ser encarado apenas de forma negativa. Atualmente, os conflitos devem também ser encarados como algo positivo no seio das organizações por aumentarem a qualidade das decisões e soluções encontradas (Vargas, 2010). Mas quer seja encarado como algo positivo ou negativo, o conflito é algo inerente a qualquer organização. Para Chiavenato (2009), o conflito possui forças construtivas e destrutivas, sendo que as primeiras propagam a inovação e a mudança e as segundas são causadoras de desgaste. Apesar disso, é sempre preferível a existência de conflitos pois estes representam dinamismo e a sua ausência é geralmente sinónimo de estagnação.

Para Vargas (2010), nas organizações de saúde existem em simultâneo situações de conflito e de cooperação (divergência e convergência de interesses e objetivos). A resolução de um conflito é geralmente complexa e depende de variados fatores. Importa salientar que nas organizações em que há uma relação de poder mais equilibrada esta complexidade pode ser ainda maior.

As USF, através de uma gestão participativa, procuram um efetivo trabalho em grupo na persecução de objetivos comuns. Contudo, a busca por uma sinergia em grupo, com ênfase na cooperação e crescimento de todos, pode desencadear conflitos que resultam da multiplicidade de pontos de vista. Há que se conseguir harmonizar necessidades e interesses numa postura de cooperação que resultará numa relação efetivamente produtiva (Krone et al., 2013).

Marta et al. (2010) alertam para a importância da existência de um líder que funcionará como facilitador no processo de gestão de conflitos na equipa. Reportando ao caso dos enfermeiros, estes autores ressaltam ainda que, para gerir conflitos, é necessário competências de gestão, competências profissionais e tempo disponível.

Melhoria da qualidade

Outra subcategoria formulada diz respeito à melhoria da qualidade. De facto, com a criação das USF houve uma aposta no desenvolvimento de um trabalho multidisciplinar que visa a melhoria da qualidade dos serviços prestados. A persecução por uma melhoria contínua é conseguida e monitorizada através da contratualização a que tem de ser sujeita cada USF, alicerçada na gestão por objetivos, orientação para a governação clínica, monitorização do desempenho e acompanhamento (OPSS, 2007). Este aspeto foi evidenciado pelos participantes ao referirem que *“O trabalho é feito de acordo com objetivos e indicadores de saúde e isto traz maior qualidade do serviço prestado e dá também maior acessibilidade aos utentes.”* (E₂). Acrescem ainda que *“(…) o modelo teve uma evolução muito positiva no acompanhamento das famílias no contexto da comunidade”*. (E₁₂). A governação clínica é assim um dos objetivos das USF com impacto na qualidade. Este tipo de atuação preconiza a participação e responsabilização de todos os colaboradores no sentido de superar as necessidades da população (Campo, 2009).

Donabedian (2003) relaciona a qualidade com a consecução do máximo benefício possível, tendo em conta os recursos disponíveis e com o menor risco para o utente. Apresentando três tipos de indicadores – de estrutura, de processo e de resultado – a qualidade é caracterizada por atributos como a eficácia, a efetividade, a eficiência, a aceitabilidade, a legitimidade e a equidade. Para Deming (1990) a qualidade deve ser encarada como um sistema de melhoria contínua, com relevo nos processos e nas pessoas, numa procura constante pela satisfação do cliente, trabalhadores e de toda a organização. Todos os envolvidos no processo devem participar no seu desenvolvimento e implementação de forma a alcançar a sua legitimização e persecução de objetivos de qualidade. A contratualização de metas de desempenho das USF tem por objetivo conduzir a equipa a estabelecer um percurso de melhoria contínua relativo à acessibilidade, ao desempenho assistencial e económico e à satisfação dos utentes (Portaria n.º 301/2008 de 18 de Abril).

Melo e Sousa (2011) refletiram sobre os indicadores, desenvolvidos pela MCSP, no processo de contratualização e avaliação de desempenho das USF e sobre o seu impacto na qualidade dos serviços prestados. Concluíram que a focalização excessiva em metas elevadas poderá ter um efeito contrário ao desejado vislumbrando-se numa prática baseada em indicadores ao invés de uma prática centrada no cliente. Estes autores alertam para o facto de maior parte dos indicadores contratualizados serem de processo, devendo, para eles, haver uma aposta maior em indicadores de resultado, de forma a evidenciar os ganhos em saúde. Acrescem ainda que esta é uma questão primordial tanto para os clientes como para os profissionais bem como para a avaliação do sucesso da reforma dos CSP.

De ressaltar que um participante refere que *“Não é possível fazer os mesmos cuidados que se faziam com o mesmo horário mas com mais utentes e ainda cresce a gestão.”* (E₃). Ora este aspeto vai contra o preconizado para as USF. Estas pautam-se por objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade (MCSP, 2009). O próprio código deontológico dos enfermeiros refere que os enfermeiros têm de garantir o direito do cliente a cuidados de enfermagem de qualidade (Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril). Castro et al. (2011) estabelecem ainda uma relação entre a satisfação profissional e a qualidade dos cuidados prestados. Peixoto (2012) refere que os enfermeiros assumem cada vez mais responsabilidades dentro das organizações para conseguirem atender às normas e necessidades da mesma. Para isso, há que existir metas e prioridades comuns, com colaboração mútua. Para Magalhães et al. (2009) as contantes mudanças nas organizações de saúde têm tido repercussões na forma como as equipas se organizam para prestar cuidados. Perante este quadro, torna-se imprescindível que os modelos de gestão otimizem os processos de alocação de recursos de forma a assegurar um atendimento norteado pelas melhores práticas e que garantam a segurança dos clientes.

Realização pessoal e profissional

A realização pessoal e profissional emergiu do discurso de três participantes ao referirem, por exemplo, que o novo modelo de gestão das USF foi importante para *“(...) nos sentirmos mais realizados de forma pessoal e profissional”*. (E₁) o que culminou numa *“(...) maior responsabilidade, maior acompanhamento, maior satisfação profissional no que diz respeito ao acompanhamento do utente neste tipo*

de trabalho”. (E₁₃). Na abordagem às Teorias das Relações Humanas um dos aspetos de relevo relacionava-se com a autorrealização (Motta e Vasconcelos, 2002). Para Castro et al. (2011) a realização pessoal e profissional diz respeito à concretização das hipóteses de desenvolvimento pessoal e profissional, havendo assim uma relação direta com o desempenho organizacional e com a satisfação profissional. Esta, por sua vez, é um conceito multidimensional que traduz a forma como as pessoas se sentem em relação ao trabalho. Através da satisfação das necessidades básicas, a satisfação profissional contribui para a realização pessoal e profissional (Fontes 2009).

Ellis e Pompili (2002) apontam como um dos fatores de insatisfação no trabalho a falta de valorização profissional pela sociedade e pelos próprios pares. O reconhecimento profissional foi mencionado pelo E₉ que refere que “ (...) *e além disso os nossos utentes começaram a reconhecer o trabalho de enfermagem (...)* ”. Ferreira e Silva (2012) referem que atualmente, os enfermeiros acham que a sua profissão não é suficientemente valorizada ou reconhecida e que uma das formas de mudar essa visão pode ser conseguida através da construção do seu próprio corpo de conhecimentos. Também Krone et al., (2013) concluíram que a representação social do trabalho tem impacto direto na vida do profissional sendo causador de desgaste quando essa representação é negativa ou diminuta. Fontes (2009), por sua vez, refere que a formação dos enfermeiros pode ser promotor da visibilidade dos saberes específicos da profissão, sendo estes primordiais para a sua demarcação social e científica.

5.3. Expectativas Associadas ao Novo Modelo de Gestão

Galhanas (2009) recorrendo a uma vasta literatura aponta como uma das possíveis definições para expectativa o acreditar na possibilidade que uma determinada conduta produza um determinado resultado.

Uma vez que todos os participantes experimentaram o modelo de gestão anteriormente em vigor nos CSP, e uma vez que a integração numa USF tem carácter voluntário, importa agora perceber se as expectativas que tinham para este novo modelo de gestão estão a ser concretizadas.

Nesta categoria – *expectativas associadas ao novo modelo de gestão* – apresenta-se três subcategorias: expectativas concretizadas, sem expectativas anteriores e expectativas não concretizadas (quadro 5).

QUADRO 5: Expectativas associadas ao novo modelo de gestão

Subcategoria	Unidades de registro	UE
Expectativas concretizadas	<i>“Sim (...).” (E₂)</i> <i>“ (...) depois de ler, acho que sim, que foi concretizada. Claro que há coisas que concordo e outras que não (...). Portanto digamos que as expectativas que sim, que foram concretizadas”. (E₇)</i> <i>“ (...) já que se estava um bocadinho à espera que isto acontecesse (...). Que por vezes fosse um bocadinho mais confuso”. (E₈)</i> <i>“Estão-se a concretizar. Ainda não foram concretizadas todas porque (...) nem toda a gente tem assumido essa parte (...).” (E₉)</i> <i>“Sim. Sinto-me contente com a reforma institucional.” (E₁₀)</i> <i>“Foram concretizadas.” (E₁₂)</i> <i>“ (...) as expectativas que eu tinha eram basicamente que isto ia ser assim (...) é o caminho que está implementado, não fui eu que escolhi desta forma”. (E₁₃)</i>	7
Sem expectativas anteriores	<i>“ (...) acho que não podia ter expectativas relativas a este modelo porque surgiu sem que houvesse a participação dos enfermeiros dos vários serviços”. (E₁)</i> <i>“ (...) não tinha grandes expectativas (...).” (E₆)</i> <i>“Eu não tinha grandes expectativas em relação a este modelo. (...) nunca gostei muito desse modelo de organização. Mas pronto, estávamos nele, tinha que ser (...).” (E₁₁)</i>	3
Expectativas não concretizadas	<i>“Não. (...). O conceito de USF é um conceito bom, mas não com este modelo. (...) não correspondeu de todo às minhas expectativas. Toda a gente esperava uma coisa diferente (...). (...). Eu acho que nós enfermeiros fomos um bocado iludidos neste modelo de USF.” (E₃)</i> <i>“Não.” (E₅)</i> <i>“Não. Não foram concretizadas (...). Para mim eu vejo de uma forma muito negativa este modelo de gestão de USF.” (E₄)</i>	3

Expectativas concretizadas

Sete dos participantes referem que as expectativas que tinham associadas ao novo modelo de gestão das USF foram concretizadas. Alguns afirmam que *“Sim. Sinto-me contente com a reforma institucional.” (E₁₀)* e que *“Foram concretizadas.” (E₁₂)*. De salientar que outros consideram que as expectativas foram concretizadas, não porque idealizaram que fosse de determinada maneira, mas porque não expectavam que fosse diferente: *“ (...) depois de ler, acho que sim, que foi concretizada. Claro*

que há coisas que concordo e outras que não (...). Portanto digamos que as expectativas que sim, que foram concretizadas”. (E₇). Referem também que “ (...) as expectativas que eu tinha eram basicamente que isto ia ser assim (...) é o caminho que está implementado, não fui eu que escolhi desta forma”. (E₁₃). De salientar que a concretização de expectativas aumenta a motivação para a realização de novas atividades (Fontes, 2009). Pelo concretizar de expectativas anteriores, há maior facilidade na criação de novas expectativas e um aumento do sentimento de autoeficácia que funciona como um motor para a ação (Galhanas, 2009).

Sem expectativas anteriores

Três participantes referem que não tinham expectativas associadas a este novo modelo. Para Galhanas (2009), quando não existem expectativas há uma associação com a desmotivação e com a apatia.

Carvalho (2009) refere ainda que parte das mudanças organizacionais na área da saúde não incluíram de forma participativa os enfermeiros na escolha das alterações introduzidas, o que corrobora o sentimento manifestado de ausência de expectativas pelo não envolvimento: “ (...) acho que não podia ter expectativas relativas a este modelo porque surgiu sem que houvesse a participação dos enfermeiros dos vários serviços”. (E₁).

Expectativas não concretizadas

Castro et al. (2011) referem que um dos fatores que influencia a satisfação profissional é o grau de concretização das expectativas profissionais do indivíduo ou do grupo. De facto, três participantes são da opinião que as suas expectativas não foram concretizadas. Um deles refere que “*Não. Não foram concretizadas (...). Para mim eu vejo de uma forma muito negativa este modelo de gestão de USF.*” (E₄).

Se existir uma lacuna grande entre as expectativas e os resultados ou recompensas alcançados, provoca no trabalhador insatisfação e desmotivação para a realização de novas tarefas (Fontes, 2009). Por outro lado, como já referido, a concretização de uma expectativa aumenta a motivação e a persecução de novas metas, surgindo novas expectativas.

5.4. Expectativas Futuras Relacionadas com o Novo Modelo de Gestão

As expectativas são um dos fatores que fazem com que os indivíduos se sintam mais ou menos motivados a mudar e atingir os resultados esperados. As expectativas que têm são, por sua vez, condicionadas por diversos fatores entre eles: autoeficácia (a percepção que o indivíduo tem sobre a sua capacidade de desempenhar determinada ação), dificuldade do objetivo que se pretende atingir (se demasiado ambicioso pode desmotivar a conduta de ações para seu atingimento), controlo percebido (quando mais controlo se sente sobre o caminho para atingir os objetivos, mais elevadas podem ser as expectativas), entre outros (Galhanas, 2009).

À organização cabe a responsabilidade de disponibilizar, dentro do possível, os meios necessários para a concretização das expectativas do trabalhador (Castro et al., 2011).

Ferreira (2011), relatando a teoria das expectativas de Vroom (1964), refere que existem expectativas conscientes e impulsos ou necessidades inconscientes que norteiam a motivação para agir. Refere ainda que as primeiras, as expectativas conscientes, têm maior importância e influência no processo motivacional. De acordo com esta teoria existem três fatores que influenciam o desempenho da pessoa: a expectativa, a percepção de que um resultado está associado a uma recompensa e o valor que é atribuído a essa recompensa.

No quadro 6 é apresentada a categoria *expectativas futuras relacionadas com o novo modelo de gestão* nas USF manifestadas pelos participantes deste estudo.

QUADRO 6: Expectativas futuras relacionadas com o novo modelo de gestão

Subcategoria	Unidades de registo	UE
Alterações à regulamentação da estrutura de gestão das USF	<i>“ (...) espero que o coordenador da USF possa ser também um enfermeiro (...). (...). Um intermédio dos dois modelos seria o mais sensato (...) ”.</i> (E ₁)	10
	<i>“Delegar todas as competências de gestão numa só figura, faz falta no atual modelo, porque assim os restantes enfermeiros da equipa podiam dedicar-se a 100% às suas atividades.”</i> (E ₂)	
	<i>“ (...) falta um chefe. (...). Falta a figura de chefe e o tempo só para ser chefe, (...). (...) espero que isto mude! Que passe a ter a figura de chefe ”.</i> (E ₃)	Cont.

	<i>“Penso que tem de haver (...) um chefe de carreira. Espero que volte (...) o mais rapidamente possível a figura de enfermeiro chefe. (...) É uma figura de referência para nós.” (E₄)</i> <i>“Acho que devia de haver um chefe. Nunca se devia ter abolido (...). (...) faz falta o chefe. (...) Pela sobrecarga de trabalho que está nos elementos, pela defesa da categoria profissional, (...)” (E₅)</i> <i>“ (...) espero que se calhar a lista de utentes do responsável possa ser diminuída, para possa exercer as funções de gestão com mais capacidade e ter mais capacidade de resposta (...). (...) E como o coordenador também tem um tempo para, a responsável de enfermagem também deveria ter”. (E₆)</i> <i>“ (...) faz falta ter um enfermeiro chefe. (...) pela profissão em si, porque acho que nos desvalorizou. (...) se calhar outro modelo, se calhar um agrupamento de várias USF, ter um chefe mais próximo”. (E₇)</i> <i>“ (...) a figura de responsável, pelo menos a nível de enfermagem (...). (...) devia ter mais tempo para a gestão (...) ter reduzida a lista de utentes (...) ter alguém direccionado só para a gestão. (...) também devia ser remunerado (...) devia ter um incentivo extra porque merece.”. (E₈)</i> <i>“ (...) deveriam ter uma remuneração um bocadito para isso (...). O que justificaria é mais as horas (...) o que está responsável receber mais uns incentivos por cumprir essa função (...) “. (E₁₀)</i> <i>“ (...) eu sei que isto não vai caminhar para termos um enfermeiro chefe (...), mas (...) atribuir mais autonomia a esse enfermeiro responsável. (...). (...). Ou ter uma lista menor ou ter mais horas (...) remuneradas ou ter algum incentivo (...)”. (E₁₃)</i>	
Desenvolver competências interpessoais em equipa	<i>“ (...) que os enfermeiros sejam capazes de se unir no sentido de ter um bom ambiente de trabalho (...) ”. (E₁)</i> <i>“ (...) espero que se trabalhe mais em equipa (...) ”. (E₉)</i> <i>“... à medida que os anos vão passando, a cumplicidade entre profissionais é cada vez maior (...). (...) a melhoria vai surgindo naturalmente”. (E₁₂)</i>	3
Melhores cuidados de enfermagem	<i>“ (...) de melhorar cada vez mais os cuidados prestados ao utente”. (E₁)</i> <i>“O futuro... espero que (...) nos traga melhorias (...)”. (E₉)</i>	2

Alterações à regulamentação da estrutura de gestão das USF

Dez participantes referem que as suas expectativas futuras relacionam-se com alterações à regulamentação da estrutura de gestão das USF. A legislação atual da carreira de enfermagem já não regula a figura de enfermeiro chefe, tal como o expectam alguns participantes ao referirem que *“Penso que tem de haver (...) um chefe de carreira. Espero que volte (...) o mais rapidamente possível a figura de enfermeiro chefe. (...) É uma figura de referência para nós.” (E₄)*. Contudo, a legislação contempla a figura de enfermeiro principal que, apesar de ter perdido algumas funções do enfermeiro chefe (como explanado na parte concetual), tem mais e importantes funções do que as estipuladas para o enfermeiro do conselho

técnico das USF. É neste sentido que alguns dos participantes (embora não tenha sido feita referência à categoria de enfermeiro principal) esperam que haja alterações na regulamentação da estrutura de gestão das USF. Este aspeto é referido por E₁₃ e E₁: “ (...) eu sei que isto não vai caminhar para termos um enfermeiro chefe (...), mas (...) atribuir mais autonomia a esse enfermeiro responsável. (...). (...). Ou ter uma lista menor ou ter mais horas (...) remuneradas ou ter algum incentivo (...) ”. (E₁₃); “ (...) espero que o coordenador da USF possa ser também um enfermeiro (...). (...). Um intermédio dos dois modelos seria o mais sensato (...) ”. (E₁).

A ERA (2012) defende que terá de haver nas USF equidade de estatuto de todos os profissionais o que torna incomportável a concentração da gestão num único profissional de cada área, tendo de ser uma gestão partilhada. Daí que estas expectativas manifestadas só seriam possíveis se fosse alterada a regulamentação das próprias USF.

Foi também manifestada a expectativa de que no futuro se possa configurar na legislação um tempo destinado à gestão de enfermagem tal como já existe para a coordenação que é médica. “E como o coordenador também tem um tempo para, a responsável de enfermagem também deveria ter.” (E₆). Num estudo realizado por Junior et al. (2011) sobre as atividades de gestão dos enfermeiros em CSP, conclui que o tempo gasto para atividades de gestão, num sistema de gestão partilhada, varia de enfermeiro para enfermeiro. Nesse estudo o tempo semanal que os enfermeiros necessitam para atividades de gestão varia de 7h35 a 14h30, considerando um horário semanal de 40 horas. O novo modelo de gestão das USF preconiza uma gestão participativa com o objetivo de aproximar todos os elementos do processo de tomada de decisão, aperfeiçoando-o. Contudo, a não existência de tempo destinado à gestão de enfermagem pode condicionar este processo. Nas USF são exigidas aos enfermeiros funções clínicas e funções/tarefas de gestão, mas não pode nenhuma delas ser descurada, mas antes otimizada pelo valor agregado das duas (Malagutti, 2009).

Há também participantes que expectam que hajam incentivos remuneratórios associados à gestão em enfermagem, tal como se pode verificar pela referência a que “ (...) a figura de responsável, pelo menos a nível de enfermagem (...). (...) devia ter mais tempo para a gestão (...) ter reduzida a lista de utentes (...) ter alguém direcionado só para a gestão. (...) também devia ser remunerado (...) devia ter um incentivo extra porque merece”. (E₈). O Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto legisla a atribuição de um acréscimo remuneratório ao coordenador da equipa, mas

não preconiza a remuneração de mais nenhum elemento com funções de gestão das USF.

Por último, há também participantes que consideram que o modelo de gestão deveria ser alterado, mas na sua globalidade “ (...) *faz falta ter um enfermeiro chefe. (...) pela profissão em si, porque acho que nos desvalorizou. (...) se calhar outro modelo, se calhar um agrupamento de várias USF, ter um chefe mais próximo*”. (E₇)

Não é consensual qual o modelo de gestão ideal que deva ser adotado. Além disso, as mudanças decorrentes e tão prementes nas organizações de saúde fazem com que também os modelos de gestão estejam em constante mudança. O desenvolvimento, o crescimento, a melhoria, implicam sempre que se mude. Este aspeto é também corroborado por autores como Marquis e Huston (2010) que inclusive sugerem uma simbiose entre os vários modelos (mais e menos hierarquizados), tirando partido do que cada um tem de melhor.

Desenvolver competências interpessoais em equipa

Outra expectativa futura manifestada por três participantes prende-se com o desenvolvimento de competências interpessoais em equipa. Os participantes esperam que no futuro “ (...) *os enfermeiros sejam capazes de se unir no sentido de ter um bom ambiente de trabalho (...)* ”. (E₁). Pelo facto de se conseguir usufruir de melhorias substanciais para toda a organização, os enfermeiros esperam que “ (...) *se trabalhe mais em equipa (...)* ”. (E₉).

Para Bergamim e Prado (2013), quando uma equipa se encontra integrada é capaz de flexibilizar o trabalho, conservar as diferenças técnicas, valorizar os diferentes contributos, descentralizar a tomada de decisão, favorecer a partilha de opiniões, entre outros aspetos. Quando os grupos funcionam como verdadeiras equipas o resultado final será de maior qualidade e eficiência.

Melhores cuidados de enfermagem

A última subcategoria dentro das expectativas futuras relacionadas com o novo modelo de gestão refere-se a melhores cuidados de enfermagem, no sentido “ (...) *de melhorar cada vez mais os cuidados prestados ao utente*”. (E₁).

Para Donabedian (1990), a qualidade dos cuidados de saúde pode ser mensurada através de atributos como a eficácia, a efetividade, a eficiência, a otimização, a

aceitabilidade, a legitimidade e equidade. As USF contratualizam objetivos congruentes com o que Donabedian (1990) apontou como evidência de cuidados de qualidade. Também Malagutti (2009) defende que os enfermeiros devem otimizar o seu desempenho pela persecução de indicadores sensíveis à profissão para aumentar a sua qualidade assistencial. Assim, espera-se que através deste novo modelo de gestão das USF se consiga o atingimento da excelência do exercício profissional de enfermagem.

5.5. Diferenças Entres os Dois Modelos de Gestão Vivenciados

Um dos critérios de inclusão dos participantes no estudo prende-se com o facto de cada participante ter tido experiência anterior em CSP com o anterior modelo de gestão. A não inclusão de enfermeiros com cargos de gestão (anteriores ou atuais) permite perceber a visão daqueles que nunca chefiaram e que agora vivenciam um modelo de gestão que envolve a participação de todos e em que os cargos de gestão foram anulados ou substituídos.

O quadro 7 apresenta a categoria *diferenças entre os dois modelos de gestão vivenciados* pelos participantes.

QUADRO 7: Diferenças entre os dois modelos de gestão vivenciados

Subcategoria	Unidades de registo	UE
Gestão partilhada	“ (...) era tudo mais centralizado anteriormente no enfermeiro chefe. (...) a decisão final era sempre do enfermeiro chefe enquanto agora é, ou devia ser, da equipa de enfermagem ou muitas vezes da USF. (...) termos todos funções de gestão distribuídas”. (E₁) “Foram distribuídas pelos enfermeiros de família tarefas de gestão que eram efetuadas apenas pelo enfermeiro chefe (...)”. (E₂) “ (...) implica que para nós todos tenhamos responsabilidades na parte da gestão. (...). Agora as coisas estão completamente diluídas pela equipa (...) ”. (E₄) “Como estão as atividades distribuídas, por um lado (...) permite-nos estar mais integrados e mais ao corrente daquilo que se passa na equipa (...)”. (E₆) “ (...) temos várias responsabilidades divididas por todos. (...). (...). Tudo passa por nós, temos conhecimento de tudo (...) ”. (E₇)	10 Cont.

	<i>“ (...) todos participamos (...). (...) termos noção daquilo que se está a passar (...) por um lado é bom (...). Mas por outro lado às vezes é complicado porque a gestão é algo que (...) demora muito tempo.” (E₈)</i> <i>“E agora obrigou-nos a formar parte (...) da gestão. (...). A grande de diferença é que te sentes mais partícipe (...) da tua unidade, da gestão (...). (...) não é nada imposto por um chefe. (...) a gestão (...) tem de ser dividida entre todos.” (E₉)</i> <i>“ (...) é conselho geral que toma decisões. E somos todos. Portanto, todos decidimos, todos damos as opiniões.” (E₁₁)</i> <i>“ (...) ficávamos todos um pouco distantes da gestão, limitávamos no fundo à execução de tarefas de enfermagem (...) agora há um maior envolvimento quanto mais não seja na partilha de sugestões, de opiniões (...).” (E₁₂)</i> <i>“ (...) além da tarefa do utente não tínhamos atribuídas (...) nenhuma gestão. (...). (...) enquanto eu trabalhava para mim, agora trabalho para uma equipa (...).” (E₁₃)</i>	
Ausência de liderança formal em enfermagem	<i>“ (...) algumas decisões passaram a ser do domínio médico, o que é muito negativo. (...). A falta de um líder nato é para mim um fator inibidor em muitas situações, particularmente, na gestão de conflitos (...).” (E₁)</i> <i>“Não há quem mande, portanto é mais anarquista.” (E₃)</i> <i>“Neste momento toda a gente manda e ninguém manda. (...). (...) ninguém tem a responsabilidade de (...) chamar à atenção, de criticar, porque ninguém manda em ninguém e acaba por ser uma anarquia.” (E₅)</i> <i>“E o facto de ser nosso colega de trabalho também dá menos margem de manobra (...).” (E₈)</i> <i>(...) nós até agora tínhamos o nosso responsável, portanto tudo passava por ele (...) agora temos de dar conhecimento ao coordenador (...).” (E₁₁)</i> <i>“Ninguém manda e todos mandam. (...). Perdemos em parte uma capacidade de liderança que o enfermeiro destacado nessa área poderia liderar a equipa e ele tinha umas diretrizes que toda a gente aceitava.” (E₁₃)</i>	6
Ausência de tempo destinado à gestão de enfermagem	<i>“Mais a gestão e não há tempo para isso, (...).” (E₃)</i> <i>“Porque quem está nessa função normalmente tem que dar mais horas ao serviço.” (E₁₀)</i> <i>“Agora esse enfermeiro não tem horas atribuídas à gestão.” (E₁₃)</i>	3

Gestão partilhada

As diferenças entre os dois modelos, para dez dos participantes, relacionam-se com a gestão partilhada. Esta é a principal diferença percecionada pelos participantes que vivenciaram os dois modelos de gestão. Estes referem que *“Foram distribuídas pelos enfermeiros de família tarefas de gestão que eram efetuadas apenas pelo enfermeiro chefe (...).” (E₂)*. Nessa gestão partilhada, é referido o envolvimento nos processos de tomada de decisão, pois agora *“ (...) é conselho geral que toma decisões. E somos todos. Portanto, todos decidimos, todos damos as opiniões.” (E₁₁)*.

Neves e Castro (2010) apontam a participação dos trabalhadores na tomada de decisões como um fator importante aquando da implementação de mudanças organizacionais. Acrescem ainda que, pelo envolvimento ativo, os trabalhadores aumentam o seu compromisso e motivação no trabalho. Trabalhadores envolvidos aceitam melhor uma decisão por se sentirem incluídos na sua construção. São também tomadas decisões com mais qualidade pelo contributo de mais pontos de vista. Já nos primórdios da abordagem das teorias da administração, Taylor (1856-1915) promoveu alterações nas metodologias de trabalho por encontrar pontos fracos nas organizações, sendo um deles o pouco envolvimento dos profissionais.

As organizações devem ser promotoras de uma cultura cooperativa coesa com um efetivo trabalho em equipa. Meleis (2010) refere que, pelo envolvimento, há uma ligação responsável da pessoa com a mudança. Assim, a pessoa produz mais facilmente novos significados e novas perceções (característica das transições) o que permite uma quebra com o passado. Permite ainda um recurso a estratégias que revelam um conhecimento cumulativo. Neves e Castro (2010) completam ainda que para a implementação de uma mudança organizacional são importantes fatores como a participação na tomada de decisão, o trabalho em equipa e a comunicação.

Modelos de gestão partilhada podem ainda promover o sentimento de pertença e orientar mais facilmente o grupo no sentido de conseguir objetivos comuns (Maciel, 2011). Chiavenato (2004), já na abordagem da Teoria Neoclássica, aponta vantagens e desvantagens de uma gestão mais ou menos centralizada. Por um lado, ao centralizar no topo a gestão esta pode ser executada por pessoas com mais treino, mais direcionadas para tal e de quem se espera um maior conhecimento dos objetivos organizacionais. Contudo, o que se verifica é que essas pessoas estão geralmente mais distanciadas da prática o que pode resultar em decisões menos apropriadas. Este aspeto já não acontece quando se trata de uma gestão participativa com envolvimento de todos no processo de tomada de decisão. Este aspeto foi referido também pelos participantes: *“Como estão as atividades distribuídas, por um lado (...) permite-nos estar mais integrados e mais ao corrente daquilo que se passa na equipa (...).”* (E₆). O empoderamento característico da Gestão pela Qualidade Total traz benefícios tanto para os serviços como para os resultados (Chiavenato, 2004).

Ausência de liderança formal em enfermagem

Seis dos participantes apontaram também como diferenças entre os dois modelos de gestão, a ausência de liderança formal em enfermagem. A grande diferença em relação ao anterior modelo de gestão em CSP foi a anulação da figura de enfermeiro chefe e o fato de passar a vigorar a coordenação da unidade feita por um médico. O Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto refere que todos os profissionais desempenham a sua atividade sob coordenação e orientação do coordenador da equipa. Contudo, no mesmo decreto está mencionado que tal não pode acarretar o prejuízo da autonomia dos grupos profissionais. Ora, os participantes conotam esta alteração como negativa ao referirem que “ (...) *algumas decisões passaram a ser do domínio médico, o que é muito negativo. (...). A falta de um líder nato é para mim um fator inibidor em muitas situações, particularmente, na gestão de conflitos (...)* ”. (E₁).

De fato, as vantagens decorrentes da gestão partilhada, podem não ser eficazes quando a equipa não consegue chegar ao denominador comum dentro das várias opiniões. Quando não existe uma figura formal de autoridade, quando não existe um moderador para colher o benefício de cada um, pode não se conseguir resolver os conflitos que podem advir da divergência (Krone et al., 2013). Este aspeto foi também vinculado pelos participantes ao dizerem que “*Não há quem mande, portanto é mais anarquista*”. (E₃)

Perante cenários de mudança, as equipas de enfermagem têm vindo a encontrar estratégias eficazes de adaptação, sendo para tal essencial o papel do enfermeiro chefe (Carvalho, 2009). Esta é também uma diferença premente por quem vivenciou os dois modelos de gestão: “*Ninguém manda e todos mandam. (...). Perdemos em parte uma capacidade de liderança que o enfermeiro destacado nessa área poderia liderar a equipa e ele tinha umas diretrizes que toda a gente aceitava.*” (E₁₃).

Ausência de tempo destinado à gestão de enfermagem

A última diferença, manifestada por 3 participantes, relaciona-se com o tempo destinado à gestão de enfermagem, sendo esta integrada no horário de trabalho semanal. Os participantes referem que esse tempo é insuficiente comparativamente ao modelo anterior: “*Mais a gestão e não há tempo para isso, (...).*” (E₃); “*Agora esse enfermeiro não tem horas atribuídas à gestão.*” (E₁₃). Assis (2010), de entre as várias conclusões do seu estudo, no que concerne às respostas sobre o que precisam os gestores para melhorar o seu desempenho, concluiu que o fator tempo destinado à

gestão encontra grande relevo. Para esta autora, há a necessidade dos gestores terem mais tempo para se dedicarem à gestão. Também Barrêto et al. (2010) referem que de entre as dificuldades para desempenhar o seu papel, os enfermeiros gestores referem a falta de tempo de que dispõem.

5.6. Fatores Facilitadores do Processo de Mudança Organizacional

Na alteração de um modelo anterior para um novo modelo está inerente um processo de mudança. Perante esse processo poderão ser várias as respostas das pessoas e vários os fatores que as influenciam.

No quadro 8 apresenta-se a categoria *fatores facilitadores do processo de mudança organizacional*.

QUADRO 8: Fatores facilitadores do processo de mudança organizacional

Subcategoria	Unidades de registo	UE
Trabalho em equipa	<i>“A democracia nas decisões tomadas (...). (...) o enfermeiro consegue analisar os vários pontos de vista e as várias perspetivas ou hipóteses e ser o mais neutro possível pondo a equipa em primeiro lugar.” (E₁)</i> <i>“Apercebi-me de muitas coisas durante as reuniões de serviço. (...) uma maior articulação entre os membros da equipa (...), os objetivos comuns (...). (...) A minha adaptação ao novo modelo foi essencialmente feita com ajuda dos meus colegas que já se encontravam adaptados (...).” (E₂)</i> <i>“ (...) conforme as necessidades iam aparecendo ia tentando saber como as deveria resolver com pessoas que já desenvolveram funções de gestão (...).” (E₆)</i> <i>“O que ajudou foi o trabalho de equipa e a relação que temos com os colegas uns com os outros, (...) podemos confiar uns nos outros. Isso é facilitador.” (E₇)</i> <i>“ (...) reuniões de equipa e o conversar os problemas (...) e tentar procurar soluções (...).” (E₉)</i> <i>“ (...) outra colega (...) também lhe foi dizendo. Agora ele também vai aprendendo. (...) nós aqui temos um bom relacionamento, portanto facilita muito (...).” (E₁₀)</i> <i>“E esta equipa também acho que vai crescendo (...) vai começando a auto gerir-se (...). (...) uma equipa que (...) está interessada e está tudo a lutar para o mesmo.” (E₁₃)</i>	7 Cont.

Transição eficaz	<i>“Acho que foi um bocado como nós enfermeiros estamos habituados a fazer: dar resposta às situações que temos! (...). Temos que dar respostas e procura-las. (...). E aprendemos com isso!” (E₆)</i> <i>“Foi pacífico. É uma transição muito pacífica.” (E₁₁)</i> <i>“ (...) foi natural. (...) a motivação surge também com a empatia que nós temos com o modelo e eu desde início que fui simpatizante e que agarrei o projeto com... com muito gosto”. (E₁₂)</i> <i>“ (...) com o passar do tempo nós vamo-nos adaptando e vamos também começando a saber (...) como lidar com as situações (...) dentro da equipa”. (E₁₃)</i>	4
Regime de incentivos	<i>“ (...) o regime de incentivos, (...)”. (E₂)</i> <i>“O que motivou as pessoas e enfrenarem e que a mim foi um fator facilitador para vir para este modelo foi a perspetiva da parte remuneratória (...).” (E₃)</i>	2
Condições físicas e de materiais	<i>“ (...) o facto de... de nos terem dado condições físicas e materiais para trabalhar (...) a organização... aí foi tudo... tudo bem”. (E₁₃)</i>	1

Trabalho em equipa

O fator facilitador mais referido, por sete participantes, foi o trabalho em equipa. Peixoto (2012) conclui que um dos benefícios do trabalho em equipa é a possibilidade de um profissional mudar algo na sua prática, reorganizando-se em conjunto com a prática de outros. Isto foi corroborado por um dos participantes ao expressar: *“Apercebi-me de muitas coisas durante as reuniões de serviço. (...) uma maior articulação entre os membros da equipa (...), os objetivos comuns (...). (...). A minha adaptação ao novo modelo foi essencialmente feita com ajuda dos meus colegas que já se encontravam adaptados (...).” (E₂)*. Todos são assim mais facilmente transformados para agir no ambiente em que se encontram. As organizações de saúde sujeitas a mudanças podem usar da estratégia do desempenho coletivo para alcançar resultados rápidos, criativos e eficazes. Quando há um efetivo trabalho em equipa os profissionais interagem e adaptam-se simultaneamente, preparando-se melhor para a mudança (Peixoto, 2012).

Também Neves e Castro (2010) reconhecem o envolvimento das pessoas e o trabalho em equipa como estratégias que reduzem a resistência à mudança, pelo facto do profissional se sentir parte do processo. As equipas, sobretudo perante cenários de mudança, vislumbram-se como um ingrediente essencial para o sucesso organizacional. Apesar de não haver um indicador destinado a avaliar o trabalho em equipa este pode medir-se através dos resultados produzidos. Os mesmos autores referem que quando se tratam de mudanças que abrangem mais amplamente a organização, o sucesso da sua implementação está muito relacionado com a qualidade da interação entre os vários intervenientes. Aspeto também sustentado

pelos participantes ao ser referido que *“O que ajudou foi o trabalho de equipa e a relação que temos com os colegas uns com os outros, (...) podemos confiar uns nos outros. Isso é facilitador.”* (E₇)

Transição eficaz

Outra subcategoria prende-se com o próprio processo de transição individual que cada enfermeiro vivenciou na adaptação à mudança organizacional a que foi sujeito. Quatro participantes fizeram referência ao facto da eficácia do seu processo de transição ter sido um fator facilitador do processo de mudança organizacional. Referências tais como: *“Foi pacífico. É uma transição muito pacífica.”* (E₁₁) e *“ (...) com o passar do tempo nós vamo-nos adaptando e vamos também começando a saber (...) como lidar com as situações (...) dentro da equipa”.* (E₁₃), permitiram a elaboração da subcategoria transição eficaz.

O facto dos participantes percecionarem que estão perante uma transição é já por si só um fator facilitador da implementação da mudança, correspondendo à fase de consciencialização (Meleis, 2012). Quando as pessoas experimentam transições eficazes estarão mais aptas a aceitar novas mudanças que podem ocorrer.

A motivação, fator importante para o envolvimento na mudança, pode condicionar todo o processo de transição. Chiavenato (2004) define motivação como uma força com génese nas necessidades interiores de cada um. A motivação é maior quando as pessoas se identificam com a ação a desenvolver, quando esta é compatível com as suas necessidades e expectativas interiores. Foi neste sentido que foi referida a motivação como um fator facilitador para a eficácia da transição: *“ (...) a motivação surge também com a empatia que nós temos com o modelo e eu desde início que fui simpatizante e que agarrei o projeto com... com muito gosto”.* (E₁₂). Krone et al. (2013) acrescem que quando há uma perceção dos objetivos a atingir, há também um aumento da motivação para a ação.

Galhanas (2009) concebe a motivação como um fator competitivo e de sucesso organizacional, sendo complexo e interdependente dos trabalhadores e variáveis situacionais. Sendo assim, pode dizer-se que a motivação depende de fatores internos (intrínsecos ao próprio indivíduo) e de fatores externos (estímulos ambientais e situacionais para a ação). Das organizações espera-se que identifiquem a melhor forma de garantir um nível sustentável de motivação de cada colaborador, tentando sempre que possível harmonizar objetivos individuais com os organizacionais.

De realçar que Neves e Castro (2010) defendem que maior parte das falhas nos processos de mudança prendem-se com a fase de implementação. Poderemos estar numa fase ainda muito inicial do processo de mudança organizacional, sendo importante perceber como os participantes a estão a vivenciar. Os mesmos autores acrescentam que quando se procedem mudanças organizacionais em ambientes que promovam a participação de todos (como se preconiza nas USF), a mudança terá maior tendência a ser implementada com sucesso.

Regime de incentivos

Dois participantes encontraram como fator facilitador o regime de incentivos. *“O que motivou as pessoas e enfrenarem e que a mim foi um fator facilitador para vir para este modelo foi a perspectiva da parte remuneratória (...).”* (E₃).

O sistema de incentivos a que estão sujeitas as USF modelos B e C, reforçou o que já teria sido consagrado no sistema retributivo do Regime Remuneratório Experimental. Este tipo de regime de incentivos está associado a uma discriminação pela positiva com relação com a quantidade e qualidade do trabalho (Melo e Sousa, 2011). São assim atribuídos aos profissionais incentivos que variam em função do atingimento de determinadas metas.

De realçar que os incentivos às USF não são apenas monetários. Segundo o Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto os incentivos podem ser institucionais e/ou financeiros, sendo que os primeiros dizem respeito a, por exemplo, possibilidade de participação em ações de formação (conferências, simpósios,...) e a apoios na investigação.

Os incentivos devem ser encarados como um reforço positivo pelo esforço e pelos resultados alcançados, premiando as melhores equipas.

Já a teoria de Administração Clássica defendida por Taylor (1856-1915), valorizava uma diferenciação na remuneração diferenciada consoante o nível de produção. Vendo o seu esforço recompensado, os profissionais encaram os incentivos como o motor para o atingimento de objetivos organizacionais (Melo e Sousa, 2011).

Condições físicas e de materiais

O último fator facilitador referido prende-se com as condições físicas e materiais: “ (...) o facto de... de nos terem dado condições físicas e materiais para trabalhar (...) a organização... aí foi tudo... tudo bem”. (E₁₃).

O ambiente de trabalho inclui as condições físicas, as condições materiais e as características psicológicas e sociais dos colaboradores. Quando saudável, o ambiente de trabalho tem impacto direto na melhoria das relações no seio do grupo, na produtividade, na redução de acidentes e de absentismo, entre outros (Krone et al., 2013).

Para Fontes (2009), as condições físicas e materiais, sendo uma das componentes das condições de trabalho, tem impacto na satisfação profissional. Quando se fala de condições físicas e ambientais inclui-se condições como: temperatura, luminosidade, higiene, equipamentos, condições de segurança, entre outras. As organizações de saúde deverão promover um ambiente de trabalho seguro e propício a uma prática profissional de excelência. Também perante mudanças organizacionais são importantes as condições de trabalho. Estas deverão ser favoráveis à mudança, com criação de condições necessárias que otimizem a prática diária para se conseguir cuidados de qualidade (ICN, 2008).

5.7. Fatores Inibidores do Processo de Mudança Organizacional

Durante a implementação de uma mudança organizacional poder-se-ão encontrar entraves que dificultem, atrasem ou impeçam que a mudança ocorra (Neves e Castro, 2010). No quadro 9 é analisada a categoria *fatores inibidores do processo de mudança organizacional*.

QUADRO 9: Fatores inibidores do processo de mudança organizacional

Subcategoria	Unidades de registo	UE
Ausência de formação	“O que me prejudicou foi o facto de não ter tido qualquer formação (...).” (E₂) “ (...) formação não houve. (...) vamos aprender uns com os outros porque temos de fazer”. (E₃) “Não tive qualquer formação. (...) implicou muitas vezes que andasse à procura de pessoas com mais experiência do que eu para resolver problemas que julgo que fiz por tentativa-erro e não por experiência ou por ter conhecimentos sedimentados (...).” (E₄) “Fomos procurar à internet para perceber um bocadinho a reestruturação. Ah... e fomos desenrascando. (...) e fui buscando informação porque ninguém me ensinou.” (E₅) “ (...) teve que me estimular para adquirir novas competências (...). (...). Não tivemos formação. (...) foi uma formação pela prática e não propriamente uma formação (...).” (E₆) “Difícultador foi não ter uma experiência prévia no assunto de algumas áreas de gestão (...). Sem formação nenhuma (...). (...) temos de pesquisar e ler (...). (...) ir perguntando ao antigo chefe do centro de saúde como é que ele fazia. É um bocadinho assim: por opinião.” (E₇) “ (...) não tivemos propriamente formação (...) e vamos aprendendo com os nossos erros”. (E₈)	7
Transição dificultadora	“ (...) passei do modelo de gestão antigo para o novo sem qualquer período de adaptação”. (E₂) “Acho que não estávamos preparados para assumir este tipo de modelo, (...).” (E₃) “ (...) foi imposto. (...) nós tivemos que mudar e adaptamo-nos”. (E₈) “ (...) custou e ainda está a custar. (...) é um processo de adaptação (...) que está a custar”. (E₉) “Vimos para um sítio novo, para um modelo novo, uma forma de trabalhar nova e (...) temos que (...) arranjar formas novas de nos adaptar a este novo modelo de gestão. (...) pode correr bem e pode correr mal, pode (...) não estar adaptado.” (E₁₃)	5
Experiência no modelo anterior	“ (...) foi um bocadinho complicado uma pessoa adaptar-se (...). Estávamos muito formatados para termos uma hierarquia”. (E₈) “ (...) ainda há muito a ideia do modelo antigo (...) estamos enraizados e é mais complicado haver mudanças nesse sentido (...).” (E₉) “ (...) se calhar se perdeu um bocado (...) aquela dinâmica que nós já tínhamos de enfermagem, instituída, de ter um mecanismo já muito oleado (...) passamos assim, acho eu, os primeiros tempos um bocado à toa (...) criou-nos problemas criou-nos atritos (...). Sabemos que temos um objetivo mas não sabemos como o vamos atingir (...).” (E₁₃)	3
Gestão de tempo dificultada	“Essencialmente na gestão porque não temos tempo. O tempo é muito limitado.” (E₃) “ (...) falta de tempo. (...). O tempo continua a ser o mesmo e o atendimento o mesmo e o trabalho maior”. (E₅) “ E tempo... tempo, tempo é mais o que dificulta. (...) foi dada responsabilidade mas precisamos de tempo para as fazer”. (E₈)	3

Ausência de formação

A subcategoria com mais unidades de enumeração denomina-se de ausência de formação. De facto sete dos participantes consideram a não existência de formação, nomeadamente no que concerne à formação em gestão, um fator inibidor do processo de mudança organizacional. Os participantes reconhecem essa ausência de formação como algo negativo, referem que *“O que me prejudicou foi o facto de não ter tido qualquer formação (...).”* (E₂) e ainda *“Não tive qualquer formação. (...) implicou muitas vezes que andasse à procura de pessoas com mais experiência do que eu para resolver problemas que julgo que fiz por tentativa-erro e não por experiência ou por ter conhecimentos sedimentados (...).”* (E₄).

Meleis (2012), na sua teoria, refere que perante uma transição há sempre a necessidade de adquirir novos conhecimentos. Fontes (2009) relaciona a formação com a qualidade do trabalho e com a satisfação profissional. Muitos outros autores, como já explanado na parte concetual, também estabelecem uma relação forte entre formação e sucesso organizacional, sobretudo perante processos de mudança.

As organizações deverão, por isso, promover um clima de aprendizagem constante quer individual quer em grupo, que vai muito para além da formação base de cada profissional. Deverá ainda haver um investimento em determinadas áreas consoante o serviço em questão ou as funções a serem desempenhadas (Beverley et al., 2012).

Todos os participantes não desempenharam nenhum cargo de gestão anterior daí que agora lhes é exigido que o façam. Contudo, manifestam que o facto de não terem tido formação lhes dificultou essa mudança: *“(...) teve que me estimular para adquirir novas competências (...). (...) Não tivemos formação. (...) foi uma formação pela prática e não propriamente uma formação (...).”* (E₆). Acabaram por desenvolver estratégias de aprendizagem para poderem assumir as funções de gestão: *“Dificultador foi não ter uma experiência prévia no assunto de algumas áreas de gestão (...). Sem formação nenhuma (...). (...) temos de pesquisar e ler (...). (...) ir perguntando ao antigo chefe do centro de saúde como é que ele fazia. É um bocadinho assim: por opinião.”* (E₇).

Transição dificultadora

Outro fator inibidor do processo de mudança organizacional prende-se com o próprio processo de transição individual que cada enfermeiro vivenciou. Se por um lado alguns participantes reconheceram como eficaz o seu processo de transição, outros

consideram a transição como dificultadora. Para tal apontaram algumas razões. Uma delas prende-se com a inexistência do período de adaptação: “ (...) *passei do modelo de gestão antigo para o novo sem qualquer período de adaptação*”. (E₂).

Meleis (2012) refere que todo o processo de transição demora tempo até que se atinja a estabilidade desejada. O tempo necessário varia de pessoa para pessoa e de situação para situação. Além disso, o percurso não é sempre linear e progressivo, podendo existir recuos no sentido da estabilidade. A ausência de preparação para a mudança foi outra razão apontada: “*Acho que não estávamos preparados para assumir este tipo de modelo, (...)*”. (E₃). O facto de os profissionais não serem envolvidos nos processos de mudança que ocorrem dentro das organizações, também pode dificultar a implementação da mudança, sobretudo se o papel da chefia não for eficaz (Carvalho, 2009). O processo de transição também foi dificultado por esse aspeto: “ (...) *foi imposto. (...) nós tivemos que mudar e adaptamo-nos*”. (E₈). Quanto maior for a consciencialização e o envolvimento, mais probabilidade de sucesso terá a implementação da mudança (Meleis, 2012).

Experiência no modelo anterior

Três participantes apontam a própria experiência no modelo anterior como um fator inibidor do processo de mudança: “ (...) *se calhar se perdeu um bocado (...) aquela dinâmica que nós já tínhamos de enfermagem, instituída, de ter um mecanismo já muito oleado (...) passamos assim, acho eu, os primeiros tempos um bocado à toa (...) criou-nos problemas criou-nos atritos (...). Sabemos que temos um objetivo mas não sabemos como o vamos atingir (...)* ”. (E₁₃).

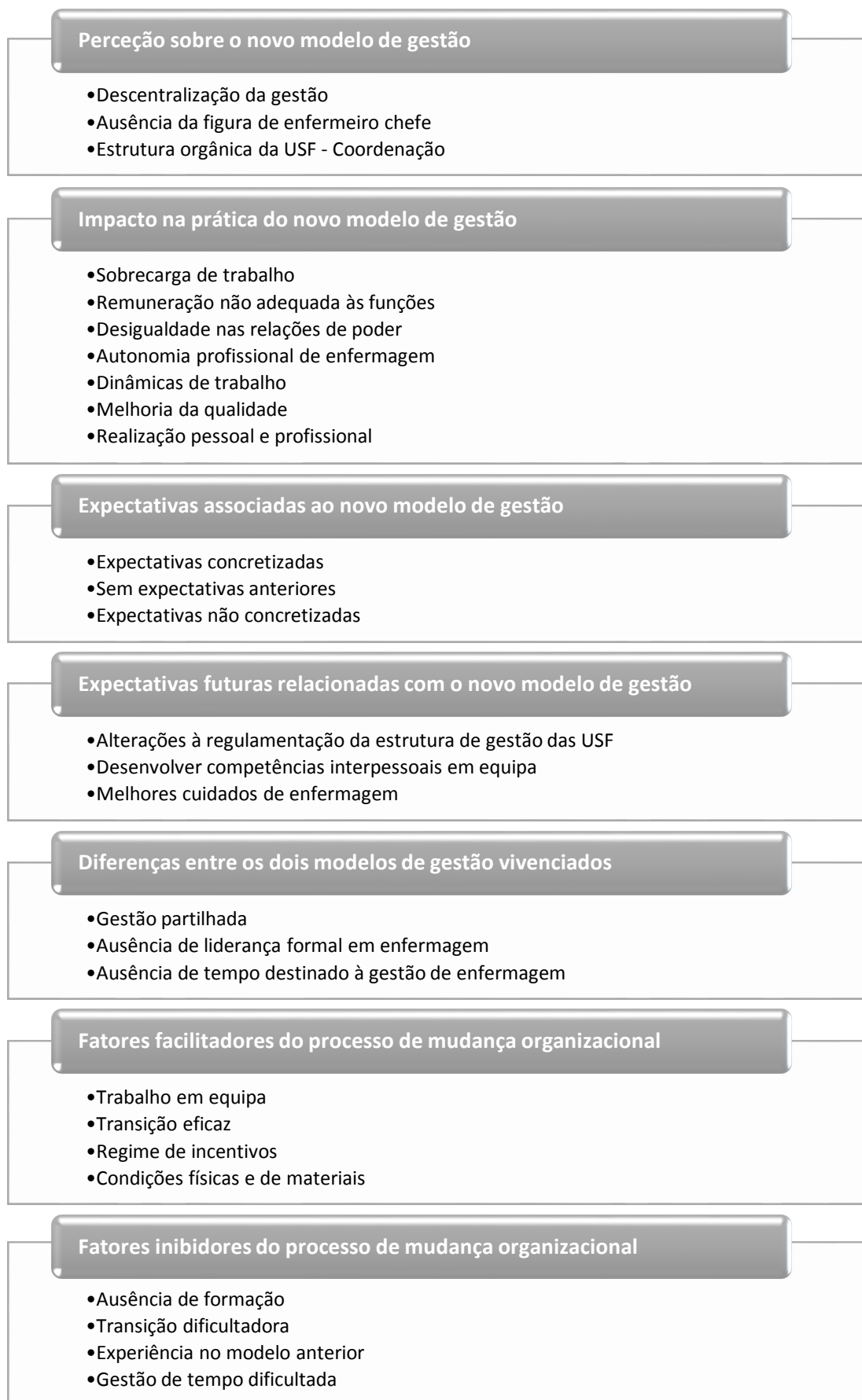
Neves e Castro (2010) reconhecem que a dificuldade que algumas pessoas têm em se afastar da anterior organização pode dificultar a transição para uma nova situação. A resistência à mudança pode advir de um sentimento de perda e de uma dificuldade em lidar com a incerteza da nova realidade. Para os mesmos autores deverá, nestes casos, haver uma aposta na construção ou reconstrução das crenças, atitudes e percepção da pessoa. Assim, poder-se-á conseguir uma diminuição da resistência à mudança, essencial para o sucesso da transformação.

Gestão de tempo dificultada

Para os participantes, o tempo destinado para a gestão é insuficiente: *“Essencialmente na gestão porque não temos tempo. O tempo é muito limitado.”* (E₃). Este aspeto é corroborado por Botelho (2012) que refere que os dois principais fatores inibidores do processo de mudança organizacional são a falta de tempo e o acúmulo de funções. Mesmo que os participantes assumam a mudança que se implementou, sentem a necessidade que hajam alterações no sentido de terem tempo para a tornarem uma prática efetiva: *“E tempo... tempo, tempo é mais o que dificulta. (...) foi dada responsabilidade mas precisamos de tempo para as fazer.”* (E₈)

Após análise e discussão dos resultados, apresenta-se a figura 2 que sintetiza a percepção dos enfermeiros sobre o novo modelo de gestão nas USF.

FIGURA 2: Percepção dos enfermeiros sobre o novo modelo de gestão das USF



CONCLUSÃO

Sendo considerados como o pilar dos sistemas de saúde, os CSP têm sofrido inúmeras alterações nos últimos anos. No que concerne às USF, a adoção de um novo modelo de gestão acarretou alterações, relacionadas com as práticas clínicas e de gestão, para os profissionais de enfermagem que fazem parte dessas equipes.

Os modelos de gestão sofreram alterações ao longo dos anos, não existindo consenso sobre qual o modelo de gestão mais vantajoso para profissionais e clientes, sendo importante tirar partido dos contributos das várias teorias.

Nas USF, unidades dotadas de autonomia organizativa, funcional e técnica, está preconizado um modelo de gestão participativa, sendo a estrutura orgânica constituída por coordenador da equipa (médico), conselho geral (todos os elementos da equipa) e conselho técnico (médico e enfermeiro, escolhidos pelos seus pares).

Ao longo dos anos, também a carreira de enfermagem sofreu modificações, estando atualmente apenas reguladas duas categorias: enfermeiro e enfermeiro principal. Nesta última, além de ainda não se evidenciar na prática, houve uma perda de funções que estavam anteriormente adstritas ao enfermeiro chefe. Essa perda é ainda mais notável, sobretudo no que concerne à gestão de recursos, quando se analisa as funções atribuídas ao enfermeiro do conselho técnico das USF.

São inúmeros os fatores que podem influenciar o processo de mudança organizacional, de entre estes, os fatores individuais e a forma como cada pessoa vivencia este processo. Estes fatores não podem ser descurados, pela sua influência direta nos resultados das reformas. Mas importa ainda sublinhar que este efeito é bidirecional sendo que as reformas também têm os seus impactos, positivos ou negativos, nas pessoas e nas suas vidas.

Integrando-se no paradigma qualitativo, o estudo do tipo exploratório, descritivo e transversal, teve como finalidade contribuir para o conhecimento das implicações da reestruturação dos CSP na gestão em enfermagem.

Tendo em conta o referido, as expectativas e inquietações intrínsecas que existiam no início deste estudo foram crescendo e se complementando com os conhecimentos adquiridos pela pesquisa bibliográfica, que esteve na base do enquadramento

teórico. Tudo isto foi otimizado pela reflexão sobre as opiniões dos participantes do estudo permitiram, após reflexão e discussão fundamentada, a elaboração das seguintes conclusões.

Tornou-se evidente que a percepção dos participantes sobre o novo modelo de gestão das USF se focaliza essencialmente na descentralização da gestão, na ausência da figura de enfermeiro chefe e na estrutura orgânica das USF, sendo que nesta última encontram-se mais referências à coordenação médica e apenas uma referência ao conselho geral e ao conselho técnico.

Este novo modelo de gestão tem, de acordo com os participantes, algumas repercussões. A sobrecarga de trabalho, a remuneração não adequada às funções e a desigualdade nas relações de poder foram os impactos mais manifestados. A autonomia profissional de enfermagem sofreu também alterações sendo que para alguns participantes ficou comprometida, enquanto que outros consideram que obteve maior potencial de desenvolvimento. Os participantes referiram ainda que o novo modelo de gestão das USF teve impacto ao nível das dinâmicas de trabalho, da melhoria da qualidade e na realização pessoal e profissional.

No que diz respeito às expectativas associadas ao modelo de gestão das USF, maior parte das referências apontam para a sua concretização, havendo no entanto participantes que consideram que não tinham quaisquer expectativas ou que estas não foram concretizadas.

Em relação às expectativas futuras que os participantes têm, relacionadas com o novo modelo de gestão das USF, estas prendem-se com os seguintes aspetos: alterações à regulamentação da estrutura de gestão das USF, desenvolver competências interpessoais em equipa e melhores cuidados de enfermagem.

Comparando os dois modelos de gestão existentes antes e após implementação das USF, os participantes apontam como principais diferenças a gestão partilhada, a ausência de liderança formal em enfermagem e ausência de tempo destinado à gestão de enfermagem.

Perante o processo de mudança organizacional na transição do antigo para o novo modelo os participantes encontram fatores facilitadores e inibidores. Em relação aos facilitadores apontaram o trabalho em equipa, a transição eficaz, o regime de incentivos e as condições físicas e de materiais. No que diz respeito aos fatores inibidores estes foram a ausência de formação, a transição dificultadora, a experiência no modelo anterior e a gestão de tempo dificultada.

Atentando que as conclusões do presente estudo apenas se reportam para o ACeS em análise, considera-se que os objetivos inicialmente estabelecidos foram concretizados.

Como qualquer investigação, esta não cessa e pretende-se que seja um ponto de partida para futuras investigações. Sugere-se aprofundar se os enfermeiros conhecem em rigor a legislação sobre o novo modelo de gestão implementado nas USF, bem como a forma como esta é operacionalizada na prática. Como outra sugestão, parece também relevante estudar futuramente os riscos psicossociais nos enfermeiros, resultante do novo modelo de gestão das USF.

Este estudo não é isento de limitações. Dada a natureza qualitativa torna-se impossível a generalização dos resultados, pelas próprias características e dimensões da amostra (Fortin, 2009). A intenção deste estudo direciona-se mais para a compreensão das perceções dos participantes sobre o novo modelo de gestão das USF de um determinado ACeS. Fortin (2009) refere que o foco de uma investigação qualitativa não é a generalização de resultados mas a compreensão mais profunda das problemáticas associadas às temáticas em análise. O que caracteriza este tipo de estudos é a sua amplitude e profundidade, sendo ideal para recolher opiniões. Futuros trabalhos poderão confirmar e alargar os resultados deste estudo, que apenas representam a perspetiva dos participantes.

Considera-se que o presente estudo acarretou um contributo para a nossa própria prática, no que concerne a abordagem da gestão em enfermagem que tem vindo a ser sujeita a alterações, decorrentes da reestruturação dos CSP.

O aprofundamento desta temática numa era em que prolifera o surgimento de várias USF, permite uma melhor abordagem da gestão em enfermagem nas USF. Este aprofundamento aumentará o potencial de melhoria da prática da gestão em enfermagem, com contributo para a excelência do exercício.

BIBLIOGRAFIA

ABREU, W. – *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?* Coimbra. Coleção Cadernos Sinais Vitais, nº. 1. Editora Formasau. 2003

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE – *Circular Informativa N.º 7/2010. 2010-06-18.* Aplicação do Artigo Decreto-Lei N.º 248/2009, de 22 de Setembro. Portugal.

AFONSO, P.L. – *Liderança: elementos-chave do processo.* Lisboa: Escolar Editora. 2009.

AIELLO, A. et al. – Resilience Training for Hospital Workers in Anticipation of an Influenza Pandemic. *Journal of Continuing Education in Health Professions.* 31(1):15–20, 2011

AIRES, L. – *Paradigma Qualitativo e Práticas de Investigação Educacional.* Universidade Aberta. 1ª Edição: Outubro de 2011.

AMENDOEIRA, J. – *Políticas de Saúde em Portugal e Desigualdades: Seminários Temáticos Políticas Públicas e Desigualdades.* Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Universidade Nova de Lisboa. 2009

ANDRADE, C.A. – *O Modelo EFQM como ferramenta e avaliação da TQM.* ISCAC. 2010.

ASSIS, C. I. C. F. – *O enfermeiro gestor: que dificuldades?* Vila Real. 2010. Dissertação para efeito de obtenção do grau de Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde, apresentado na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, sob orientação do Professor Doutor Vítor Manuel Costa Pereira Rodrigues.

BARDIN, L. – *Análise de conteúdo.* 5. ed. Lisboa: Edições 70 Ltda. 2010.

BARRÊTO, A. J. R. et al. – Experiências dos enfermeiros com o trabalho de gestão em saúde no estado de Paraíba. *Texto & Contexto em Enfermagem.* 2010. 19 (2), pp. 300-308.

BARROSO, D. E. – *Gestão da Qualidade Total numa instituição de saúde do 3º sector – um estudo de caso*. Abril 2011. Projeto de Tese Submetido como requisito parcial para a Obtenção do Grau de Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde, no Instituto Universitário de Lisboa, sob orientação de Mestre Generosa do Nascimento.

BERGAMIM, M. D. e PRADO, C. – Problematização do trabalho em equipe em enfermagem: relato de experiência. *Rev Bras Enferm, Brasília* 2013 jan-fev; 66(1). pp. 134-137.

BEVERLEY L. et al. – Training and Action for Patient Safety: Embedding Interprofessional Education for Patient Safety Within an Improvement Methodology. *Journal of Continuing Education in Health Professions*, 2012. 32(2). pp. 80–89,

BISCAIA, A.; et al. – Política e gestão dos recursos humanos na saúde em Portugal - controvérsias. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, pp. 281-289. 2003

BORGES, M. N. B. – *Qualidade de Vida Relacionada com o Trabalho: Stresse e Violência Psicológica nos enfermeiros*. Maio 2012. Tese apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem, sob orientação da Professora Doutora Teresa de Jesus Rodrigues Ferreira.

BOTELHO, L. L. R. – *Aprendizagem Gerencial na Mudança em uma Organização Intensiva em Conhecimento*. Florianópolis. 2012. Tese apresentada a Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Doutor em Engenharia e Gestão do Conhecimento sob orientação do Professor Cristiano José Castro de Almeida Cunha.

BRANCO, A.; RAMOS, V. – Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista portuguesa de saúde pública*. Volume temático: 2, pp. 5-12. 2001.

BRESSAN, C. L. – *Mudança Organizacional: uma visão gerencial*. [Em linha] [Consul. 15 de Julho de 2013.]. Disponível em http://www.sottili.xpg.com.br/publicacoes/pdf/art_cie/art_25.pdf.

BRITO, G. F. e VERGUEIRO, W. – *As Learning Organizations e os profissionais da informação*. Perspect. cienc. inf., Belo Horizonte, v. 6, n. 2, p. 249 - 260, jul./Dez. 2001

CALIXTO, E. A. – Mudança Terminológica: Administração x Gestão. *Revista de Iniciação Científica da FFC*, v.8, n. 1, pp. 18-30. 2008.

CAMPO, L. – *O conceito e a necessidade de governação*. In *Governação dos Hospitais*. Cap. 1. 1ª Edição. Alfragide. Casa das letras. 2009.

CAMPOS, J. D. P. – *Contributos para a implementação dum modelo de gestão da qualidade num serviço de Tomografia Computorizada: uma análise prospectiva*. Évora/Lisboa. Dezembro 2011. Dissertação de Mestrado, sob orientação do Professor Doutor Carlos Alberto da Silva e sob coorientação do Professor António Abrantes.

CARDOSO, A. S. F. et al. – Coordenação de grupos na enfermagem – reflexões à luz de Pichon-Rivière. *Rev. Min. Enferm.*; 13(2). abr./jun., 2009. pp. 288-292

CARRIERI, A.P.; FERNANDES, M.E.R.; MARQUES, A.L. – *Elementos para a compreensão dos estudos de identidade em teoria organizacional*. In: CARRIERI, A.P.; SARAIVA, L.A.S.; ENOQUE, A.G.; GANDOLFI, P.E. *Identidade nas Organizações*. Curitiba: Juruá, 2010.

CARVALHO, L. M.G. – *Introdução à teoria geral da administração: caderno pedagógico para curso técnico em administração*. Maringá. 2008.

CARVALHO, P. – Mudança organizacional. Percursos e ideias, nº 1, 2ª serie. *Revista científica do ISCET*, 2009. pp. 81-89.

CASTRO, J. et al. – Satisfação profissional dos enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários: o caso do Centro de Saúde de Barcelos/Barcelinhos. *Rev Port Saúde Pública*. 29(2). 2011; pp. 157-172

CHIAVENATO, I. – *Introdução à teoria geral da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações*. 7ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

CHIAVENATO, I. – *Administração de materiais: uma abordagem introdutória*. Rio de Janeiro: Editora Campus/Elsevier. 2005.

CHIAVENATO, I. – *Recursos Humanos: O capital humano nas organizações*. São Paulo: Elsevier, 2009

COLLIS, J.; HUSSEY, R. – *Pesquisa em Administração (2 ed.)*. Porto Alegre: Bookman, 2005

Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde – Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. [Em linha] Setembro 1978. [Consult. 7 de Fevereiro de 2013.]. Disponível em <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>.

CRUZ, S. G.; FERREIRA, M. M. F. – Percepção da cultura organizacional em instituições públicas de saúde com diferentes modelos de gestão. *Rev. Enf. Ref.* vol. Ser III no.6. Coimbra. Março. 2012

CUNHA, A. P.; et al. – Atitude dos Enfermeiros face ao Sistema Informatizado de Informação em Enfermagem. *Referência*. III Série - n.º 1 - Jul. 2010. pp.7-16

DECRETO-LEI nº 11/1993. D.R. I Série. Nº 12 (93-01-15), pp. 129-134

DECRETO-LEI nº 27/2002. D.R. I Série. Nº 258 (02-11-08), pp. 7150-7154

DECRETO-LEI nº 28/2008. D.R. I Série. Nº 38 (08-02-22), pp. 1182-1189

DECRETO-LEI nº 56/79. D.R. I Série. Nº 214 (79-09-15), pp. 2357-2363

DECRETO-LEI nº 60/2003. D.R. I Série. Nº 77 (03-04-01), pp. 2118-2127

DECRETO-LEI nº 88/2005. D.R. I Série. Nº 107 (05-06-03), pp. 3606

DECRETO-LEI nº 104/98. D. R. I Série. Nº 104 (98-04-21), pp. 1739-1757

DECRETO-LEI nº 117/98. D.R. I Série. Nº 188/99 (99-05-10), pp. 2424-2435

DECRETO-LEI nº 122/2010. D.R. I Série. Nº 219/2010 (10-11-11), pp. 5099-5101

DECRETO-LEI nº 157/99. D.R. I Série. Nº 214 (79-09-15), pp. 2357-2363

DECRETO-LEI nº 161/96. D. R. I Série. Nº 205. (96-09-04), pp. 2959-2962.

DECRETO-LEI nº 247/2009. D.R. I Série. Nº 184/99 (09-09-22), pp. 6758-6761

DECRETO-LEI nº 254/82. D.R. I Série. Nº 147 (82-06-29), pp. 1897-1990

DECRETO-LEI nº 298/2007. D.R. I Série. Nº 161 (07-08-22), pp. 5587-5596

DECRETO-LEI nº 335/93. D. R. I Série. Nº 229 (93-09-29), pp. 5460-5466

DECRETO-LEI nº 413/71. D.R. I Série. Nº 228 (71-09-27), pp. 1406-1434

DECRETO-LEI nº 414/71. D.R. I Série. Nº 228 (71-09-27), pp. 1434-1447

DECRETO-LEI nº 437/91. D.R. I Série. Nº 257 (91-11-08), pp. 5723-5741

DEMING, W. E. – *Qualidade: a revolução da administração*. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva; 1990.

DESPACHO nº 9/2006. D.R. II Série. Nº 34 (06-02-16), pp. 1256-1258

DIAS, E. P. – Conceitos de Gestão e Administração: Uma Revisão Crítica. *Revista Eletrónica de Administração*, vol. 1. pp. 1-12. 2002

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. – Centros de Saúde da Terceira Geração. Manual para a mudança. Lisboa: Direção Geral da Saúde. 2002

- DONABEDIAN, A. – *The seven pillars of quality*. Arch Pathol. Lab Med. 1990
- DONABEDIAN, A. – *An introduction to quality assurance in health care*. R. Bashshur, Ed. New York: Oxford University Press. 2003
- ELLIS, N. e POMPILI, A. – *Quality of Working Life for Nurses: Report on qualitative research*. Austrália. 2002. [Em linha] [Consul. 17 de Maio de 2014.]. Disponível em [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/243EC4FE894250C0CA257BF0001DE886/\\$File/newnurse.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/243EC4FE894250C0CA257BF0001DE886/$File/newnurse.pdf).
- EQUIPAS REGIONAIS DE APOIO (ERA) – *Guia para aplicação do diagnóstico do desenvolvimento organizacional nas USF*. Abril, 2012.
- FERRAZ, D.; ALEXANDRE, H. – *Que espaço para uma cidadania ativa e participativa no contexto das reformas da Administração Pública em Portugal?* 6º Congresso Nacional da Administração Pública. Lisboa. 2008.
- FERREIRA, M. F. e SILVA, C. F. R. – Reformas da gestão na saúde – desafios que se colocam aos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série - n.º 8 – Dez. 2012. pp 85-93.
- FERREIRA, S. et al. – Os desafios aos atuais sistemas de saúde e o enquadramento regional. *Horizontes Sociais*, nº 2, pp. 137-152. 2002.
- FERREIRA, V. L. A. – *A satisfação profissional dos enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários no distrito de Braga*. Porto. 2011. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde sob orientação da Professora Doutora Maria Teresa Vieira Campos Proença e coorientação do Professor Doutor Pedro Augusto de Melo Lopes Ferreira
- FONTES, A. I. S. – *Satisfação profissional dos enfermeiros... Que realidade? Serviço de Cuidados Intensivos versus Serviço de Medicina*. Porto. 2009. Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre em Ciências da Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, sob orientação da Professora Doutora Manuela Martins.
- FORTIN, M. F. – *Fundamentos e etapas do Processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009.
- FRANÇA, V. M. – *Contributo da formação para o elevado desempenho organizacional. Um estudo de caso de uma entidade formadora*. Coimbra. 2013. Dissertação de Mestrado em Gestão apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

FREITAS, A. L. P. e SOUZA, R. G. B. – Um modelo para avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho em universidades públicas. *Revista Eletrônica Sistemas & Gestão*. 4 (2). 2009. pp. 136-154

GARCÍA, I. e SANTA-BÁRBARA, E. S. – Relação entre Estilos de Liderança e Bases de Poder das Enfermeiras. *Rev Latino-am Enfermagem* 2009 maio-junho; 17(3)

GALHANAS, C. R. G. – *A motivação dos recursos humanos nos novos modelos de gestão da administração pública*. Lisboa. 2009. Dissertação de Mestrado em Ciências Empresariais apresentada ao Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade Técnica de Lisboa, sob orientação do Professor Doutor Paulo Alexandre Guedes Lopes Henriques, Professor Auxiliar do Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade Técnica de Lisboa

GELBCKE, F.L., et al. – Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à enfermagem brasileira. *Revista Brasileira Enfermagem*, 62 (1), 2009. pp. 136-139

GOUVEIA, M. et al. – *Análise dos custos dos Centros de Saúde e do Regime Remuneratório Experimental*. Lisboa: Grupo de Trabalho da Associação Portuguesa de Economia da Saúde. 2006

GRAÇA, L. – *História da Saúde no Trabalho: 2.1. A Reforma da Saúde Pública no Virar do Século XIX*. 2000. [Em linha]. [Consul. 11 de Maio de 2014.]. Disponível em <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos16.html>.

GULLO, S.; GERSTLE, D. – *Transformational Leadership and Hospital Restructuring: A Descriptive Study*. Policy, Politics, & Nursing Practice, 2004. pp. 259-266.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) – Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos Cuidados de Saúde Primários [Em linha]. Lisboa: OE, edição portuguesa, 2008. [Consulta: 27 Jun. 2013] Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2008.pdf

JODAS, D. A. e HADDAD, M. C. L. – Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22(2):192-7.

JUNIOR, D. A. B., et al. – *Atividades Gerenciais do Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família*. 1, Jan/Abr 2011, Vol. 1, p. 41-50

KING, S. P. et al. – *Evaluation of the Person-Centered Care Essentials Program: Importance of Trainers in Achieving Targeted Outcomes*, *Gerontology & Geriatrics Education*, 32:4, 2011. 379-395

KRONE, D. et al. – Qualidade de vida no trabalho. *Anais da VI amostra científica do Cesuca*. V. 1, n.º 7. 2013.

KURCGANT, P. (coordenadora) – *Gerenciamento em Enfermagem*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2010

LYNN, H. M. – Needleless Connectors: Improving Practice, Reducing Risks. *Java*. Vol 16 No 1. 2011

MACGEE, J. V.; PRUSAK, L. – Administrando a informação sob perspectiva do processo. In: *Gerenciamento estratégico da informação: aumente a competitividade e a eficiência de sua empresa utilizando a informação como uma ferramenta estratégica*. Rio de Janeiro: Campus. 1994. pp. 107-127.

MACHADO, L. A. – Liderança Transformacional como componente da gestão de recursos humanos em organizações sociais. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente* 2 (1). nov-abr, 2011. pp. 69-85.

MACIEL, C. M. F. – *Mudança Organizacional e Liderança de Enfermagem*. s.l. : Universidade de Aveiro, 2011

MAGALHÃES, A. M. M. et al. – Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. *Rev Bras Enferm, Brasília*. 62 (4). 2009 jul-ago. pp. 608-612.

MALAGUTTI, W. – *Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado*. Editora Rubio. 2009

MARQUIS, B.; HUSTON, C. – *Administração e liderança em enfermagem*. 6ª edição. Porto Alegre: Artmed. 2010

MARTA, C. B. et al. – Gestão de Conflitos: Competência gerencial do enfermeiro. *Revista de pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. 2010. out/dez. 2(Ed. Supl.). pp. 604-608

MAXIMIANO, A. C. – *Teoria geral da administração: da revolução urbana à revolução digital*. 6ª edição. São Paulo: Atlas, 2010.

MCCABE, C.; TIMMINS, F. – *How nurse managers let down staff*. *Nursing Management*, 13 (3), 2006. pp. 30-35.

MELEIS, A. I. – *Transitions Theory Middle Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company, LLC. 2010.

MELEIS, A. I. – *Theoretical nursing: development and progress*. 5ª ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

MELO, M. e SOUSA, J. C. – Os Indicadores de Desempenho Contratualizados com as USF: Um ponto da situação no actual momento da Reforma. *Rev Port Clin Geral* 2011;27. pp. 28-34

MENEZES, M. H. V. F. – *Novos Modelos de Gestão Hospitalar: Liderança e Satisfação Profissional em Enfermagem*. Vila Real. 2010. Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde, sob orientação do Professor Doutor Vítor Manuel Costa Pereira Rodrigues.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Da Visão Estratégica aos Programas da Qualidade. *Missão Cuidados de Saúde Primários*, 2009.

MINTZBERG, H. – Managing as blended care. *Journal of Nursing Administration*. 24 (9), 1994. pp. 29-36.

MISSÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS. [Em linha]. [Consult. 5 de Abril de 2013.]. Disponível em <http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=32>

MOTTA, F. C. P.; VASCONCELOS, I. F. F. G. – *Teoria Geral da Administração*. São Paulo: Pioneira Thonson Learning, 2002

NASCIMENTO, D. C. – *Percepções de cultura e mudança organizacional*. Coimbra. 2009. Dissertação de Mestrado em Comunicação e Jornalismo, área de especialização em Comunicação e Jornalismo, apresentada à Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, sob orientação da Professora Doutora Isabel Cunha Ferine da Professora Doutora Leonor Lima Torres.

NEVES, F. S. e CASTRO, J. M. – A participação e o envolvimento dos servidores como fatores críticos para a implementação de um processo de mudança organizacional: um estudo de caso no governo do estado de Minas Gerais. *Vitoria/ES*. 28 a 30 novembro. 2010.

NEVES, M. A. – Intervenções de enfermagem: razões e bases da tomada de decisão pelas enfermeiras. *Pensar Enfermagem*. Vol.9, Nº2, 2005, pp.2-13

NOGUEIRA, L. – *Gerenciando pela qualidade total em saúde*. 3ªed, Nova Lima: Instituto de Desenvolvimento Gerencial (INDG). 2008

NOWAK, M.; BICKLEY, M. – Nurses' voices. *Australian bulletin of labour*, 31, pp.2005. 407-425.

NZINGA, J. et al. – Service delivery in Kenyan district hospitals – what can we learn from literature on mid-level managers? *Human Resources for Health* 2013, pp.11-10

OPSS. – *Relatório de primavera 2007 – Luzes e sombras: A governação em saúde*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra. 2007

OPSS. – *Relatório de primavera 2009 – 10/30 anos: razões para continuar*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra. 2009

PEIXOTO, M. K. A. V. – *Perspectivas para o trabalho em equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva*. Goiânia. 2012. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem sob orientação da Professora Dr^a Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira.

PEREIRA, E. P. P. – *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado: relevância da definição dos cuidados prestados*. Porto. 2011. Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto sob orientação da Professora Doutora Cândida Pinto e coorientação da Mestre Susana Regadas.

PINTO, C.A.M., et al. – *Fundamentos de gestão*. Lisboa: Editorial Presença. 2006

PISCO, L. – *Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde*. Foz do Arelho : Ciência & Saúde Coletiva, 2011, Vol. 16 (6). pp. 2841-2852.

POLIT, D. F; BECK, C.T.; HUNGLER, B. P. – *Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Métodos, avaliação e utilização*. 5^a ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTAL DA SAÚDE – *História do Serviço Nacional de Saúde*. [Em linha] Fevereiro de 2010. [Consul. 13 de Outubro de 2013.]. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>

PORTARIA n.º 301/2008. D.R. I Série. Nº 77 (08-04-18), pp. 2278-2281

PORTARIA n.º 1368/2007. D.R. I Série. Nº 201 (07-10-18), pp. 7655-7659

QUES, A. A. M. et al. – Strengths and Threats Regarding the Patient's Safety: Nursing Professionals' Opinion. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010 May-Jun; 18(3):339-45

QUIVY, R. e CAMPENHOULDT, L. V. – *Manual de Investigação em Ciências*. França : Gravidia, Outubro 2005.

REVEZ, S. C. – *Reabilitação no internamento hospitalar: prospectiva na dinâmica de actores. Implementação da governação clínica num hospital E.P.E*. Évora/Lisboa.

Março 2011. Dissertação de Mestrado, sob orientação do Professor Doutor Carlos Alberto da Silva e sob coorientação do Professor Doutor Joaquim Fialho.

RIBEIRO, C. M. P. – *Mudança Organizacional e Sistemas de Informação na Saúde*. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Março 2009. Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde sob orientação do Professor Doutor Albino Lopes.

RIBEIRO, J. M. S. – *Autonomia profissional dos enfermeiros*. Porto. 2009. Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto sob orientação do Professor Doutor Manuel Alves Rodrigues, coordenador com Agregação, ESEnfC.

RIBEIRO, J. – *Metodologia de Investigação*. 3ª Edição. Porto. 2010

ROCHA, J.A.O. – *Gestão da qualidade*. Lisboa, ed Escolar editora 2ªed. 2011

ROMAN, D. J. et al. – Fatores de competitividade organizacional. *Vitória-ES*. v.9, n.1. Jan-Mar 2012. pp. 27-46

SALES, J. M. – *Gestão da Mudança Organizacional: A mudança organizacional na força de trabalho do Ministério da Saúde*. Ceilândia. 2009. Monografia apresentada como requisito parcial para aprovação na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, do curso de Administração da Faculdade Cenecista de Brasília, sob orientação da Profª Doutoranda Lucineide Cruz.

SANTOS, J. L. G. et al. – Governança em enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Rev. esc. enferm. USP* vol.47 n.º6. São Paulo. Dezembro 2013. pp. 1417-1425.

SCHERER, M. D. A. et al. – Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Revista Saúde Pública*, 43(4), 2009. pp. 721-25

SEIXO, J.M. - *Gestão administrativa dos recursos humanos*. Lisboa: Lidel. 2009.

SOUZA, M. G. S. et al. – Pesquisa sobre mudança nas organizações: a produção Brasileira em micro comportamento organizacional. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*. 9, 2, jul-dez 2009. pp. 32-46.

SPAGNOL, C.A. – (Re)pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (19). 2005. pp. 119-127.

VIZEU, F. – Uma aproximação entre liderança transformacional e teoria da ação comunicativa. *Ram, Rev. Adm. Msckenzie*, v. 12, n. 1 • São Paulo, Jan./Fev. 2011. pp. 53-81.

SOUSA, P. A. F. – O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paul Enferm* 2009; 22(Especial - 70 Anos). pp. 884-894.

STREUBERT, H.; CARPENTER, D. – *Investigação Qualitativa em Enfermagem: avançando o imperativo humanista*. 5ª ed. Loures: Lusodidacta, 2011

TAJRA, S. F. – *Gestão Estratégica na Saúde*. 2ª edição. São Paulo. Iátria. 2007.

TAVARES, M. V. T. – *A gestão das pessoas: novos rumos desta função nas organizações*. Lisboa. Universidade Lusíada Editora. 2010.

USF-AN – Unidades de Saúde Familiar – Associação Nacional. [Em linha]. [Consult. 8 de Julho de 2013.]. Disponível em <http://www.usf-an.pt/index.php/unidades>

VARGAS, M. C. F. – *Gestão de conflitos e desgaste profissional no bloco operatório*. Lisboa. 2010. Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Comunicação em Saúde, sob a orientação do Professor Doutor Jorge Correia Jesuíno

WERNECK, P. – *Teoria Geral da Administração*. 2.ed. - Rio de Janeiro. 2005.

ANEXOS

Anexo I – Guião da Entrevista

Guião da Entrevista

Fases	Objetivos	Formulário de questões
Legitimação da entrevista	• Legitimar a entrevista • Informar sobre contexto da investigação, tema e objetivos • Motivar os participantes • Garantir a confidencialidade da informação recolhida	• Informar os participantes sobre o estudo • Assegurar a confidencialidade • Disponibilizar e assinar consentimento informado • Pedir autorização para gravar em áudio
Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes	• Caracterizar os participantes quanto a dados sociodemográficos e profissionais	• Inquirir acerca de sexo (masculino ou feminino), idade e estado civil (solteiro, casado, divorciado ou viúvo) • Inquirir acerca da formação académica: licenciatura, pós-graduação, especialidade, mestrado ou outra • Inquirir se os participantes têm formação específica na área de gestão • Inquirir acerca da experiência profissional, nomeadamente: tempo de exercício na profissão, tempo de serviço na instituição, tempo de serviço no serviço atual e tempo de serviço em CSP • Inquirir se os participantes desempenham ou desempenharam algum cargo relacionado com gestão de serviços
Perceção sobre o novo modelo de gestão	• Identificar a perceção dos enfermeiros sobre o modelo de gestão implementado nas USF	• Descreva como funciona para si o novo modelo de gestão implementado nas USF
Impacto na prática do novo modelo de gestão	• Descrever a perceção dos enfermeiros sobre o impacto do modelo de gestão das USF, nas suas práticas	• Que impacto teve na sua prática o novo modelo de gestão implementado nas USF?
Expectativas associadas ao novo modelo de gestão	• Descrever a perceção dos enfermeiros sobre a concretização das expectativas associadas ao novo modelo de gestão das USF	• Considera que as suas expectativas associadas ao novo modelo de gestão das USF foram concretizadas?
Expectativas futuras relacionadas ao novo modelo de gestão	• Descrever as expectativas futuras dos enfermeiros relativas ao modelo de gestão das USF	• Quais as suas expectativas futuras relativas ao novo modelo de gestão das USF?
Diferenças entre os dois modelos de gestão vivenciados	• Descrever as implicações na prática, decorrentes dos diferentes modelos de gestão vivenciados pelos enfermeiros	• Quais as diferenças que sentiu na prática decorrentes dos dois modelos de gestão vivenciados antes e após a implementação das USF?
Fatores facilitadores e inibidores do processo de mudança organizacional	• Descrever os principais fatores facilitadores ou inibidores do processo de mudança organizacional manifestados pelos enfermeiros perante a experiência com o novo modelo de gestão desenvolvido nas USF	• Que fatores identifica como facilitadores ou inibidores do processo de mudança organizacional perante a experiência com o antigo e com o novo modelo de gestão desenvolvido nas USF?

Anexo II – Consentimento Informado

Informação aos participantes.

Aurora Margarida Pereira Bastos, mestranda do Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, encontra-se a realizar o estudo “Novo Modelo de Gestão nas Unidades de Saúde Familiar: a percepção dos enfermeiros”. Através deste documento pretende-se que os potenciais participantes neste estudo se encontrem dotados de informações completas para que possam decidir de forma consciente e esclarecida sobre a sua participação no estudo. Esta é voluntária e da não participação não advêm quaisquer consequências negativas para o participante.

O estudo tem como objetivos:

- Identificar a percepção dos enfermeiros sobre o modelo de gestão implementado nas USF;
- Descrever a percepção dos enfermeiros sobre o impacto do modelo de gestão das USF, nas suas práticas;
- Descrever a percepção dos enfermeiros sobre a concretização das expectativas associadas ao novo modelo de gestão das USF;
- Descrever as expectativas futuras dos enfermeiros relativas ao modelo de gestão das USF;
- Descrever as implicações na prática, decorrentes dos diferentes modelos de gestão vivenciados pelos enfermeiros;
- Descrever os principais fatores facilitadores ou inibidores do processo de mudança organizacional manifestados pelos enfermeiros perante a experiência com o novo modelo de gestão desenvolvido nas USF.

O estudo é dirigido a enfermeiros que cumpram os seguintes critérios de inclusão:

- Enfermeiros a exercer atualmente funções numa USF;
- Ter tido experiência anterior com outro modelo de gestão em CSP;
- Não pertencer ao conselho técnico da USF e/ou assumir funções de gestão.

Além destes critérios, os enfermeiros participantes terão de aceitar livremente participar no estudo, pelo que será solicitada colaboração numa entrevista semi-estruturada.

Todos os custos inerentes ao processo de investigação serão suportados pela investigadora.

A confidencialidade dos dados será mantido através da codificação das entrevistas. Os relatos colhidos por gravações serão posteriormente transcritos com fidelidade para o papel, sem identificação nominal do participante. Os dados destinam-se exclusivamente para uso do estudo e no final do mesmo serão destruídas todas as gravações.

Para qualquer esclarecimento adicional, poderá contactar-me por e-mail, telefone e/ou pessoalmente.

Agradeço desde já a sua participação

Aurora Margarida Pereira Bastos

Contactos da investigadora:

e-mail: aurora_bastos@hotmail.com

USF Lagoa: 229568520

Declaração de Consentimento Informado

O estudo “Novo Modelo de Gestão nas Unidades de Saúde Familiar: a percepção dos enfermeiros”, a desenvolver no âmbito do Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem, pela Enfermeira Aurora Margarida Pereira Bastos, tem como objetivos:

- Identificar a percepção dos enfermeiros sobre o modelo de gestão implementado nas USF;
- Descrever a percepção dos enfermeiros sobre o impacto do modelo de gestão das USF, nas suas práticas;
- Descrever a percepção dos enfermeiros sobre a concretização das expectativas associadas ao novo modelo de gestão das USF;
- Descrever as expectativas futuras dos enfermeiros relativas ao modelo de gestão das USF;
- Descrever as implicações na prática, decorrentes dos diferentes modelos de gestão vivenciados pelos enfermeiros;
- Descrever os principais fatores facilitadores ou inibidores do processo de mudança organizacional manifestados pelos enfermeiros perante a experiência com o novo modelo de gestão desenvolvido nas USF.

O estudo é dirigido a enfermeiros a exercer atualmente funções numa USF, que tenham tido experiência anterior com outro modelo de gestão em CSP, que não pertençam ao conselho técnico da USF e/ou assumam funções de gestão e que aceitem livremente participar no estudo.

Será solicitada a sua colaboração numa entrevista semi-estruturada a realizar no seu local de trabalho, pela investigadora.

Todos os custos inerentes ao estudo serão suportados pela investigadora. Não existe encargo para os participantes.

A confidencialidade dos dados será garantida. Os dados destinam-se exclusivamente para uso do estudo e no final do mesmo serão destruídas todas as gravações.

Considero que os objetivos e os procedimentos do estudo foram corretamente elucidados. Ficou claro a garantia de confidencialidade e a possibilidade de qualquer esclarecimento permanente. Aceito voluntariamente participar neste estudo e conheço a possibilidade de retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo.

Matosinhos, de de 2013

Assinatura do Participante:

Assinatura da Investigadora:
