



Universidade Nova de Lisboa

COMPETÊNCIAS DE GESTÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE:

Estudo das percepções dos Directores Executivos dos
Agrupamentos dos Centros de Saúde no contexto da Reforma dos
Cuidados Primários.

Claudia Leone

JUNHO, 2011



Universidade Nova de Lisboa

COMPETÊNCIAS DE GESTÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE:

Estudo das percepções dos Directores Executivos dos
Agrupamentos dos Centros de Saúde no contexto da Reforma dos
Cuidados Primários.

Claudia Leone

JUNHO, 2011

Orientador: Professor Dr. Luís Lapão

Co-Orientador: Professor Dr. Gilles Dussault

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Saúde e Desenvolvimento, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Luís Lapão e do Professor Doutor Gilles Dussault.

AGRADECIMENTOS:

O processo desta tese marcou de uma forma muito especial a minha, até agora, breve história neste país. Significou mais que uma mera aprendizagem e aplicação das ferramentas aprendidas durante as aulas de Mestrado, foi todo um estilo de vida.

Uma vez acabado este percurso, é inevitável pensar nas pessoas que participaram neste processo me acompanharam, directa ou indirectamente, nos melhores e piores momentos.

Em primeiro lugar, quero e devo agradecer aos meus orientadores, o Professor Luís Lapão e o Professor Gilles Dussault pelo seu constante apoio e disponibilidade de tempo.

Agradeço aos meus professores do Mestrado, a Professora Isabel Craveiro e em particular ao Professor Bruno de Sousa, que mesmo não sendo o meu orientador, sempre esteve disponível para esclarecimento de dúvidas e apoio.

Agradeço ainda aos meus colegas de Mestrado pelo acompanhamento e partilha de experiências, à AGO pela colaboração e apoio oferecidos e muito especialmente ao meu João, pela paciência, constante apoio, carinho, e também pelo português.

RESUMO:

Num contexto de mudança organizacional, a crescente complexidade do sector da Saúde representa grandes desafios para aqueles que nela assumem actualmente as funções de gestão. Existe cada vez mais consenso de que a aposta na qualidade da força de trabalho em Saúde é um factor crítico para o sucesso de qualquer tipo de Reforma da Saúde. Partindo destas premissas, o objectivo desta investigação é estudar as percepções dos 73 Directores Executivos (DE) dos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES) em Portugal na dimensão de conhecimentos, habilidades e atitudes, para assim obter um diagnóstico que permita perceber a sua contribuição como gestores no processo de Reforma dos Cuidados de Saúde Primários.

O estudo realiza-se em dois períodos, sendo o ponto de partida os dados de 2008 referentes ao início da função dos DE e os dados de 2009, após a participação no curso PACES, o ponto de comparação. Através de uma abordagem e metodologia de tratamento de dados essencialmente quantitativa, foram determinadas certas conclusões que permitem obter uma primeira aproximação a evolução dos perfis de gestores destes DE e a sua coerência com as recomendações realizadas pela Literatura.

Apesar de depois de um ano certas mudanças poderem ser observadas, a falta de ênfase na importância das pessoas certas nos lugares certos pode-se vir a converter num factor comprometedor. Num cenário onde a maioria dos DE são médicos de profissão com escassa formação em gestão, o desenvolvimento de competências de gestão e liderança é fundamental. A realidade dos ACES e os desafios enfrentados pelos seus líderes devem ainda ser mais explorados. No entanto, para facilitar a mudança e avançar na integração dos serviços de Saúde e eficiência necessária, deve-se focar no factor mais determinante de uma organização: as suas pessoas. Estudar as suas necessidades de gestão e as suas competências permite aproveitar melhor as oportunidades inerentes a um processo de mudança.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão; Liderança; Competências; Conhecimentos; Habilidades; Atitudes; Reforma dos Cuidados Primários; Directores Executivos; ACES; Portugal.

ABSTRACT:

In an organizational change context, the increasing complexity of the health sector generates major challenges for managers. The quality of the workforce is one of the primary determinants of the success of a change process, considering the increasing consensus on the relationship between the performance of the workforce and the performance of an organization. The objective of this study is to explore and analyze the perceptions of the 73 ACE'S Executive Directors (DE) regarding the three dimensions of management and leadership competencies, Knowledge, Skills and Attitudes, in order to obtain a clearer diagnosis for a better understanding of their contribution to the current Primary Care Reform in Portugal.

The context of this study covers two periods of time, before and after a one-year management and leadership training (PACES), during which the data was collected and analyzed. Through a statistical and exploratory method, combined with a qualitative approach, it was possible to create the necessary criteria to obtain a first picture of the DE profiles evolution and to assess its coherence with the literature recommendations.

Even though after a year some changes could be noticed, the lack of emphasize in the importance of having the right people in the right places could be an important obstacle the success of the reform. In this scenario, the reinforcement of leadership and management skills, where most of the DE are physicians with little managerial experience, is essential. The reality of the ACES and the challenges that their formal leaders are facing are yet to be researched. However, in order to facilitate change and move forward to health services efficiency it is needed to focus on the organization's determinant factor: their people. Studying their managerial needs and actual management competencies, it becomes more possible to take the opportunities that come along with a changing process.

KEY WORDS: Management; Leadership; Competences; Knowledge; Skills; Attitudes; Primary Care Reform; Executive Directors; ACES; Portugal.

ÍNDICE:

LISTA DE GRÁFICOS.....	V
LISTA DE TABELAS.....	VI
LISTA ABREVIATURAS E SIGLAS.....	VII
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. PROBLEMÁTICA.....	4
3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	13
3.1- As Organizações de Saúde: as suas características, importância e desafios.....	13
3.2- A relação do desempenho entre os profissionais da gestão na área da Saúde e as Organizações de Saúde.....	21
3.3- Necessidades dos PdS num contexto de mudança organizacional.....	29
3.4- As competências essenciais do perfil de um gestor de serviços de Saúde.....	39
4. QUADRO CONCEPTUAL.....	48
5. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO.....	51
6. OBJECTIVOS.....	51
7. HIPÓTESES.....	52
8. DESENHO DO ESTUDO.....	53
9. MATÉRIAS E MÉTODOS.....	57
9.1- Metodologia de Recolha de dados.....	57
9.2- Metodologia de análise dos dados.....	60
10. RESULTADOS.....	73
11. DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	93
12. CONCLUSÕES.....	104
13. BIBLIOGRAFIA.....	109
14. ANEXOS.....	116

LISTA DE GRÁFICOS:

Gráfico 1: Organigrama dos ACES.....	6
Gráfico 2: Conteúdos do Programa PACES.....	8
Gráfico 3: <i>Competing Value Framework</i>	36
Gráfico 4: Cultura Organizacional agregada dos ACES em 2008 e 2009.....	89
Gráfico 5: Cultura Organizacional por categorias dos ACES em 2008 e 2009.....	91

LISTA DE TABELAS:

Tabela 1: Frequências sobre o perfil dos DE dos ACES.....	74
Tabela 2: Frequência - <i>frequentou alguma acção de formação de gestão?</i>	74
Tabela 3: Frequência sobre o <i>tempo que os DE estão a trabalhar na saúde</i>	74
Tabela 4: Frequência - <i>experiência prévia na coordenação de um Centro de Saúde</i>	74
Tabela 5: Frequência pergunta <i>em que medida pensa que gostará (o não) de ser DE?</i>	75
Tabela 6: Percepção ideal de DE/ Líder.....	77
Tabela 7: Frequência e % de respostas dos Conhecimentos percebidos pelos DE.....	79
Tabela 8: Pontuação dos critérios específicos e do critério geral dos Conhecimentos.....	79
Tabela 9: Frequência e % de respostas sobre as Habilidades percebidos pelos DE.....	80
Tabela 10: Pontuação dos critérios específicos e do critério geral das Habilidades.....	81
Tabela 11: Frequência e % de respostas sobre as Atitudes percebidos pelos DE.....	82
Tabela 12: Pontuação dos critérios específicos e do critério geral das Atitudes.....	82
Tabela 13: Frequência e % - Conhecimentos percebidos dos DE (2009).....	83
Tabela 14: Pontuação dos critérios específicos e geral dos Conhecimentos (2009).....	83
Tabela 15: Frequência e % de respostas - Habilidades percebidos dos DE (2009).....	84
Tabela 16: Pontuação dos critérios específicos e geral das Habilidades (2009).....	84
Tabela 17: Frequência e % de respostas - Atitudes percebidos dos DE (2009)	85
Tabela 18: Pontuação dos critérios específicos e geral das Atitudes (2009)	85
Tabela 19: Pontuações dos Critérios gerais e específicos 2008 e 2009.....	86
Tabela 20: Frequências perguntas do Modelo OCAI.....	88
Tabela 21: Percentagem das categorias do Modelo OCAI.....	89
Tabela 22: Somatório das percentagens das Culturas Modelo OCAI.....	89

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS:

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
AGO	Associação Garcia da Orta
CHA	Conhecimentos, Habilidades e Atitudes
CS	Centros de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DE	Directores/as Executivos/as
IHMT	Instituto de Higiene e Medicina Tropical
MCSP	Missão dos Cuidados de Saúde Primários
OMS	Organização Mundial da Saúde
OS	Organizações de Saúde
PACES	Programa de Gestão para os Agrupamentos dos Centros de Saúde
PdS	Profissionais de Saúde
RH	Recursos Humanos
RCSP	Reforma dos Cuidados de Saúde Primários
SRS	Sub-Regiões de Saúde
USF	Unidades de Saúde Familiar
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
URAP	Unidade de Recursos Assistências Partilhados
USF	Unidades de Saúde Familiar
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
USP	Unidades de Saúde Pública
IQ	Primeiro Questionário (2008)
IIQ	Segundo Questionário (2009)

1. INTRODUÇÃO

O Sistema de Saúde de um país deve evoluir em conjunto com a sua sociedade para assim responder eficazmente aos crescentes desafios da Saúde. Neste sentido, o mapa organizacional da Saúde em Portugal foi alterado com a Reforma para os Cuidados de Saúde Primários (RCSP) em 2008.

Antes da RCSP, a estrutura dos Cuidados Primários baseava-se em 14 Sub-Regiões de Saúde e 351 Centros de Saúde. O Dec-Lei 28/2008 criou os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) que vieram substituir as Sub-Regiões de Saúde (SRS), agrupando estes centros em 73 Unidades no território nacional, onde o Director Executivo (DE) passou a ser considerado como o seu principal representante.

Esta viragem nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) constituía-se em duas fases: numa primeira fase na qual as Unidades de Saúde Familiar (USF) - unidade funcional multi-profissional, com autonomia funcional e técnica com o objectivo de prestar Cuidados de Saúde Primários personalizados (Decreto-Lei 23/2006 de 2 de Fevereiro) - iram-se constituir voluntariamente e numa segunda fase, onde a mudança estrutural ir-se-ia implementar com a criação dos ACES e eliminação das SRS.

Através do surgimento das USF em 2006, este processo começou a obter ganhos em relação a uma melhor cobertura com maior equidade (Pisco, 2007; Ramos, 2007). No entanto, e sobretudo na segunda fase da Reforma iniciada em 2008, o processo tem na realidade admitido grandes desafios. Para além da ainda pouca maturidade da Reforma, revelam-se problemas próprios do processo para o funcionamento dos novos ACES. Entre eles, a falta de Recursos Humanos (RH) capacitados nas diferentes áreas (Gestão e Clínica), a falta de autonomia financeira e a existência núcleos de profissionais que representam obstáculos no desempenho destas organizações, visto continuarem ligados a esquemas tradicionais hierarquizados e de poder (Lapão, 2010).

Da mesma forma, os ACES, como as unidades que têm que mediar e lidar entre as unidades funcionais próximas ao cidadão (Unidade de Cuidados na Comunidade, Unidade de Saúde Pública, entre outras) e as organizações dirigentes como as ARS,

encontram-se a funcionar num cenário novo, o qual implica uma adopção de novas tarefas, condições e, sobretudo, novas competências e atitudes por parte de seus funcionários.

Em síntese, trata-se da implementação de uma nova cultura de trabalho que vem contrariar uma larga tradição de práticas próprias da Administração Pública, na qual existe não só muita pressão para começar a obter resultados positivos, medir os diferentes processos e avanços que decorrem; mas também ainda desconhecimento em relação à forma mais adequada de gerir os processos de mudança com os recursos disponíveis. Este contexto de mudança compromete assim um processo no qual as antigas e as novas tendências que se pretendem implementar, nem sempre encontram climas de consenso.

É neste contexto, governado pela incerteza, que se fundamenta o consenso sobre o valor e importância da força de trabalho em Saúde para qualquer tipo de Reforma (Dussault, 2007), pois dela depende o desempenho de qualquer organização (Dussault, 1994). Esta reflexão valida a importância das políticas de RH na Saúde e as medidas concretas de gestão, entre elas a liderança, que criem as condições necessárias e a motivação do pessoal de Saúde com os meios para aprenderem, adaptarem-se e combinarem perspectivas orientadas para o doente (WHO, 2008). O valor destas medidas revela-se, em primeiro lugar, na selecção e adequação das competências dos Profissionais de Saúde (PdS) aos cargos e funções e, em segundo lugar, na sua capacidade de substituir um tipo de gestão autoritária, estabelecendo um processo de comunicação e de envolvimento dos profissionais nas actividades que podem ter mais impacto para ultrapassar obstáculos.

De forma geral, a falta de consenso sobre o que significa uma gestão e uma liderança de qualidade e sobre o seu possível impacto sobre a gestão dos RH, resultam em perdas de capital humano e recursos financeiros, numa desadequação dos esforços de capacitação aos PdS e numa hierarquização de valores e práticas que, numa última instância, não dão prioridade ao cidadão (Dickson, 2009). Em Portugal, apesar do reconhecimento destes aspectos e, do compromisso implícito de fortalecer os CSP para

melhorar a oferta de serviços ao cidadão, denota-se que esta problemática tem sido ainda pouco analisada de forma sistemática (Dussault & Fronteira, 2010).

Assim, nesta investigação, tendo em conta a responsabilidade dos ACES face ao desempenho da Reforma, os desafios para a gestão dos seus DE e, sobretudo, a falta de documentação deste processo ainda recente, desperta-se a necessidade de explorar melhor as questões seguintes. Em primeiro lugar, tentar responder como é o perfil dos DE dos ACES (quais as suas competências) e, paralelamente, tentar perceber quais são as necessidades da gestão neste processo de RCSP, para logo, finalmente, avaliar a sua adequação e perceber que aspectos podem ser reforçados para um melhor desempenho.

Com a finalidade de responder a estas questões, pretende-se estudar de forma específica as percepções dos 73 DE dos ACES quanto às suas competências em gestão e liderança nas suas dimensões de conhecimentos, habilidades e atitudes. O estudo será realizado através dos dados que oferecem os questionários aplicados a estes DE (ao início da sua função e um ano após) no âmbito de um projecto da AGO/IHMT (Lapão, 2008) de acompanhamento de um Programa Avançado de Gestão para Directores Executivos dos ACES (PACES). Logo, tendo em conta os desafios que estes gestores estão a enfrentar no contexto actual da Reforma e as recomendações e modelos teóricos sobre as competências essenciais nos gestores na Saúde, vai ser possível avaliar a adequação e evolução das percepções dos DE face as suas competências de gestão desde o início das suas funções até depois de terem participado no curso PACES, para assim determinar se as evoluções identificadas se encontram na direcção da melhor compreensão do que é necessário para implementar a presente RCSP com sucesso.

As pessoas são a infra-estrutura de uma organização e, uma infra-estrutura efectiva refere-se às pessoas certas nos sítios certos (Filerman, 2003). Os DE dos ACES estão na primeira linha da Reforma, e têm uma grande responsabilidade, não só em relação ao Sistema de Saúde, mas também para com os cidadãos, que são a razão da sua existência. Identificar de que forma é possível fortalecer as suas competências como gestores pode ser factor fundamental para avançar e alcançar os desafios previstos e aproveitar as oportunidades que surgem nos processos de mudança.

2. PROBLEMÁTICA

A literatura indica que os problemas relacionados com os RH na Saúde são próprios de um contexto num período de tempo específico, portanto, as políticas para os resolver devem ser desenhadas de acordo as circunstâncias específicas de cada país (Dussault & Fronteira, 2010). Em Portugal, a documentação relativa à problemática a estudar nesta investigação é ainda consideravelmente escassa. Isto deve-se não só ao facto da Reforma ser recente, mas também à falta de análise sistemática sobre a realidade que envolve os desafios da gestão dos DE dos ACES e a sua adequação às exigências e necessidades da Reforma para, por sua vez, responder às necessidades da população. Desta forma, considera-se pertinente uma descrição do contexto e da problemática que motiva esta investigação, pois um estudo do contexto e das suas características é a base para futuros planeamentos e desenvolvimento de estratégias (Dussault & Fronteira, 2010).

No Programa XVII do Governo, encontra-se explicitamente declarado que os CPS são o pilar central do Sistema de Saúde, e que os Centros de Saúde são a base institucional da atenção primária sanitária (Pisco, 2007; WHO, 2008). Na sequência deste Programa, o Conselho de Ministros resolveu (Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005, de 22 de Setembro de 2005, publicada no Diário de República a 12 de Outubro) criar na dependência do Ministério da Saúde, a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), para a condução do projecto de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos Centros de Saúde em ACES e a implementação das USF. Tratava-se de um novo modelo de governação da Saúde.

Assim, desde o 2005, Portugal ensaia com o lançamento da RCSP (JMF, 2008). Mas, tendo em conta as dificuldades inerentes a um processo de mudança, a RCSP foi planificada em duas fases: em primeiro lugar em 2006, um processo voluntário de adesão à constituição das USF, em pequena escala mas com a quantidade de unidades suficientes para provar a eficácia do modelo, e numa segunda fase, na qual as SRS seriam eliminadas e os CS agrupados criando os ACES (JMF, 2008).

Nesta segunda fase, começava-se a revelar que o processo de mudança organizacional, apesar de contar com apoio político e entusiasmo dos seus coordenadores, ia enfrentar obstáculos, tanto em termos de adesão, de tomada de decisões como de implementação (Pisco, 2008). O processo atrasou-se cerca de um ano, e um dos principais motivos foi a selecção e nomeação dos dirigentes dos ACES (Pisco, 2008), aspecto considerado como dos mais polémicos da Reforma.

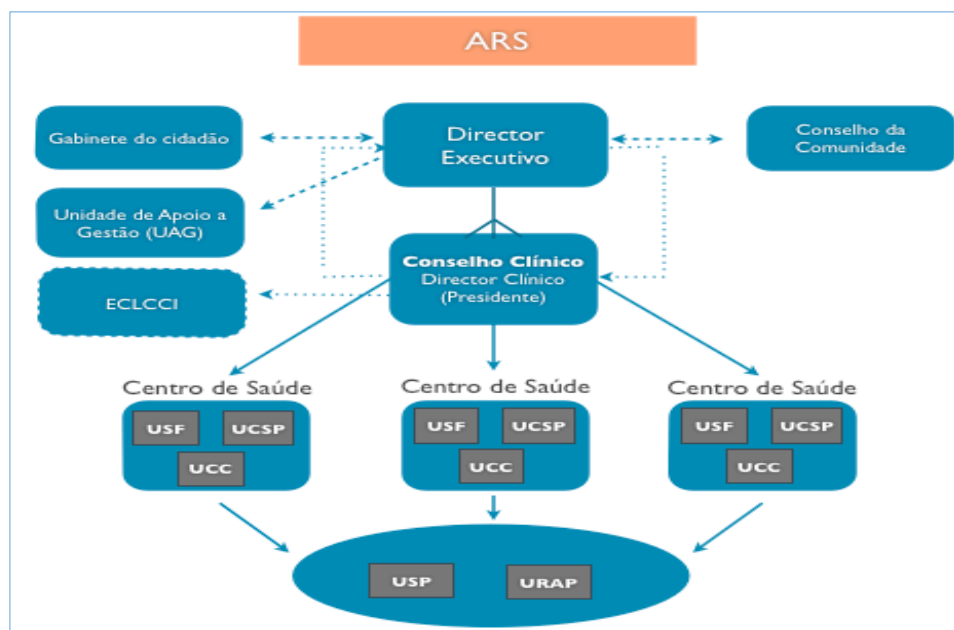
A discussão surgia em torno ao perfil destes responsáveis e a forma da sua selecção, a qual não passava por concurso público. Apesar de desde o início, a MCSP ter definido com muita clareza o perfil dos DE dos ACES, o processo de selecção dos mesmos, não fazia parte das suas competências. De acordo com a lei, este responsável iria ser designado pelo Ministro da Saúde, sobre proposta do Conselho Directivo da respectiva ARS, sendo apenas essencial que tivesse completado uma licenciatura. Os requisitos preferenciais apontavam para competência demonstrada no exercício de funções de coordenação e gestão de equipas, principalmente na área da Saúde, ou de formação em administração ou gestão na mesma área (Dec-Lei 28/2008).

O processo que deu passo à criação dos ACES teve efeitos a partir de dia 1 de Março de 2009, através do Decreto-Lei n.º 28/2008, publicado no 22 de Fevereiro de 2008. A lei estipulou o número máximo de 74 unidades, as quais iriam ser definidas de acordo com a proposta fundamentada das ARS, em portaria conjunta assinada pelos responsáveis governativos das áreas das Finanças, Administração Pública, Administração Local e Saúde (JMF, 2008). A delimitação geográfica enquadra-se na divisão estatística NUTS III, com a obrigação de cada ACES integrar entre 50 mil a 200 mil utentes inscritos (Decreto-Lei 28/2008). Concertaram-se 73 ACES no total e portanto, 73 DE tinham que ser seleccionados.

Estas estruturas administrativas não se revelam como unidades autónomas nem em termos financeiros nem em termos de contratualização de RH. Cada um dos ACES é responsável pelo reporte à ARS correspondente, que tem a responsabilidade de planificação e distribuição dos recursos. Os serviços que se oferecem dentro da jurisdição de cada ACES são geridos por uma equipa composta pelo seu Director

Executivo, um Conselho Clínico, o qual pode variar em número de membros, mas que representam diferentes grupos profissionais, e uma Unidade de Apoio à Gestão. A dinâmica do seu funcionamento deve portanto encontrar entendimento entre estas três entidades, sendo o responsável principal o DE. Da mesma forma, cada ACES é composto por cinco unidades, as quais em definitiva conformam o sistema dos Cuidados Primários em Portugal (Gráfico 1). Estas unidades são as seguintes: Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), que prestam cuidados de Saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário; Unidade de Recursos Assistências Partilhados (URAP), que prestam serviços de consultadoria e assistenciais e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares; Unidades de Saúde Familiar (USF), que são pequenas unidades operativas dos CS com autonomia funcional e técnica; Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), que prestam cuidados de Saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica; e, Unidades de Saúde Pública (USP), as quais funcionam como observatórios de Saúde da área geo-demográfica dos ACES.

Gráfico 1: Organigrama dos ACES



Fonte: <http://www.mcsp.min-saude.pt>

A Administração Pública, consciente dos desafios dos ACES, avançou com uma iniciativa coordenada pela MCSP para oferecer formação específica a estes DE, direccionada para os cargos que iriam ocupar. Este curso foi denominado PACES: um programa avançado em gestão, governação clínica, liderança e tecnologias de informação para os ACES, com o objectivo de contribuir ao processo de mudança organizacional. O desenho do programa teve em consideração o Decreto-lei que previa as atribuições e responsabilidades dos DE e as seguintes presunções e premissas:

- A complexidade da RCSP requer uma liderança forte por parte dos seus gestores (Plsek & Wilson 2001; Lapão, 2008b) assim como também programas contínuos e prolongados no tempo (Bass, 1990; Alimo-Metcalfe & Lawler, 2001);
- A importância do *action-training* (Lapão, 2008a), focada na resolução de problemas (Mintzberg, 1989, 2006), respondendo de forma específica às necessidades face ao desenvolvimento e implementação dos ACES;
- A necessidade de uma perspectiva inovadora da gestão (Hamel, 2006) para lidar com os obstáculos burocráticos do presente sistema de saúde;
- A necessidade de treinar métodos para desenvolver competências cognitivas e interpessoais (Arthur et al. 2003; Alimo-Metcalfe & Alban-Metcalfe, 2005);
- O foco na “gestão de projectos” como a ferramenta-chave para lidar com a implementação da mudança e os desafios de um uso eficiente dos recursos disponíveis (Turner & Keegan, 2001);
- A importância de desenvolver redes de contactos e parcerias para a partilha das boas práticas em gestão (Dyer & Nobeoka, 2000; Hamel, 2006); e
- A importância de oferecer aos participantes o melhor conhecimento possível sobre a gestão (Farmer & Chesson, 2001).

Tendo em conta estas premissas, os objectivos do programa orientaram-se na aquisição de elementos de conhecimento, desenvolvimento de competências e na adopção e fortalecimento de atitudes (ex. Motivar ao colaboradores, adoptar atitudes inovadores, entre outros.) (Lapão & Gilles, 2010).

O total da duração do programa foi de 400 horas, sendo que 280 horas

corresponderam a horas de aulas presenciais, 60 a *tutoriais* organizados em pequenos grupos e as restantes 60 horas decorreram através de *eLearning* e discussões baseadas na Internet. O curso foi constituído por sete módulos. A sua descrição, autores de referência e a sua ligação com os objectivos do Curso encontram-se apresentadas no gráfico seguinte (Gráfico 2). Ocorreu em três regiões de Portugal, sendo a sua localização no Porto, em Coimbra e em Lisboa. Juntam-se 74 participantes no total, sendo que em cada região os grupos foram compostos por 31, 16 e 26 participantes respectivamente.

É pertinente ressaltar que ao momento de iniciar o curso PACES, nem todos os DE se encontravam já seleccionados, não tendo assim todos o mesmo espaço de tempo de adaptação às novas funções. Os profissionais seleccionados também não partilhavam a mesma experiência, trajectória profissional ou formação. A maioria deles eram médicos de profissão, alguns já envolvidos na área dos CP e antigos directores de CS convidados pela ARS.

Gráfico 2: Conteúdos do Programa PACES

Módulo	Referências principais	Ligação com os objectivos do curso
Complexidade e gestão da mudança	Lapão, 2008b	Com o objectivo de melhor perceber os desafios da Reforma e a importância da partilha de boas práticas e experiências.
Estratégia e gestão de projectos	Turner, Keegan, 2001	Para apoiar o alinhamento entre a estratégia e a acção.
Desenvolvimento de Recursos Humanos	Rigoli, Dussault, 2003	Para fornecer ferramentas para o desenvolvimento dos recursos humanos no contexto de uma Reforma.
Liderança	Paglis e Green, 2002	Para se familiarizar com as diferentes abordagens à mudança e perceber o papel dos líderes face a este processo.
Logística e gestão da inovação.	Kaplan, Norton, 2000; Hamel, 2006	Com o objectivo de fornecer ferramentas de gestão para enfrentar os desafios da uma melhor distribuição de recursos.
Serviços de contratualização	MCSP, 2007	Para compreender as vantagens da contratualização e para aprendizagem da sua optimização.
Governança clínica	Baker, 2007; Zwanenberg, Harrison, 2007	Para debater como pode ser implementada a governança clínica de uma melhor forma.

Fonte: Lapão & Dussault, 2010.

Num cenário prévio à RCSP em Portugal, a oferta de serviços de Saúde nos CP vinha mostrando sinais de dificuldade. Os relatórios da Inspeção-Geral da Saúde

relativos às avaliações realizadas nos CS sobre «Atendimento e Humanização» assentavam em aspectos negativos e traçavam um cenário da organização/gestão dos CS baseado em quatro vectores: falta de profissionais a todos os níveis, falhas de formação em especial no sector administrativo, inexistência de cultura e prática de trabalho em equipa e insuficiente resposta à população que servem (Biscaia & Martins 2006: Biscaia, 2006b.) Ainda num plano negativo, o PNS 2004-2010 realçava as insuficiências na organização dos CS e também a pouca participação dos cidadãos na vida dos centros, a ausência de sistemas de informação adequados, a pouca diversificação de respostas e as limitações na formação dos profissionais (Biscaia, 2006b).

Desta forma, em palavras da coordenação da MCSP, *“a RCSP devia ser encarada no contexto mais vasto da reforma em curso na Administração Pública (...) de uma realidade laboral marcada por milhares de enfermeiros desempregados e funcionários administrativos com vínculos de trabalho precários”* (Pisco, 2008).

De forma geral, o clima de descontentamento encontrava-se presente ao mesmo tempo que aumentava a atenção e necessidade de se focar nos CSP, quer por parte de estratégias políticas de diversos países (Reino Unido, Canadá, entre outros.) quer por parte de organismo multilaterais e referenciais como a OMS.

Uma vez iniciada a Reforma, em Portugal permanece ainda a questão de até que ponto os objectivos iniciais para os CSP podem encontrar eco na cultura latente e competências dos profissionais do sector, e assim desencadear a motivação e criatividade para implementar novas práticas de um modo sustentável. As mudanças organizacionais em curso envolvem um conjunto de novas estratégias, contrariando décadas de funcionamento da Administração Pública. No caso da RCSP o que se encontrava em causa era, sobretudo, a transição de uma velha lógica de funcionamento hierárquico e vertical, para uma dinâmica alicerçada na contratualização e em redes de serviços partilhados (Pisco, 2008). Tal e como foi mencionado pelo coordenador da MCSP, este tipo de processos requerem tempo, apoios externos e internos, recursos e uma selecção adequada dos recursos humanos.

Segundo a coordenação da MCSP, *“o sucesso da reforma dependerá da*

capacidade de os ACES assumirem a responsabilidade da saúde das populações que servem; da sua capacidade de articulação com os restantes níveis de cuidados e com os agentes da comunidade (...) a estrutura está montada, agora, é só pô-la a funcionar” (Pisco, 2010).

O risco de esforços sem sucesso para atingir uma mudança, desgrazadamente, pode produzir cinismo, frustração, perda de confiança e deterioração na moral entre os membros de uma organização (Cameron & Quinn, 2006). Da mesma forma, a falta de gestores competentes tem como consequência o fomento de estruturas mais verticais, pois alimenta a falta de confiança e desencoraja a descentralização, integração de programas, participação local e as iniciativas (Filerman, 2003). Neste sentido, a pressão para atingir o sucesso da Reforma aumenta e, com ela, também os desafios; sendo o caso de que a maioria dos DE seleccionados eram, ao início da sua função, médicos de profissão com pouca experiência ou formação específica de gestão.

Vários estudos evidenciam que os Sistemas de Saúde declaram uma certa carência de pessoas que possuem e usam as competências de gestão que coincidem com as suas responsabilidades (WHO, 2006; Filerman, 2003). Igualmente, apesar de existir um consenso sobre a importância da relação entre o desempenho dos PdS na área da gestão e o das organizações, existe uma certa fraqueza no entendimento da relação entre a falta de competências de gestão a todos os níveis e os resultados fracos das organizações (Filerman, 2003) e sobre as estratégias mais apropriadas para criar um impacto positivo.

A pesada responsabilidade de criar e manter um bom clima laboral e uma moral elevada, correspondendo às expectativas que profissionais e cidadãos têm no seu trabalho não é matéria fácil (Lapão, 2009). O governo da Saúde é um desafio importante, onde uma mera administração do sistema já não basta: têm de se estabelecer organizações onde o conhecimento e a aprendizagem contínua sejam tomados em conta, baseando-se nas necessidades do contexto e o entendimento do ambiente. Segundo Filerman (2003), uma fraca gestão é promovida quando se evita a discussão sobre a gestão e quando se confunde a descrição da educação sobre a gestão de Saúde pública

com o treino de competências específicas de gestão. Estas competências, segundo este autor, são o pré-requisito para o sucesso das iniciativas em Saúde.

Mas situar o desenvolvimento da liderança e estudar as competências essenciais nos gestores da Saúde como uma prioridade dentro das organizações trata-se de um fenómeno recente que, apesar de ser reconhecido há vários anos como um passo fundamental para acompanhar os novos desafios e necessidades de Saúde da população, não tem sido suficientemente explorado e implementado. Os métodos para o seu desenvolvimento são também ainda vagos e carregados de dificuldades (Alimo-Metcalfe et al., 2001). No caso de Portugal, ainda existe carência de documentação sobre as próprias características dos responsáveis dos ACES, e sobre qual é a sua adequação com as necessidades da Reforma como ponto de partida para planificar as estratégias para responder aos desafios que ainda restam.

Assim, desde uma perspectiva realista, estas circunstâncias de mudança podem também ser uma oportunidade de excepção para a experimentação, investigação, inovação e desenvolvimento (Biscaia, 2006). Cada vez mais, nas OS, começa-se a perceber que o que dá resultados, são os investimentos numa gestão e numa liderança que siga modelos colaborativos de diálogo aberto com múltiplos parceiros (WHO, 2008). E a realidade é que existem evidências de que a qualidade da liderança e gestão oferece melhores resultados que aqueles que se obtêm ao manter dinâmicas hierárquicas focadas em estruturas de poder e autoridade (WHO, 2006, 2008).

Tendo como base os critérios e competências que a literatura reconhece como fundamentais nos Dirigentes de Saúde no sector público, vai ser possível ter um padrão para a análise do perfil de gestores dos DE antes e depois de ter recebido o curso de formação PACES sugerido pela própria MCSP (Documento estratégico da MCSP, 2005), para determinar a sua qualidade e adequação a aquilo que é necessário numa mudança organizacional destas características.

A fundamentação do desenvolvimento de um enquadramento teórico e standards ou padrões de competências também protegem os interesses de aqueles que querem definir a sua área de prática e obter reconhecimento público e profissional pelo seu

desempenho (Wright et al. 2000). Determinar as competências necessárias e essenciais fornecem o fundamento para o desenvolvimento de guias orientadoras e podem ser utilizadas para operacionalizar objectivos de aprendizagem e desenhar métodos de avaliação de resultados (Wright et al. 2000). Da mesma forma, medir os resultados de um programa encontra-se na linha de satisfazer os *stakeholders*, sendo que o melhoramento do desempenho é de interesse de todos.

O presente estudo baseia-se portanto na crença que, partindo de um conhecimento generalizado do que significa uma gestão efectiva, o processo de mudança torna-se mais fácil e os seus obstáculos e a fadiga minimizam-se (Dickson, 2009). A criação deste conhecimento pode ser beneficiado com oportunidades para o diálogo e discussão entre os gestores. Da mesma forma, ao identificar as competências que estes gestores possuem e ao determinar o tipo de gestão e liderança que os actuais DE estão a exercer, permite perceber a sua adequação aos processos da Reforma, sendo só então possível determinar que aspectos podem ser reforçados e que outras soluções podem ser aplicadas.

Em conclusão, os aspectos que fundamentam este estudo residem não só em analisar um processo recente, cujas transformações ainda se encontram a decorrer, criando evidências sobre aspectos ainda pouco explorados, mas trata-se também de uma tentativa de contribuição para melhor entendimento sobre a importância da selecção dos RH para um processo de Reforma e de se juntar aos esforços que pretendem reforçar os recursos que nutrem os CSP em Portugal.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Este capítulo fornece uma revisão da literatura em quatro secções de forma a suportar os temas e teorias utilizados nesta investigação. Na primeira secção, com base na discussão feita por Dussault (1992) no estudo da gestão dos RH e qualidade dos serviços de Saúde, a revisão bibliográfica começa com a apresentação da contribuição da literatura sobre as Organizações de Saúde (OS), as suas características, importância e desafios, através das perguntas seguintes:

- Quais são as características essenciais das organizações que produzem serviços de Saúde no sector público?;
- quais os desafios actuais para a gestão dessas organizações?, focando na questão da qualidade dos serviços de Saúde;
- qual a importância da gestão e da gestão dos RH na Saúde?

Numa segunda secção, apresentaram-se modelos conceptuais e contribuições teóricas sobre os profissionais da gestão na área da Saúde e a sua relação com o desempenho das OS. A seguir, passar-se às necessidades dos PdS num contexto de mudança organizacional e; finalmente, apresentar-se uma revisão de literatura sobre o perfil do gestor e as competências essenciais dos gestores na área da Saúde com o objectivo de fornecer as dimensões destas competências de gestão que serão utilizadas para a posterior análise de resultados e discussão dos mesmos.

3.1- As Organizações de Saúde: as suas características, importância e desafios

Em relação à primeira questão, para um melhor entendimento das organizações, pode-se começar por dizer que o seu sucesso depende, em maior ou menor grau, do desempenho de cada um dos seus integrantes. No caso das OS, essa observação aplica-se de modo radical, porque dependem, utilizando as expressões de Dussault (1992, p. 11), “[...] de seus operadores, em primeiro lugar”, são “organizações profissionais” onde “[...] o saber e as habilidades são formalizadas através do processo de formação e as normas definidas pelas associações profissionais”. O termo organizações profissionais

foi também analisado por Mintzberg (1989), o qual construiu uma tipologia a partir de um estudo empírico, identificando as OS como tal. Esta tipologia refere-se às organizações profissionais como instituições onde os seus operadores são responsáveis pela execução directa das actividades, demonstrando que o verdadeiro controlo de todo o processo produtivo depende dos diversos profissionais que operam os serviços, aqueles que estão “*na ponta da linha*”.

Entre outras particularidades das OS, segundo Dussault (1992, p. 13), encontra-se o facto de que “*serviços produzidos atendem a necessidades multidimensionais e são difíceis de avaliar*”. Esta declaração faz referência à prestação de cuidados de Saúde como uma actividade de interesse do público, a qual envolve múltiplos interesses, destacando-se a relação entre utentes, profissionais de Saúde clínicos e os profissionais de Saúde na área da gestão (Paranaguá de Santana, 1993); embora exista ainda uma série de outros interessados que, directa ou indirectamente, se fazem presentes no processo de produção (p.e. sectores de fabricação e comercialização de produtos farmacêuticos e de equipamentos, o sector financeiro e empresarial de Saúde, entre outros).

Ainda na perspectiva de Dussault (1992, p. 13.), as OS também “[...] *dependem em maior grau do que as demais do ambiente sociopolítico: o seu quadro de funcionamento é regulado externamente à organização*”, além de estarem expostas à “*contaminação burocrática, isto é, o tipo de regulamento desenvolvido na burocracia estatal*”. Neste sentido, continua este autor, o sector da Saúde apresentará características de funcionamento semelhantes às encontradas em outros sectores comparáveis (centralização, descentralização, processo de tomada de decisões, alocação de recursos, princípios de gestão). Isto significa que as propostas de mudança nestas organizações têm de levar em consideração a capacidade da sua absorção tanto pela sociedade como pelo sistema político como um todo, e não somente pelo sector Saúde.

Outro aspecto relevante que corresponde às características destas organizações relaciona-se com os recursos envolvidos nestas organizações e o tipo de paradigmas que têm vindo a estar associados aos seus recursos humanos. Em muitos países a estrutura das OS tem sido dominada pela profissão médica (Sim, Lock & McKee, 2007),

sobretudo nos postos mais altos da gestão destas organizações. Muitos profissionais que pertencem a outras áreas disciplinares associadas, nem sempre têm as mesmas oportunidades e o acesso para assumir as posições mais altas neste sector. No entanto, em países como no Reino Unido, a partir da década de 90, a agenda envolvente do sistema de Saúde e os constantes desafios que se foram apresentando permitiram mudanças significativas neste sentido (Evans & Knight, 2007). Pouco a pouco, outros países também se têm vindo a juntar a este processo, aceitando que a melhora do sistema de Saúde Pública precisa de acções intersectoriais e a combinação de esforços de várias profissões e *backgrounds* disciplinares (Evans & Knight, 2007). Esta mudança de paradigma foca-se na contribuição de outras profissões no sistema de Saúde e na relação que existe entre o desempenho dos profissionais envolvidos no Sistema e o desempenho das organizações que o compõem (Evans & Knight, 2007).

Em matéria de estratégia, os recursos devem ser potenciados para garantir a sobrevivência e a prosperidade da organização (Lado & Wilson, 1994). De forma particular, os RH são um dos três factores mais importantes do Sistema de Saúde, sendo o capital físico e consumível, os dois restantes (WHO, 2000). Sendo que o desempenho do sistema depende dos conhecimentos, competências e motivação dos indivíduos responsáveis pelo seu funcionamento (WHO, 2000), existe um grande consenso no sentido de considerar os RH o factor principal. Assim, em vários Sistemas de Saúde ao nível mundial, o interesse pelos RH e a sua gestão tem vindo a aumentar (WHO, 2000). Neste sentido, ao mesmo tempo que é fundamental manter um equilíbrio entre os recursos humanos e os físicos, também é essencial manter um *mix* apropriado entre os diferentes tipos de PdS para garantir o sucesso do sistema (WHO, 2000).

Estas particularidades e aspectos relativos à interferência de interesses externos às OS próprios do poder público e à consideração de que a relação entre os RH e o sistema de Saúde é bastante complexa, merecem e justifica um aprofundamento no seu estudo (Kabene et al., 2006). Assim, passa-se à segunda questão baseada na discussão de Dussault (1994), onde se pretende analisar os desafios actuais que a gestão dos serviços de Saúde está a enfrentar, descrevendo, em primeiro lugar, o contexto no qual esta

gestão dos serviços de Saúde tem que se desenvolver.

Em termos gerais, Mintzberg (1979) considera as OS como as mais complexas devido à diversidade dos seus serviços e de profissionais com diferentes competências, aos distintos processos simultâneos que se têm que ter em conta e à abordagem holística que devem manter. Autores como Biscaia e Ferrão (2006) e Lapão (2008), referindo-se especificamente às organizações envolvidas no processo da RCSP em Portugal (p.e. ACES), consideram também as OS como estruturas dinâmicas, vivas, complexas que convivem com a incerteza, contradição e o conflito constante. Segundo estes autores, representam uma realidade constituída por agentes individuais com liberdade para agir de modo nem sempre totalmente previsível e cujas acções se encontram interconectadas a tal ponto que a acção de um agente modifica o contexto para os outros agentes (Biscaia & Ferrão, 2006). Num contexto de Reforma acentua-se ainda mais esta complexidade, pois o sistema precisa de se adaptar às forças inerentes a uma mudança destas características, ao mesmo tempo que deve criar formas inovadoras que permitam responder às novas exigências (Biscaia, 2006b).

Neste sentido, o processo de descentralização das decisões e da gestão, novos modos de financiamento dos serviços, maiores exigências por parte dos utentes (na qualidade e no atendimento), dos governos (maior eficiência no uso dos recursos liberados para a Saúde) e dos prestadores (melhores condições de trabalho) (Leebov, S. 1990; Marszalek, Gaucher & Coffey, 1990 citado por Dussault, 1994), levam à necessidade de melhoramento do processo de gestão vigente (WHO, 2008).

Nesta procura de respostas efectivas, além do delineamento do perfil de um gestor desejável e da implementação de estratégias de capacitação adequadas, também se encontram aspectos relacionados com a procura de novos paradigmas, isto é, a adopção de novos conceitos e novas práticas de gestão, destacando-se aqui os pontos que se referem à organização do trabalho e os recursos humanos (Paranaguá de Santana, 1993). Segundo Biscaia et. al (2003) *“uma política de recursos humanos da Saúde é, pois uma declaração formal de prioridades, linhas de acção e procedimentos para garantir, do Sector da Saúde e das pessoas que nele trabalham, a capacidade de*

resposta necessária para ir, por um lado ao encontro das expectativas de saúde, presentes e futuras, da população e, por outro, às expectativas das pessoas que trabalham neste sector” (2003 p. 281).

De facto verifica-se que existe um consenso na literatura que as questões relativas a RH representam um componente crítico para o delineamento de novos paradigmas de gestão para os serviços de Saúde, em especial na área pública (Dussault, 1992; Paranaguá de Santana, 1993). Estes pontos são proclamados por executivos de todos os sectores, sendo também aceites estas declarações pelo resto dos membros das OS, em especial no início de suas gestões (Paranaguá de Santana, 1993).

Apesar de estes aspectos serem identificados como críticos, Kliksberg (1988), que baseia o seu estudo nas Administrações públicas de Saúde da década dos anos 90, concluiu que medidas concretas e eficazes dificilmente são operacionalizadas. Na perspectiva deste autor, as políticas de recursos humanos resultam na “[...] *construção de um sistema administrativo amplo que inclui uma série de rotinas orientadas basicamente para o controle dos funcionários [...] quando hoje sabemos que, além da logística, uma política efectiva de pessoal implica uma agenda diferente, que contemple temas como a motivação, a participação, a relação entre mercados de trabalho privado e público, o desenvolvimento planejado e contínuo dos recursos humanos, etc.*” (1988 p. 70.). Desta forma, segundo O’Neil (2008), frequentemente estes problemas relacionam-se com a falta de financiamento, mas também com a falta de incentivos para as pessoas que conforma a organização, a fragmentação de esforços e falta de harmonia entre os membros, os prazos temporais pouco realistas para a produção de resultados, as pressões externas para diminuir as despesas e a falta de adequação dos profissionais às tarefas.

Muitos outros autores (Dussault & Fronteira, 2010; WHO, 2006, 2008) também visam alertar sobre estes aspectos: o debate sobre a importância do papel dos PdS na vida e desempenho das organizações revela-se crítico para interferir nas concepções e atitudes com o objectivo de as adaptar melhor ao contexto, complexidade e necessidades reais de gestão. Assim, seja por falta ou timidez das decisões políticas, seja porque os esquemas tradicionais não correspondem à complexidade e ao dinamismo dos problemas

vigentes, o debate sobre os RH em Saúde encontra-se ainda postergado.

Tendo em conta que, numa última instância, a importância da gestão dos serviços de Saúde e dos RH radica na forma na qual se entregam os serviços aos utentes, no sentido de obter ganhos em Saúde, revela-se fundamental introduzir o conceito de qualidade de serviços.

A noção de qualidade por definição, trata-se de uma noção relativa (Dussault, 1994). O seu significado será diferente para os prestadores, para os destinatários e para os gestores que administram estes recursos, vindo também a variar com o contexto sociocultural e sociopolítico. Assim, as normas relativas aos critérios que permitem julgar a qualidade dos serviços, variam segundo quem as define. No entanto, segundo Dussault (p. 483), apesar de que não existe uma definição única sobre o que é um serviço de boa qualidade, pode-se dizer que trata-se de *“um serviço eficaz, produzido de maneira eficiente, que responde à uma necessidade real e que satisfaz ao utente; o qual deveria deixar também satisfeito ao prestador do serviço em questão”*.

Esta pesada responsabilidade faz parte dos desafios que apresentam a gestão dos serviços de Saúde, pois os gestores não só têm de definir normas que incorporem as perspectivas dos prestadores dos serviços e dos seus utentes, mas também têm que desenvolver as suas funções em coerência com estas normas, garantindo assim um serviço integral de qualidade.

As suas tarefas devem começar com uma definição clara dos resultados esperados em termos de qualidade dos serviços e a identificação das mudanças que deverão ser feitas para tais objectivos, sendo que o dever destes profissionais é fazer com que as coisas se encaminhem no sentido de alcançar os objectivos, na medida em que as circunstâncias o permitam (Dussault, 1994). Apesar de os gestores não irem substituir os profissionais clínicos, nem outro tipo de funcionários que prestam de forma directa os serviços aos utentes, o seu papel face a qualidade é fundamental (Dussault, 1994). Com estas considerações, passa-se à última questão da primeira secção desta investigação relativa a importância da gestão e da gestão dos RH no sector da Saúde.

Por gestão de RH entendem-se todas as actividades administrativas relacionadas com o trabalho das pessoas numa organização (Dussault, 1994). Portanto, trata-se de pessoas, das suas competências, comportamentos e atitudes face aos requerimentos das funções que estes desempenham.

Num contexto global, desde aproximadamente os anos 1990 foram implementadas reformas organizacionais com o objectivo de promover a coordenação dos serviços prestados entre os diversos níveis de atenção nas Administrações Públicas, resultando em novos arranjos organizacionais de oferta desses serviços (Giovannella, 2006). Estes novos arranjos tem vindo a focar-se cada vez mais nas questões de gestão dos cuidados, na reorganização dos serviços de Saúde (O’Leary & O’Leary, 1999) e nas necessidades dos PdS face ao seu desempenho.

Numa organização profissional, Dussault (1994 p. 484) aponta que *“uma gestão mais favorável a trabalhar “junto” com os recursos humanos do que uma gestão “dos” recursos humanos, é a única viável”*. Trata-se de uma dimensão da gestão que se refere às acções que favorecem a criação de condições de trabalho que ajudem aos prestadores de serviços a produzirem serviços de qualidade. Devem denotar uma atitude geral de vontade de ajudar às pessoas a efectuarem o seu trabalho em benefício da organização.

Partindo deste ponto de vista, segundo Paranaguá de Santana (1993), reconhecer a importância da gestão dos RH em Saúde implica reconhecer que se trata de um processo destinado a evitar a desumanização e os riscos no atendimento associados à falta de compromisso e motivação dos profissionais; a mediar os conflitos de interesse que muitas vezes surgem nos ambientes de trabalho, tanto dentro da própria equipa profissional como com os utentes; contribuindo para o controle da produção e da qualidade do atendimento.

Resumindo, a importância da gestão dos RH então foca-se em que esta representa um componente crítico para o delineamento de novos conceitos, formas ou paradigmas de gestão e liderança para os serviços de Saúde, em especial na área pública (Dussault, 1994). Isto deve-se não só ao amplo reconhecimento de que o desempenho de qualquer organização depende do seu pessoal; mas também ao consenso de que a má

administração explica, em boa parte, os fracos resultados dos serviços de Saúde e que as suas consequências são piores ainda nos países que dedicam poucos recursos a esses serviços (Dussault, 1994).

No entanto, é importante ter em conta que, apesar de que uma administração competente pode ajudar muito a melhorar a qualidade dos serviços, não pode fazer milagres; é somente um componente do conjunto de acções que levam ao melhoramento do nível de Saúde, definido por uma política de Saúde que combina intervenções tanto sobre o ambiente físico e social quanto sobre o sistema de serviços (Dussault, 1994). Assim, tendo em conta a complexidade dos desafios que enfrentam os PdS, os esforços dedicados ao treino e preparação dos PdS, sobretudo dos seus líderes, ao mesmo tempo que se revelam fundamentais, evidenciam-se ainda insuficientes (Wright et al. 2000; WHO, 2006).

Baker (2001) reconhece a falta de gestores com as competências e a motivação necessária para desempenhar labores de gestão nas OS. A OMS (WHO, 2006) como organização e Filerman (2003) como estudioso do tema, declaram uma certa carência de pessoas que possuem e usam as competências de gestão que coincidem com as suas responsabilidades. Estas preocupações relacionam-se com a qualidade e capacidade de oferecer respostas efectivas no sistema, sendo portanto cada vez maior a procura de standards e programas educacionais e de formação (Wright et al. 2000).

Neste sentido, revela-se essencial considerar a composição dos RH da Saúde em termos de categorias de competências e níveis de treino ou formação (WHO, 2003). A oferta contínua de opções para a educação e treino dos PdS são uma parte fundamental da estratégia para garantir que estes profissionais se mantenham conscientes e preparados para enfrentar as necessidades presentes e futuras de Saúde de uma população (WHO, 2003), sendo que uma força de trabalho preparada e competente é essencial para o sucesso de qualquer Sistema de Saúde (Kabene et al., 2006).

3.2- A relação do desempenho entre os profissionais da gestão na área da Saúde e as Organizações de Saúde: como garantir “as pessoas certas no sítio certo”

No Relatório da OMS de 2006, a expressão “trabalhador da saúde” aplica-se a toda pessoa que leva ao cabo as tarefas que têm por finalidade principal promover a Saúde. Na secção anterior descreveu-se que um dos aspectos que reiteram a importância da gestão em Saúde e da gestão dos RH, radica na relação entre o desempenho dos seus PdS e o dos serviços de Saúde. Parte da importância desta relação, deve-se a que os trabalhadores não são só indivíduos, mas também componentes básicos de equipas operativas nas quais, cada membro tem competências distintas e desempenha funções diferentes (WHO, 2006).

Os PdS de um país compõe-se de trabalhadores de Saúde que se encontram em etapas e fases muito diversas das suas vidas laborais, que trabalham em diferentes tipos de organizações sujeitos a uma série de condições e pressões em evolução contínua. No entanto, sejam quais forem estas circunstâncias, as estratégias relacionadas com os PdS, para que sejam eficazes, devem-se focar em três objectivos fundamentais: melhorar o processo de contratualização, diminuir o ritmo de abandono da força laboral e melhorar ao pessoal já existente para potenciar o seu desempenho (WHO, 2006).

Em relação a este ultimo aspecto, segundo este Relatório (WHO, 2006) as estratégias especificamente orientadas a melhorar o desempenho dos PdS são fundamentais. Por correcto desempenho, entende-se um profissional que trabalha de forma sensível às necessidades, justa e eficientemente para atingir os melhores resultados possíveis dadas as circunstâncias e os recursos (WHO, 2006). A sua importância, revela-se no sentido de que o desempenho repercute de forma imediata na oferta dos serviços de Saúde e, portanto, repercute também na Saúde da população.

Através de uma série de recomendações e estratégias, a OMS defende que existem muitas formas de atingir uma melhoria, algumas orientadas para os trabalhadores em si mesmo e outras mais orientadas para as organizações nas quais estes profissionais trabalham. Entre as estratégias que se orientam às organizações, encontram-se aspectos como a implementação de códigos de conduta ou

estabelecimento de um conjunto de regulamentos pertinentes. Em relação às estratégias dirigidas aos trabalhadores, os cursos de formação e treino de competências são das mais importantes e mais recorrentes actualmente. Estas formações de gestão podem ser compreendidas por várias estratégias, entre elas, workshops, aulas teóricas, exercícios práticos, simulações, trabalhos de campo ou uma combinação destas estratégias e metodologias com o objectivo de tentar tirar o melhor partido do tempo investido nestes programas (Collaborative Leadership and health, 2001).

O estudo sobre as competências apresenta-se como um dos principais objectivos destes cursos, tendo recebido muita atenção nos últimos anos (Mintzberg, 2005). Há toda uma espécie de cursos dedicados a competências específicas, tais como a liderança, a negociação, capacidade de oratória, técnicas de comunicação. Por muitos anos, a OMS promoveu seminários regulares para executivos de topo e gestores (Catford, 1997), dedicando-se ao desenvolvimento de novos conteúdos e estratégias para determinar como os líderes e gestores devem desempenhar as suas funções. Porém a maioria destes programas, não se tem focalizado nas qualidades e competências individuais que os gestores em Saúde devem manter para gerir os processos de mudança organizacional, sendo desvalorizada a sua qualidade e adequação às funções. Da mesma forma, grande parte destes cursos desenvolvem-se através de programas e actividades de curta duração, os quais são reconhecidos como inapropriados para o ensino da liderança e gestão num contexto de reforma (Alimo-Metcalfe et al. 2001; Mintzberg, 2004).

Estes aspectos relacionam-se com questões assinaladas por Mintzberg (2005). Segundo este autor, quando as competências são exercidas no contexto do trabalho da gestão transformam o pensamento em acção; mas são aspectos com os quais é difícil lidar numa sala de aula educacional. Para além disso, continua Mintzberg, a aquisição de diversas competências não torna um gestor necessariamente competente (2005, p. 336). Desta forma, parte-se da consideração de que, apesar de ensinar conceitos ser um aspecto relativamente simples, desenvolver competências e saber aplicá-las de forma correcta não é tão fácil.

A maioria das organizações limitam-se a “*enviar aos seus colaboradores para programas de desenvolvimento de competências de modo a receber logo de volta gestores mais desenvolvidos*” (Mintzberg, 2005, p. 342). Mas segundo este autor, parar aí desconecta o processo de aprendizagem do contexto da aprendizagem e acaba-se por desperdiçar o tempo investido na formação. Neste sentido, menciona que os gestores em formação não podem ser vistos como simples receptores de informação; deve-se considerar que são “*participantes de um processo de aprendizagem*” (p. 317). Este autor apresenta oito pontos sob a forma de proposições básicas para a formação em gestão.

Em primeiro lugar, Mintzberg defende que a formação em gestão deveria ser restringida a gestores práticos, o que quer dizer que é imprescindível que estes profissionais tenham experiência prévia em funções de gestão. Em segundo lugar, este autor defende que o programa de formação de gestão deve aproveitar a experiência dos gestores na sua formação, pois trata-se de um poderoso instrumento que deve ser também aproveitado. Como seguinte ponto, Mintzberg menciona a importância de contar com teorias *inteligentes* que permitam a reflexão sobre a própria experiência demonstrada pelos gestores, para assim dar um sentido a mesma. Uma teoria é inteligente “*quando permite às pessoas ver a prática de maneira profunda, imaginativa e não convencional, de modo a abrir os olhos a novas perspectivas*” (p. 327). Neste sentido, este autor também menciona que “*uma reflexão ponderada sobre a experiência à luz de ideias conceptuais é crucial para a aprendizagem em gestão*” (p.331). Isto refere-se à importância de reflectir sobre o próprio desempenho e sobre as práticas que se implementam. Como quinto ponto, Mintzberg menciona que os gestores devem partilhar as suas competências para ter, desta forma, uma maior consciência sobre a sua prática. Como seguinte aspecto, Mintzberg menciona que a aprendizagem que vem do curso formação deve ter um impacto imediato na organização, no sentido que o conteúdo da formação deve responder às necessidades dos gestores e das suas organizações para que logo, os que participaram no curso, possam replicar e aplicar os seus conhecimentos na sua realidade. Todos estes aspectos, permitem criar, segundo este autor, uma *reflexão experiencial*, que representa o sétimo ponto. Este refere-se a importância de criar um “*ciclo recorrente, desde a compreensão tácita no local de*

trabalho até uma aprendizagem explícita na sala de aula e de volta à sua aplicação tácita no local de trabalho, continuando logo depois para o módulo educacional seguinte” (p. 346). Finalmente, como último ponto, este autor refere-se a que a arquitectura de uma formação deve passar de uma concepção controlada à uma concepção de apoio à aprendizagem sendo flexível e *facilitativa*.

A Sociedade Americana para o Treino e Desenvolvimento - *The American Society for Training and Development* - (Fulmer & Wagner, 1999) expressa que o desenvolvimento destas competências deve estar alinhado com a estratégia geral da organização em questão e deve reflectir os seus valores. Deve-se dar prioridade à acção e implementação de práticas e não tanto ao mero ensino de conceitos e teorias. Da mesma forma, menciona-se que as autoridades de maior nível de uma organização devem estar envolvidas no desenho do programa.

Por outro lado, Filerman (2003) defende que as competências de gestão serão melhor interiorizadas se a formação for desenvolvida no local de trabalho dos participantes, com a sua equipa de trabalho e tendo em conta o contexto real que estes estão a viver. Baker (2001) introduz também outro tipo de aspectos. O autor alude que as soluções a curto prazo tendem a ser inadequadas a menos que se reestruture o sistema de serviços de Saúde para diminuir os constantes problemas e desafios que enfrentam os seus profissionais. Se o que se pretende é obter resultados diferentes, é preciso actuar de forma diferente. A selecção das pessoas adequadas, com as competências pertinentes e a adesão e partilha dos valores da organização e da reforma em curso é fundamental. Não se trata só de oferecer ferramentas e técnicas para que os profissionais façam uso delas e possam desempenhar as suas tarefas. De facto, um dos desafios mais evidentes no contexto de uma Reforma é conseguir a adesão dos PdS à mesma (Biscaia, 2006).

Assim, tendo em conta a falta de profissionais com as competências adequadas e as dificuldades do contexto dos países em desenvolvimento, grandes esforços têm vindo a ser implementados. Estes tipos de programas baseiam-se no princípio de que uma boa liderança e gestão podem ser aprendida e praticada em todos os níveis (O'Neil, 2008). Os princípios desta abordagem são: a importância de trabalho em equipa, aplicar práticas

de liderança a desafios reais, criar o clima que fomenta a mudança e manter a mudança através de soluções de gestão. Este tipo de programas foca-se no desenvolvimento de equipas capazes de identificar problemas, encontrar soluções e produzir resultados, tendo sempre em conta a função dos gestores como agentes capazes de exercer influência e potenciais mudanças nos RH de uma organização.

Schiffbauer et al., (2008) estudam três casos exemplares em países em desenvolvimento onde se evidencia que o fortalecimento, gestão e treino dos PdS pode ter um efeito positivo no desempenho do sistema de Saúde. Os três casos são os do Afeganistão, África do Sul e da região do Sul de Sudão. No Afeganistão, passaram à implementação de um sistema de registo e de fonte de dados dos PdS ao mesmo tempo que estabeleceram sistemas de certificação para o pessoal, os quais contribuíram para um melhor conhecimento do stock de profissionais para a sua reorganização e distribuição nos serviços pertinentes. Na África do Sul, iniciou-se uma equipa multisectorial para identificar as fontes dos desafios de RH no país, para logo desenvolver um Plano nacional de RH na Saúde, o qual fornece orientações para o desempenho, gestão e treino dos RH no sector (Zurn et al., 2004). Finalmente, no Sul de Sudão, liderou-se um processo no qual, através da colaboração dos múltiplos *stakeholders*, se começou a focar nas prioridades dos RH, na mobilização de recursos e no desenvolvimento de competências de gestão e liderança. Os resultados desta última iniciativa foram o progresso na procura de soluções para a falta de profissionais através do treino e iniciativas de formação, o desenvolvimento de políticas de RH e a instauração de um sistema de informação nacional para os RH.

Sejam países em desenvolvimento ou países com maiores capacidades económicas, o princípio baseia-se na consideração de que se o comportamento dos trabalhadores tem um impacto muito significativo, é portanto importante obter um bom alinhamento entre as competências e objectivos individuais dos trabalhadores, as competências necessárias e os objectivos estratégicos das organizações. Assim torna-se importante atrair, desenvolver e manter as pessoas certas no lugar certo.

A oferta de treino e formação por parte das organizações aos seus colaboradores

fomentam, como referido por Moldaschl e Fischer (2004), o comprometimento dos próprios profissionais com objectivos da organização de que fazem parte; aspectos que se não forem explorados adequadamente, podem transformar-se em factores de resistência para a gestão e em custos adicionais. Estes RH estão associados a maiores níveis de produtividade, menor absentismo e rotatividade e maior esforço de inovação através de novas ideias, o que resulta num melhor desempenho organizacional.

Mas a lógica da formação e do treino de competências, segundo a literatura, não se pode basear unicamente na participação das pessoas neste tipo de cursos. A questão da importância dos sistemas de medição e avaliação do conhecimento e das competências essenciais, tanto a curto como a longo prazo, devem ser percebidas como parte integrante deste tipo de estratégias (Wright et al. 2000). Neste sentido, levanta-se uma serie de questões que vêm tratar este tema.

Medir e avaliar o desempenho pode resultar numa tarefa difícil, tendo em conta a facilidade que existe da manipulação de dados (WHO, 2006). Existem muitos factores e variáveis que influenciam o desempenho e que variam a forma na qual os profissionais conseguem desenvolver as suas funções no posto de trabalho. Portanto, considera-se relevante desenvolver um enquadramento e determinar os seus indicadores de modo a aproximar-se o mais possível de uma visão objectiva e justa sobre o desempenho dos PdS, sobre os factores que o influenciam e sobre a relação com a forma na qual se executam os serviços de Saúde.

As dimensões do desempenho dos PdS assinaladas pelo WHO de 2006 abrangem quatro aspectos fundamentais: a disponibilidade, as competências, a sensibilidade em relação as necessidades e a produtividade. A disponibilidade, refere-se à disponibilidade espacial e temporal e compreende a distribuição dos trabalhadores e a sua presença no local de trabalho; a competência, compreende a combinação de conhecimentos técnicos, de capacidades e atitudes, e de comportamentos no local de trabalho; a sensibilidade em relação as necessidades, é um aspecto que se refere ao trato correcto das pessoas, independentemente da sua identidade e da sua saúde melhorar ou não e, finalmente, a produtividade, alude à produção de serviços de saúde eficazes e resultados sanitários ao

máximo nível possível dado o pessoal disponível, assim como também à racionalização do uso do tempo ou as capacidades do pessoal.

Para melhor perceber a relação entre o desempenho dos PdS e o desempenho do sistema de saúde, existem algumas abordagens que pretendem enquadramentos conceptuais. Na perspectiva de Whitley (1989), o desempenho dos gestores não pode ser avaliado no mesmo sentido que no caso dos prestadores de serviços. Devido à natureza das responsabilidades organizacionais que têm a seu cargo, os gestores não se focam em resolver de forma discreta os seus problemas individuais, mas lidam com uma série de tarefas internas relacionadas e interdependentes, que representam o funcionamento da organização na sua totalidade. Neste sentido, o seu sucesso e prestígio é demonstrado através do crescimento e sucesso organizacional e não através de actividades individuais que procuram controlo e status profissional. Portanto, o seu desempenho deve ser medido em função do sucesso e funcionamento da organização no seu conjunto.

Dussault e Fronteira (2010) definem um modelo em função do grau no qual se atinge a equidade de acesso aos serviços efectivos, produzidos também de forma efectiva e receptiva, garantindo a protecção contra os efeitos empobrecedores da doença (Anexo I. Modelo de relação entre objectivos e necessidades). Estes autores também propõem definir o desempenho dos PdS segundo três dimensões: cobertura, produtividade e qualidade. Cobertura refere-se ao grau no qual os PdS prestam os serviços aos vários subgrupos da população e ofereçam toda a gama de serviços necessários. Produtividade, refere-se à relação entre o volume entre os serviços produzidos e os recursos utilizados. Finalmente, a dimensão da qualidade. É percebida através de duas sub-dimensões: a técnica e a do serviço. Estas referem-se ao grau no qual os fornecedores produzem serviços que cumpram os standards aceites da sua profissão e os que melhoram os resultados, este último aspecto relaciona-se com a resposta às expectativas dos utentes em relação a outras dimensões como comportamento ético, respeito pelos valores, cortesia, entre outros.

Com o objectivo de continuar a compreender as diferenças no desempenho dos PdS é fundamental analisar também os factores que influenciam seu trabalho. Segundo a

OMS (WHO, 2006), durante muitos anos considerava-se que o desempenho deficiente devia-se fundamentalmente à carência de conhecimento teóricos e de práticas. Recentemente, reconhecem-se outros factores igualmente importantes.

Dussault e Fronteira (2010) também apresentam uma série de variáveis e factores aos quais o desempenho dos PdS se encontra sujeito. Segundo estes autores, o desempenho dos PdS, como um todo, refere-se a uma função do pessoal potencialmente disponível, o *stock*, que inclui aqueles que participam no Mercado de trabalho, seja de forma activa ou não. Da mesma forma, também inclui aqueles que não participam no Mercado de trabalho mas que são qualificados como PdS e poderiam converter-se em trabalhadores activos. O desempenho também é uma função das **competências**, no sentido do conhecimento, habilidades e atitudes que determinam a sua capacidade para produzir, quer quantitativamente quer qualitativamente; da mesma forma, encontra-se o factor da **motivação**, aspecto que determina a vontade de produzir serviços tendo em conta a adequada qualidade e quantidade.

Para estes autores, o *stock* de PdS encontra-se sujeito a um grande número de factores e variáveis que vão influenciar como estes PdS se compõem e despenham as suas funções. Entre elas, encontram-se os *fluxos de entrada*, que segundo Dussault e Fronteira abrangem aspectos como os novos graduados, imigrantes e os *fluxos de saída*, os quais se referem a aspectos como baixas por doença, saídas temporárias, emigração, reforma. Todos estes a sua vez, mantêm dinâmicas próprias (Vujicic & Zurn, 2006 citado por Dussault & Fronteira, 2010). Outros tipos de variáveis referem-se a *processos educativos, incentivos profissionais e financeiros* que orientam as decisões e comportamentos dos trabalhadores, como a escolha da especialidade, a localidade onde preferem trabalhar e o nível de intensidade de trabalho que estão dispostos a aceitar. Da mesma forma, também se encontram aspectos como o *ambiente de trabalho*, no sentido condições físicas e organizacionais como o tipo de gestão dominante, o acesso à informação, o espírito de equipa que se encontra implícito; os recursos disponíveis em termos de informação e equipamento; e finalmente, aspectos como *o tipo e eficiência da gestão*, a qual pode ser mais ou menos participativa, conservadora ou inovadora, reactiva

ou proactiva e apoiante ou controladora. Todas estas variáveis, à sua vez encontram-se, num outro nível, sujeitas às políticas existentes no país, as quais orientam, definem as regras de jogo e distribuem os recursos disponíveis.

Entre todos estes aspectos, grande parte de factores que influenciam o desempenho dos PdS referem-se a questões relacionadas com os valores inerentes de uma organização, o ambiente de trabalho e o estilo de gestão dominante, trazendo à consideração conceitos relacionados com a cultura de uma organização, os quais serão analisados no seguinte ponto.

3.3- Necessidades dos PdS num contexto de mudança organizacional

Uma vez que os desafios dos gestores nas OS foram apresentados e a sua importância no desempenho das organizações foi discutido, o passo seguinte é perceber o impacto das mudanças organizacionais nos membros de uma organização, sobretudo nos gestores e os motivos de resistência que acarreiam estes processos.

Segundo Gold (1999), Kurt Lewin, um dos primeiros autores da mudança, manifestou que todo o comportamento humano se relaciona com as suas características pessoais, assim como também com a situação social na qual cada um se encontra. Os seus estudos manifestaram que o conhecimento, as atitudes e as habilidades unem as pessoas ao seu trabalho ou função, pois estes três aspectos definem a experiência e especialidade de uma pessoa na sua profissão e o seu sentido de *status* e prestígio que se encontra ligado ao mesmo. Se as consequências de uma transformação afastam os indivíduos da experiência e especialidade que têm adquirido com o tempo, existirá então uma resistência natural à mudança (Whiteley, 1995).

A reorganização muitas vezes é temida devido ao facto de que, de uma forma ou outra, esta significa distúrbios no *status quo*, uma ameaça para os interesses das pessoas no seu trabalho e uma frustração na forma na qual as pessoas têm vindo a desenvolver as suas tarefas. Desta forma, muitas vezes, mudanças necessárias acabam por resultar em perdas de efectividade e em aumento dos custos (Bower & Walton, 1973 citado por

Kotter & Schlesinger, 2008). Inclusive mudanças que aparentam ser positivas ou racionais, envolvem perdas e incerteza (Luke, 1973, citado por Kotter & Schlesinger, 2008).

Segundo Kotter e Schlesinger (2008), para prever as formas de resistência, é necessário ter consciência das quatro principais razões pela qual as pessoas resistem à mudança. Estas são: o desejo de não perder algo que é valioso, o mau entendimento da mudança e as suas implicações, a crença de que a mudança não faz sentido para a organização e uma baixa tolerância perante a mudança. O primeiro aspecto refere-se à sobreposição do interesse próprio por cima do interesse da organização no seu conjunto. O Segundo aspecto, refere-se a um fraco entendimento das implicações da mudança em questão e a percepção de que os seus custos podem superar os benefícios. Este tipo de situações tendem a aparecer quando existe falta de confiança entre as pessoas que iniciam a mudança e o resto dos envolvidos (Argyris, 1970 citado por Kotter & Schlesinger, 2008). O terceiro motivo de resistência à mudança, refere-se à existência de várias perspectivas sobre o mesmo processo, sendo umas negativas e outras positivas. Finalmente, o último motivo refere-se a que as pessoas tendem a resistir à mudança devido ao medo de não possuir as competências e comportamentos que são requeridos para o processo.

Drucker (1954) argumenta que um dos principais obstáculos à mudança é a inabilidade dos gestores de mudar as suas atitudes e comportamentos ao ritmo que as organizações precisam. Inclusive, quando as pessoas intelectualmente percebem a necessidade de mudança, emocionalmente ainda não se encontram preparadas para realizar a dita transição. Desta forma, autores como Robbins (1996), a teoria das atitudes e a disciplina da psicologia social argumentam que mudar atitudes e comportamentos podem resultar numa das tarefas mais difíceis de lidar, mais que a modificação de conhecimentos ou habilidades. Isto deve-se a que as atitudes e os comportamentos dependem em grande parte do contexto da situação, da natureza e extensão do processo de mudança e da forma como a qual foi iniciada e implementada. *“Deve ser considerado que não há nada mais difícil de levar a cabo, nada mais duvidoso do sucesso nem mais*

perigoso de lidar, que a iniciação de uma nova ordem das coisas” (Machiavelli, 1961). Trata-se de uma tolerância natural à mudança que inibe o processo ainda quando as pessoas não perceberam a sua importância e benefícios (Kotter & Schlesinger, 2008).

Como já se mencionou anteriormente, o papel do gestor é fazer com que as coisas se encaminhem no sentido de alcançar os objectivos, na medida em que as circunstâncias o permitam; mas a sua responsabilidade também se baseia em contribuir para criar condições que permitam ao resto de profissionais prestarem os melhores serviços possíveis (Dussault, 1994). Estes precisam da colaboração da sua equipa de trabalho e colaboradores, pois os gestores, sobre tudo os dirigentes, não podem produzir os serviços nem realizar os programas individualmente (Dussault, 1992).

Desta forma, passam a lidar não só com a sua própria adaptação a um cenário complexo, variável e cheio de limitações, mas também com a resistência à mudança de todos os membros de uma organização, sendo indispensável o seu papel enquanto elemento catalisador, mobilizador e integrador (Mintzberg, 2005).

De acordo com Kotter, Schlesinger (2008), uma gestão efectiva da mudança requer esforços caracterizados pelo cuidadoso uso de uma combinação de estratégias, tais como a comunicação, negociação, apoio, formação participação e envolvimento dos colaboradores e até certos níveis de manipulação e autoridade. Esforços que garantam sucesso partilham duas características: os gestores devem implementar as estratégias desenhadas sendo sensíveis às forças e limitações dos seus colaboradores assim como também devem apreciar a situação de uma forma realista. Segundo estes autores, o erro mais comum dos gestores é a utilização de um só tipo de medidas sem importar as características da situação, abordando a mudança de uma forma desarticulada sem uma estratégia que as suporte. Assim, esforços face a mudança organizacional que são baseados em estratégias inconstantes tendem a cair em problemas previsíveis, da mesma forma que esforços que envolvem um grande número de pessoas mas são implementados rapidamente sem uma devida planificação, tendem a falhar ou a tornarem-se menos participativos (Kotter & Schlesinger, 2008). Desta forma, revela-se

fundamental que as estratégias de mudança impliquem um correcto equilíbrio entre participação, facilitação e apoio.

Passando de estratégias ao papel que um líder e gestor devem manter em situações de mudança organizacional, na perspectiva de Mintzberg (1998), a liderança e gestão devem de ser implementadas em três níveis: ao nível individual, onde o líder é o mentor, que motiva e instrui; ao nível de grupo, onde o líder cria equipas e resolve conflitos; e ao nível organizacional, onde os líderes criam cultura. Neste sentido, a necessidade das organizações de gestores relaciona-se com as responsabilidades e funções que estes mantêm no funcionamento de uma organização. Por um lado, este autor (1973) considera que o gestor precisa desenhar e manter a estabilidade das operações da sua organização. Este aspecto relaciona-se com o mencionado papel de líder que é fundamental de ser aplicado num contexto de mudança organizacional. Por outro lado, o gestor deve também tomar em conta as estratégias e o sistema de criação de estratégias, para conseguir a adaptação da organização ao ambiente em processo de mudança, cumprindo ao mesmo tempo, o papel de ligação entre a sua organização e o contexto. Finalmente, o gestor, como a autoridade formal, é o responsável pela operação e funcionamento do status da sua organização.

Portanto, para promover o sucesso de uma organização, o gestor deve estar dotado de conhecimentos que lhe permitam tomar as melhores decisões de forma coerente e com minimização dos riscos. A dinâmica de perceber como os membros de uma organização trabalham, quais são as metas, valores e interesses que giram entorno do seu desempenho, implica reflectir sobre a cultura organizacional, no sentido de que estes aspectos podem estar a significar combinações de factores que podem levar ao fracasso ou ao sucesso de uma organização (Lindbom, 2007).

Desde a perspectiva de Cameron e Quinn (2006), uma organização é reflectida por aquilo que é valorizado pelas pessoas que a compõem, pelos estilos de liderança mais dominantes, pela linguagem e símbolos, pelos procedimentos e rotinas e pelas definições de sucesso que fazem de uma organização uma organização única. Em outros termos, uma organização é reflectida pela sua cultura organizacional, pois esta abrange e

influencia desde os aspectos mais visíveis como a estrutura, processos, estratégias, objectivos, até os aspectos mais latentes, como as crenças, as “certezas fundamentais”, os conflitos reprimidos, entre outros (Biscaia, 2006b). Neste sentido, estes autores reiteram a importância da análise do conceito de cultura organizacional e da importância da sua avaliação em processos de mudança.

De acordo com Schein (1981, 1985, 1992), a cultura de um grupo pode ser definida como *“padrões de presunções básicas e partilhadas aprendidas por um grupo ao mesmo tempo que resolvem os seus problemas de adaptação externa e integração interna, a qual tem funcionado, até ao momento, suficientemente bem para ser considerada como válida e, portanto, ser ensinada aos novos membros de uma organização”* (Schein 1992, p. 12). Schein defende portanto que a cultura organizacional é aprendida como resultado das experiências de um grupo, as quais, em grande parte, são inconscientes.

Segundo Schein, (2010) as teorias de grupo e das organizações, os problemas com que todos os grupos, independentemente do seu tamanho, têm que lidar em situações de mudança, referem-se à adaptação ao ambiente e a integração interna que permite o funcionamento diário da organização. Ambos os problemas de alguma forma reflectem o contexto macro cultural no qual o grupo existe e do qual são derivadas perspectivas e concepções mais abrangentes sobre a natureza da realidade da organização.

Desta forma, a compreensão e análise da cultura permitem, por um lado, desenvolver a estabilidade ao serem aspectos de coesão que mantém as partes de uma organização juntas; por outro, fomentam a continuidade e consistência nas organizações através da adesão a uma série de valores consensuais (Cameron & Quinn, 2006).

Neste sentido, Cameron e Quinn (2006), referem-se a que sem mudanças na cultura organizacional, a melhoria do desempenho de uma organização torna-se difícil. Mesmo que as ferramentas e técnicas apropriadas formem parte do processo de mudança, os esforços para melhorar não irão suceder se a cultura fundamental de uma organização (valores, formas de pensar, estilos de gestão, paradigmas de pensamento, e

estratégias para a resolução de problemas) se mantiverem constantes. Para estes autores, a dependência da cultura para o melhoramento do desempenho de uma organização deve-se a o facto de que quando os valores, orientações, definições e metas continuam constantes, mesmo quando certos procedimentos e estratégias são alterados, as organizações retornam ao status quo (as mudanças que se produzem permanecem superficiais e por um curto período de tempo).

A maioria das viragens que podem ser observadas nas organizações são produto do que se tem desenvolvido no seu entorno exterior: evolução na tecnologia; aparição de novas doenças como as crónicas; mudanças demográficas, como o envelhecimento; e aspectos que envolvem o entorno económico, contribuindo para a redefinição nas necessidades dos PdS (Cameron & Quinn, 1999; Schein, 1996).

Assim, a necessidade de mudar numa organização é inevitável, devido a dinâmica que existe entre uma organização e o mundo que a envolve (Drucker, 1990). Mas a necessidade de mudança e o processo de iniciar um processo destas características com o objectivo de melhorar as formas que o sistema tem vindo a funcionar, acarretam certas considerações básicas a serem tomadas em conta. Segundo, Trompenaars e Wooliams (2003), uma mudança não pode ser consolidada e real se as estratégias a seguir e os valores culturais das pessoas forem incongruentes. Para outro grupo de autores como (Brock et al., 1999), as organizações diferenciam-se umas a outras pelo conjunto de estruturas e sistemas que reflectem um único e partilhado esquema interpretativo do seu contexto (*interpretative scheme*). Nestes aspectos incluem-se o compromisso por parte da organização, a satisfação profissional, a partilha entre os membros de uma mesma equipa, entre outros (Goodman, Zammuto & Gifford, 2001).

Assim, na literatura sobre a mudança organizacional, muitos autores delineiam uma série de recomendações a seguir para implementar mudanças nas organizações e para perceber o grau de congruência entre os valores dos membros de uma organização (Schein, 2009b; Cameron & Quinn, 2006). Dentro destas recomendações, a identificação do tipo de cultura organizacional revela-se o passo inicial.

Apesar de existirem varias formas de avaliar ou medir a cultura organizacional,

entre elas questionários, entrevistas, actividades que envolvem metodologias de observação, ou até seminários (Reiman & Oedwald, 2002), a cultura organizacional não é um fenómeno fácil de medir ou avaliar. Devido à cultura ser inconsciente e auto-evidente para aqueles que trabalham numa organizacional, é difícil de ser avaliada por métodos como os questionários (Schein, 2009), pois podem não estar a reflectir os verdadeiros problemas de uma organização. No entanto, utilizados de forma correcta, os questionários podem fornecer informação descritiva valida sobre uma organização e, de forma particular, sobre as perspectivas e atitudes do seu pessoal (Reiman & Oedwald, 2002). Os questionários também podem ser utilizados para clarificar conexões entre várias variáveis e explicar de forma estatística as diferenças observadas (Schein, 2009). De acordo com Reiman e Oedwald (2002), o objectivo da utilização de questionários para medir e conhecer melhor a cultura de uma organização é produzir uma imagem compreensiva dos valores de uma organização e as perspectivas do seu pessoal.

Neste sentido, Cameron e Quinn (2006) apresentam *um modelo teórico*, baseado num estudo empírico de várias organizações, para o desenvolvimento de uma ferramenta denominada *Organization Culture Assessment Instrument (OCAI)*. Esta ferramenta tem sido utilizada por diversas instituições (Kimberly & Cook, 2008; Johnson, 2009; Berrio, 2003; Schupbach, 2009) para obter um diagnóstico sobre que tão forte são percebidos os valores pelos membros de uma organização e com que tipos de cultura se identificam.

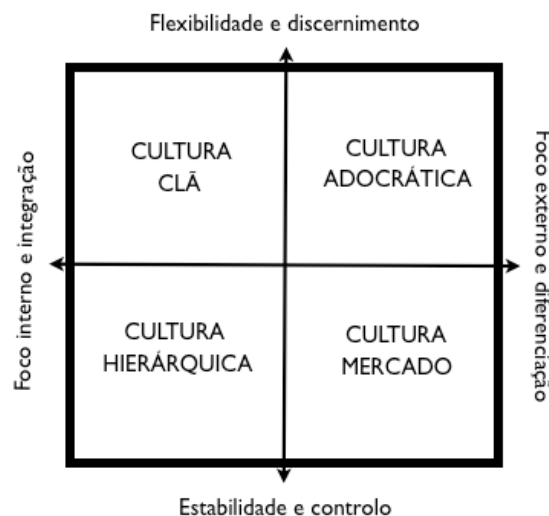
Dentro de uma classificação de quatro tipos de cultura organizacional – *de Clã, de Mercado, Hierárquica e Adocrática*- segundo Cameron e Quinn (2006), os membros das organizações tendem a desenvolver com o passar do tempo um destes tipos de cultura de uma forma mais dominante como parte da sua identidade.

Este modelo é composto por duas dimensões formando quatro quadrantes (Gráfico 3), reflectindo por sua vez, os quatro tipos de cultura organizacional mencionados e os indicadores de efectividade organizacional associados a estas culturas. Assim, os quatro quadrantes formados pelas duas dimensões representam suposições ou hipóteses concorrentes ou opostas, sublinhando valores que são opostos aos valores do outro extremo do eixo (p.e. flexibilidade e discernimento versus estabilidade e controlo;

foco interno e integração versus foco externo e diferenciação). Da mesma forma, estas dimensões também produzem quadrantes que são contraditórios no diagonal, dando assim o nome ao modelo *Competing Values Framework*. Assim, estes quatro clusters definem os valores centrais sobre os quais as decisões e juízos de uma organização são realizados através das pessoas que a compõem (uma melhor descrição da aplicação desta ferramenta será apresentada no capítulo de Materiais e Métodos).

O quadrante inferior esquerdo, representa a cultura Hierárquica. Baseado no modelo de Weber (1947) sobre os atributos clássicos da burocracia, esta cultura pode-se definir como uma cultura onde o espaço de trabalho é muito formal e estruturado. Os procedimentos governam o que as pessoas fazem, pois são as regras formais e as políticas que mantêm a organização coesa. Exemplos deste tipo de culturas podem ser encontrados em contextos onde os processos são altamente estandardizados, com múltiplos níveis de hierarquias. A preocupação ao longo prazo foca-se na estabilidade e no desempenho harmónico e eficiente. A gestão dos empregados está baseada em emprego seguro e em previsibilidade, por enquanto que para os líderes, o orgulho está em serem bons coordenadores e organizadores, focados na eficiência.

Gráfico 3: *Competing Value Framework*



Fonte: Cameron e Quinn (2006)

No quadrante inferior direito, encontra-se o tipo de cultura de Mercado, o qual se aproxima aos conceitos de estabilidade, controlo e foco externo. O tipo de cultura de

Mercado baseia-se em aspectos do trabalho de Oliver Williamson (1975) e Bill Ouchi (1981). Estes autores defendem a existência um grupo alternativo de actividades como a base da efectividade organizacional. Entre os mais importantes, encontra-se o princípio do custo de transacção. Este refere-se a uma tipologia de organização que funciona como um Mercado, cuja orientação é dirigida ao ambiente externo (clientes, licenças, fornecedores, entre outros.) em detrimento dos assuntos internos. O maior objectivo é orientar a organização na direcção da produtividade, de resultados e do lucro, criando vantagens competitivas; as quais podem ser atingidas através do posicionamento externo e controlo (quadrante inferior da direita do gráfico 3). Na linha do OCAI, este tipo de cultura pode-se definir como um espaço de trabalho orientado para os resultados.

Uma seguinte forma de cultura organizacional é a cultura de clã. Esta encontra-se no quadrante superior esquerdo, representado pelos conceitos de flexibilidade, discernimento e foco interno. Este tipo de cultura define-se pela sua similaridade com um tipo de organização familiar. Em vez de regras e procedimentos próprios das hierarquias e, de foco no lucro e na concorrência como na cultura de mercado, este tipo de organização baseia-se em trabalho de equipa, programas de envolvimento do pessoal e de compromisso da empresa aos seus trabalhadores. Segundo os princípios desta cultura organizacional, os clientes são parceiros e o maior desafio é o empoderamento dos trabalhadores para facilitar desta forma a sua participação, compromisso e lealdade.

No OCAI, este tipo de cultura é definido como um espaço de trabalho amigável onde as pessoas partilham muito delas próprias. Os líderes são considerados como mentores. A organização mantém-se coesa pela sua tradição e fiabilidade, criando grandes laços de compromisso entre as pessoas. A organização foca-se em benefícios ao longo prazo e no desenvolvimento dos RH e vincula a importância da coesão e da moral. O sucesso é definido em termos de sensibilidade para com os clientes e preocupação pelas pessoas. A organização tende a premiar o trabalho em grupo e o consenso.

Finalmente, o quadrante superior direito, refere-se a cultura Adocrática, representado pelos conceitos de flexibilidade e discernimento, foco externo e diferenciação. Segundo Cameron e Quinn (2006), quando os países desenvolvidos

passaram de uma era industrializada a uma fase de informação e comunicação, o quarto tipo de cultura organização surgiu. Este tipo de organização é a que se aproxima mais ao mundo organizacional do século XXI. Neste sentido, aspectos como a inovação e iniciativas pioneiras são considerados como os aspectos que levam ao sucesso. Este tipo de organizações caracteriza-se, pelo desenvolvimento de novos produtos, serviços e pela preparação para o futuro. Mintzberg (1989), quem frequentemente utiliza este conceito na sua classificação das organizações, refere-se à Adocracia como um tipo de organização que opera de uma forma oposta a burocracia no sentido de que são organizações inovadoras com um baixo nível de formalização, distanciando-se dos padrões estabelecidos. Da mesma forma, ao não se centralizar no poder ou nas relações do poder, diferenciam-se das culturas de tipo de mercado (Cameron & Quinn, 2006). O poder flui de indivíduo para indivíduo dependendo das tarefas e das características dos problemas a resolver. A cultura Adocrática, é compreendida no OCAI, como um espaço de trabalho dinâmico, empreendedor e criativo. Os membros deste tipo de organização tendem a tomar riscos e se envolvem em processos inovadores. A liderança efectiva é vista como visionária e orientada a tomar riscos. Os aspectos que mantêm a organização coesa são o compromisso, a experimentação e a inovação, sendo o foco a necessidade de se manter à altura dos últimos conhecimentos, produtos e serviços, onde o sucesso é percebido como produção de produtos e serviços únicos e originais.

Este modelo conceptual permite identificar os valores centrais sobre os quais as decisões e juízos de uma organização são realizados, fornecendo indicadores sobre as características mais importantes de uma cultura, o seu estilo de liderança e de gestão, os elementos que mantêm a organização coesa, os critérios que se utilizam para definir o sucesso e o tipo de estratégias que se consideram fundamentais face ao futuro. Desta forma, esta ferramenta foca-se nas pessoas que constituem uma organização.

Assim, a crescente complexidade do sector da Saúde num contexto de mudança organizacional representa ainda maiores desafios para aqueles que actualmente assumem as funções da sua gestão. Recapitulando, os gestores têm que não só antecipar os efeitos das novas tecnologias, como também os desafios de uma população envelhecida, as

doenças crónicas e a escassez de recursos, os quais já são forças activas em qualquer sistema de Saúde, sobretudo nos países desenvolvidos. Estes têm de enfrentar também os obstáculos implícitos num processo de mudança organizacional. Têm de negociar processos, liderar pessoas, gerir conflitos internos, mediar entre profissionais da Saúde e os utentes, orientar o caminho a seguir, estabelecer objectivos comuns e, sobretudo, concentrar a atenção nos cidadãos. Tudo isto no contexto de um cenário desconhecido (devido às transformações organizacionais), carente de manuais de instruções, onde a pressão por obter resultados positivos aumenta conforme o passar do tempo.

É necessário criar as condições para que esta se possa implementar com sucesso (Biscaia, 2006b), e dentro da criação das condições encontra-se o perfil dos seus gestores, para assim para desenhar o resto de estratégias a seguir conforme as forças e debilidades daqueles que estão na primeira linha das organizações (Cameron & Quinn, 1999; Hooijberg & Petrock, 1993; Sullivan, Sullivan & Buffton, 2002).

3.4- As competências essenciais do perfil de um gestor de serviços de Saúde:

No debate sobre como devem ser os gestores destas OS no sector público e quais as suas competências, na literatura evidenciam-se muitas abordagens que pretendem dar uma resposta a esta problemática (Plsek & Greenhalgh, 2001; Plsek & Wilson 2001; Lapão, 2007; Lapão & Dussault, 2010).

Segundo Porter e Teisberg (2006), perante a complexidade, a prática integrada e sistemática é a resposta para oferecer um serviço de maior qualidade. Neste contexto, o ideal seria contar com profissionais que possuam as qualificações, conhecimentos e atitudes para resolver problemas complexos e que lhes permitam desenvolver processos inovadores, lidando, ao mesmo tempo, com a alta responsabilidade para a sua equipa de trabalho e para os utentes, com os quais o compromisso deve ser o foco principal (Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro).

De uma forma mais específica, a literatura que trata a problemática da mudança das organizações tem desenvolvido desde os anos oitenta um vasto número de conceitos

na pesquisa de mecanismos que permitam um tipo de “gestão da mudança” adequado para enfrentar os desafios da Saúde (Heading, 2009; Pedler & Abbott, 2008; Antony et al. 2007). Neste leque de abordagens, evidencia-se que, apesar de existir uma clara preocupação nesta problemática e um consenso sobre a importância dos profissionais face a estes desafios, nas áreas do saber que têm analisado estes temas, os termos de gestão e liderança parecem competir entre si (Mintzberg, 2009). Por um lado, existem autores que defendem que estes representam dois conceitos diferentes, por outro, existem autores que consideram que um destes conceitos é um componente do outro e que não são dois conceitos diferenciados. Este debate ocupa espaço significativo nas discussões académicas entre profissionais e na imprensa de negócios (Mintzberg, 2005; Kotter, 1990; Sutton, 2003). No entanto, os resultados da discussão nem sempre resultam produtivos tanto quanto seria desejável.

Segundo Dickson (2009), por definição, os líderes vão primeiro. Um líder toma a responsabilidade de actuar para dar forma ao futuro. Portanto, este autor partilha a consideração de que os líderes são exploradores que irrompem em cenários desconhecidos e marcam a direcção no meio de um contexto confuso e de incerteza (Kouzes & Posner, 2002; Dickson, 1998). Em contraste, os gestores são percebidos como os “engenheiros” que constroem o caminho que segue os passos do líder (Dickson, 2009).

Tendo novamente em conta o modelo conceptual de Cameron e Quinn (2006), muitos consultores de gestão e autores tendem a associar a liderança com os quadrantes superiores (Clã e Adocracia) e a gestão com os dois inferiores (Hierárquica e de Mercado). Considera-se que uma melhoria no desempenho deve fundamentar-se na melhoria de aspectos como a liderança, estabelecimento de prioridades, tomada de decisões a todos os níveis de uma organização (White & Nanan, 2009).

De forma geral, aposta-se pela liderança como a solução para os problemas organizacionais em detrimento da gestão, sendo que enfatizam no trabalho em equipa, inovação e mudança em contrapartida da estabilidade, produtividade e *status quo*.

No entanto, outra grande parte da literatura não concorda com estas presunções. O ponto de conflito encontra-se na consideração de que para liderar a mudança e para a manter, é necessário possuir quer competências de gestão quer competências de liderança. Líderes que não se comportam como gestores, assim como gestores que não apresentam características de líderes tendem a limitar as suas possibilidades de sucesso. Segundo Cameron e Quinn (2006), mudança sem estabilidade é receita para o caos, assim como também o é a inovação sem produtividade. Na óptica destes autores, a liderança e a gestão são ambas necessárias para a efectividade organizacional.

Mintzberg introduz novos aspectos a estas considerações, no sentido que defende que o conceito da liderança tem governado o uso de outros termos que no final se referem aos mesmos aspectos. Mintzberg (1973), denomina as habilidades de liderança de “*peer skills*”, referindo-se às habilidades interpessoais de uma pessoa perante a um grupo. Na mesma linha da definição mais popular da liderança (CCHSE, 2007.), Mintzberg e Whitley reconhecem o valor e a importância de que um gestor, sobretudo, um gestor dirigente, mantenha atitudes no sentido de promover uma visão, gerir relações inter-organizacionais, liderar e gerir os RH, motivar, orientar o caminho a seguir, inspirar à inovação, entre outros. No entanto, ambos autores consideram que estas competências formam parte das competências do gestor, representando assim uma componente adicional, mas fundamental, deste último conceito. Assim, para estes autores, apesar de que, segundo Mintzberg, se tornou comum (depois de Zaleznick, 1977) fazer uma distinção entre gestão e liderança, os líderes têm de gerir e os gestores têm de liderar para responder à complexidade e aos desafios do sector da Saúde. Ceder a gestão à liderança é deixar muitos outros aspectos de parte que são básicos e fundamentais.

Numa outra linha, existem também certos autores que apesar de reconhecerem a diferença entre estes dois conceitos, enfatizam a importância da combinação de ambos. Segundo Kotter (1990), a combinação de gestão e liderança é especialmente relevante em processos de mudança, pois uma organização com gestão competente pode não ter futuro se essa mesma gestão não for dinamizada por processos de liderança orientados

para a mudança. Da mesma forma, Sutton (2003) defende que os verdadeiros líderes também são gestores. Este autor não rejeita a distinção entre liderança e gestão, mas argumenta que os melhores líderes ou gestores são os que têm a capacidade de combinar ambos os componentes.

Com o objectivo de clarificar esta problemática face aos objectivos de estudo desta investigação, revela-se pertinente explorar ambos os conceitos (de gestão e de liderança) na literatura. Perante o objectivo de definição do conceito da liderança, dois grandes projectos de investigação foram conduzidos pelo *The British Columbia* (BC) num projecto denominado *Leaders for Life* e pelo *Canadian Health leadership Network* (CHLNet), através de um processo de triangulação de dados de entrevistas, grupos focais, e revisão bibliográfica (Dickson, 2009).

O resultado da investigação do BC foi o “*LEADS Framework*”. Este esquema define a liderança em Saúde em termos de cinco capacidades: um líder adequado lidera-se a si próprio, envolve os restantes, atinge resultados, desenvolve parcerias e transforma sistemas (Leaders for Life, 2009). Por outro lado, o CHLNet é uma rede de indivíduos e organizações formada para estimular o desenvolvimento de uma comunidade de líderes e gestores no Canadá. Esta instituição desenvolveu um segundo projecto que é baseado no projecto do BC *Leaders for life*, mas enriquecido com uma nova revisão da literatura e uma série de sessões de Grupos Focais. O resultado foi *The Pan-Canadian Health System Leadership Capabilities Framework*, que defende que os líderes de um sistema de Saúde devem possuir as seguintes competências: serem capazes de ser promotores do apoio aos colaboradores, serem promotores de crescimento pessoal, terem capacidade de criar resultados, conectar com os restantes e mudar sistemas. Actualmente, estes padrões servem como guias orientadores para o desenvolvimento da liderança entre organizações e sistemas no Canadá (Dickson, 2009). Pode-se observar que ambas as definições de liderança são muito similares e que se baseiam nos mesmos princípios.

Organizações profissionais como *The Canadian College of Health Service Executives* têm também um papel fundamental no desenvolvimento do tipo de liderança para altos executivos que é necessário para atingir uma transformação efectiva do

sistema de Saúde do país. Esta organização define a liderança com um conceito que se refere a um processo social de influência para envolver, organizar e motivar outros para atingir metas, objectivos e compromissos comuns, para assim atingir os resultados esperados. Neste enquadramento, entre as competências que se consideram fundamentais num líder encontram-se: ser capaz de promover uma visão, criar e manter uma cultura partilhada, inspirar à inovação, gerir relações inter-organizacionais, liderar e gerir os RH, promover espaços de confiança e respeito e coordenar a comunicação.

Tal e como se evidencia nesta revisão bibliográfica, o conceito de liderança baseia-se em listas de atributos, competências e valores que os que são reconhecidos como líderes devem possuir (Schein, 2010). Adopta muitas formas e tem sofrido grandes mudanças e influências ao longo de décadas, lidando com posições teóricas muito variadas que pertencem a distintas disciplinas como a psicologia, sociologia, antropologia, gestão e liderança propriamente dita (Heading, 2009). Inclusive, existe muito trabalho não científico disponível que o transforma num conceito elusivo sem valor operacional. De alguma forma, estes aspectos permitem perceber que ainda há uma necessidade de continuar a desenvolver e clarificar este conceito.

No entanto, pode-se dizer que existe uma linha coerente na sua trajectória no sentido que a liderança fala das pessoas, de equipas, e sobretudo, fala da importância de focar estratégias e esforços para desenvolver, motivar e capacitar os RH de uma organização. Portanto, com o objectivo de perceber o debate entre estes conceitos, ao reconhecer a crescente preocupação sobre como gerir e liderar as mudanças que os novos desafios em Saúde implicam, torna-se possível contextualizar a importância e protagonismo que o conceito da liderança tem adquirido. Na procura de estratégias efectivas para melhorar o desempenho dos profissionais de Saúde, apostar na liderança é apostar pelas pessoas e pela sua motivação para que pensem menos em si próprias e mais na equipa, pois o sucesso está ligado ao bom funcionamento da organização como um todo (Storey, 2005; WHO, 2008).

Passando ao conceito da gestão, existem várias perspectivas em relação ao perfil que os profissionais em funções de gestão nas organizações públicas de Saúde devem

possuir. Para fechar o capítulo de apresentação das teorias e conceitos que dão forma à presente revisão bibliográfica, vão seguidamente ser apresentadas três contribuições teóricas dos autores, Whitley (1989), Mintzberg (1973, 2009) e Dussault (1992, 1994, 2010), considerados referências nestas áreas do saber.

Whitley (1989) defende uma visão das actividades dos gestores como discricionais e organizacionais, da qual parte a sua consideração das competências de gestão mais adequadas para o desempenho das tarefas de gestão. Discricionais no sentido que envolvem decisões em contraposição a serem parte de uma rotina e governadas por regras externas, formais, preestabelecidas ou gerais. Organizacionais, no sentido que os gestores são responsáveis pelo cumprimento dos objectivos da organização em si própria, em detrimento da consecução de actividades individuais dos seus membros. Portanto, este autor menciona que as suas tarefas são altamente interdependentes, contextuais e sistémicas, requerendo a consideração de factores relacionados para obter um resultado em termos da organização. Estes aspectos para além de implicar um grande conhecimento do contexto, requerem habilidades relacionadas com a resolução de problemas e com a implementação de resultados de conclusões analíticas no contexto. Da mesma forma, a necessidade de desenvolver a habilidade de sintetizar informação proveniente de uma variedade de fontes e apreciar a interconexão dos fenómenos e decisões requer a capacidade de pensamento sistémico.

Como resultado destes aspectos, este autor identifica um baixo grau de padronização nas tarefas destes profissionais. Na sua perspectiva, os gestores devem resolver os problemas da sua organização segundo o seu contexto particular portanto, entre um número de alternativas disponíveis, deverá considerar a mais apropriada. Neste sentido, este autor refere-se ao facto de que estes profissionais mantêm um certo grau de discernimento nas suas funções, limitando as possibilidades de que as técnicas e procedimentos a aplicar possam ser padronizados entre sectores ou empresas. No entanto, o autor também enfatiza a natureza dual das tarefas administrativas no sentido da importância da combinação entre continuidade e inovação, decidindo entre as alternativas possíveis que recursos devem ser combinados, transformados e

coordenados. Neste sentido, este autor menciona a habilidade de adaptação das forças inerentes às mudanças anteriormente mencionadas e a curiosidade intelectual para assim mudar de abordagem e utilizar novas ideias e informações

Finalmente, para este autor, as habilidades interpessoais, que nas palavras de Mintzberg (1973, p.189) são denominadas de “*peer skills*”, são igualmente fundamentais. O gestor, ao ter que gerir com aspectos organizacionais, deve manter habilidades de gerir grupos e relações, lidar com hierarquias superiores e desenvolver competências de *networking*.

Numa seguinte perspectiva, a contribuição de Mintzberg (1973, 2009) sobre as tarefas e competências dos gestores, permite acrescentar factores relevantes em relação aos gestores dirigentes ou gestores de topo. Da mesma forma que Whitley, este autor começa por descrever as tarefas ou actividades dos gestores para logo identificar o papel que estes devem adoptar no seu desempenho profissional.

A primeira tarefa relaciona-se com a função interpessoal, que sugere o envolvimento de pessoas e tarefas cerimoniais. Dentro desta categoria, a capacidade de desenvolver as habilidades interpessoais relaciona-se com a figura de líder como responsável pelo treino do seu pessoal e como cabeça simbólica de uma organização e, com a figura de *Liaison*, termo que Mintzberg utiliza para descrever a responsabilidade de manter a comunicação entre os colaboradores que compõem a rede organizacional.

A seguinte tarefa, a função informacional/comunicativa, relaciona-se com a recolha, disseminação e difusão da informação. Neste sentido, o gestor deve possuir a capacidade de monitorizar, procurar e receber a informação para melhor compreender a organização, ao mesmo tempo que deve desempenhar uma função de disseminador da mesma, para transmitir a informação mais relevante aos membros da organização.

Finalmente, Mintzberg menciona a importância da capacidade de tomar decisões e da função de empreendedor, como a pessoa que inicia as mudanças e a inovação com o objectivo de melhorar o desempenho. Para estas tarefas, o gestor deve demonstrar capacidade para delegar responsabilidades, motivar os colaboradores para desenhar

estratégias, tomar conta da supervisão do desenho das mesmas e lidar com distúrbios e situações imprevistas. Neste sentido, Mintzberg menciona que o gestor deve ser capaz de distribuir recursos, estabelecer prioridades e negociar as actividades a desempenhar.

Finalmente, de forma a aproximar a análise à visão das organizações de Saúde, como organizações profissionais (Dussault, 1992, 1994, Mintzberg, 1989) Dussault (1994) apresenta uma proposta de competências dos gestores segundo três dimensões: a dos conhecimentos, a das habilidades e a das atitudes.

Na primeira dimensão, segundo este autor, a primeira tarefa do gestor é definir com clareza quais os resultados esperados em termos de qualidade dos serviços. Da mesma forma que Whitley e Mintzberg, Dussault menciona que isto requer um conhecimento das necessidades da população, da situação actual (contexto), acrescentando a necessidade do conhecimento das normas de qualidade pertinentes aos serviços produzidos. Com essa informação o gestor pode estimular um processo para definir, para cada departamento e serviço, quais os resultados que poderão ser razoavelmente alcançados e identificar que mudanças deverão ser feitas para os atingir.

Passando à dimensão das habilidades, como responsáveis de fazer com que as coisas se encaminhem no sentido de atingir os objectivos, na medida que as circunstâncias o permitam, os gestores devem enfrentar os desafios e acompanhar os seus colaboradores nesse processo. Dussault (1994) argumenta que é fundamental equipar os membros da organização para que consigam atingir os resultados esperados, ou seja, dar acesso aos instrumentos que permitam uma produção de qualidade. Da mesma forma que as duas contribuições teóricas anteriormente referidas, as habilidades interpessoais são destacadas.

Igualmente importante, a fim de o gestor poder contribuir para alcançar os objectivos da organização, é necessário primeiro que o resto dos membros os conheçam. Este autor portanto menciona que a informação e a comunicação das orientações, prioridades, objectivos, projectos e até mesmo dos problemas e dificuldades da organização são competências fundamentais dos gestores. Uma gestão mais transparente induz maior confiança e consegue solicitar com mais facilidade a colaboração dos seus

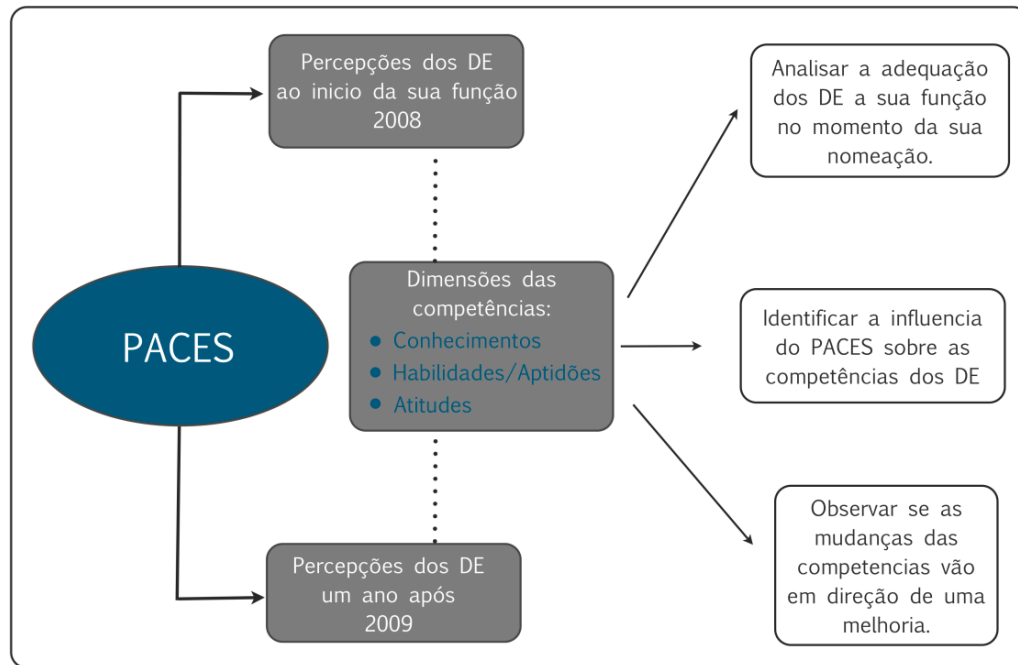
membros para melhorar a qualidade dos serviços, o que requer uma abertura por parte do gestor à avaliação do seu próprio desempenho e do desempenho organizacional.

Relativamente à última das dimensões, Dussault menciona que as tarefas descritas também requerem mudança de atitude, pois estas são muito importantes por reflectirem a imagem do gestor. Neste sentido, Dussault expressa que o gestor exerce influência sobre os membros de sua organização pela sua forma de ser e de agir, mostrando o caminho a ser seguido. Assim, para este autor, tendo em conta os obstáculos da administração das OS, tomar acção na resolução de problemas revela-se indispensável. *“A primeira condição da acção é a decisão de agir; e o principal determinante do sucesso da acção é a validade da análise da situação. O gerente que considera os problemas complicados demais e que nada poderá fazer, não irá tentar mudar a situação confirmando seus próprios prognósticos”* (p. 487).

Outro tipo de atitudes mencionadas por Dussault, tais como dedicação ao bem-estar dos utentes, receptividade a outras pessoas, ideias e experiências, a curiosidade intelectual, o respeito para com os seus colaboradores, induzem comportamentos compatíveis com a procura constante da qualidade. Por outro lado, a ausência de interesse nos demais, inflexibilidade quanto à sua opinião e autoritarismo, não ajudam a criar condições de prestação de serviços de qualidade, especialmente quando os prestadores são profissionais especializados e as circunstâncias exigem constante adaptação das acções organizacionais num ambiente de mudança.

Estes três autores, cada um com contribuições pertinentes ao tema da presente investigação, oferecem uma visão uniforme mas complementar sobre o conceito da gestão e das competências dos gestores na área da Saúde. Uma vez finalizada a revisão dos dois conceitos fundamentais, a liderança e a gestão, pode-se dizer que em contraposição com a revisão realizada sobre o conceito da liderança, o estudo do conceito da gestão, revela-se mais consistente e inclusivo, sendo que reconhece as habilidades interpessoais, de motivação e liderança como aspectos fundamentais. Assim, considera-se pertinente partir destas últimas três contribuições teóricas para continuar com o processo de investigação presente.

4. QUADRO CONCEPTUAL



O Quadro Conceptual demonstra de forma gráfica os passos a seguir e a relação entre os conceitos e variáveis do estudo que se consideraram pertinentes. Assim, partindo da base teórica desenvolvida no capítulo de Revisão Bibliográfica, propõe-se o modelo de investigação seguinte.

A presente investigação foca-se no contexto da RCSP e nos Directores Executivos dos ACES que participaram no PACES como população específica e única. O curso PACES representa o Caso do presente estudo, delimitando os dois períodos temporais onde foram recolhidos os dados que serão analisados nesta investigação. Os períodos temporais representam as percepções dos DE ao início das funções em 2008 e as percepções destes PdS um ano mais tarde, em 2009.

A relação entre o evento PACES e o conjunto de variáveis que representam as percepções dos DE nestes dos períodos, vai ser estudada através da análise e comparação das dimensões das competências de gestão apresentadas no Capítulo de Revisão Bibliográfica, as quais foram construídas a partir das contribuições teóricas de

três autores, Whitley, Mintzberg e Dussault. As competências consideradas nas dimensões mencionadas são: os Conhecimentos, as Habilidades e as Atitudes (CHA):

Conhecimentos: sobre o contexto particular e o sector de interesse; sobre as necessidades dos utentes; e sobre as normas de qualidade existentes.

Habilidades: pensamento sistémico; a capacidade de resolução de problemas; a habilidade de comunicar e difundir a informação mais relevante aos seus colaboradores; as habilidades interpessoais (capacidade de motivação, liderança e networking); abertura à avaliação operacional do seu próprio desempenho e o dos prestadores de serviço; a capacidade de inovação e de adaptação às mudanças; e a capacidade de negociação.

Atitudes: a curiosidade intelectual; a dedicação ao bem-estar dos utentes; e a receptividade e abertura aos seus colaboradores outras pessoas.

Finalmente, como o último passo, e com o objectivo de enriquecer os resultados e aproveitar as possibilidades que oferecem os questionários utilizados, será também avaliada a cultura organizacional, antes e depois do PACES, através da ferramenta OCAI e o *Competing values Framework*.

Esta sequência de passos e relações entre variáveis tem como objectivo permitir a análise sobre a adequação dos DE à sua função no momento da sua nomeação, a influência do PACES sobre as percepções dos DE e, finalmente, observar se as mudanças das competências vão em direcção de uma melhoria segundo o recomendado na literatura.

O modelo explicativo apresentado refere-se unicamente aos aspectos que permitem analisar as diferenças entre as percepções dos DE ao início da sua função e um ano depois. Podem-se encontrar vários outros factores explicativos, quer relacionados com o PACES quer externos e próprios da realidade quotidiana dos DE no seu âmbito de trabalho não considerados nesta investigação. Estes últimos podem incluir as experiências prévias dos DE, o trabalho e empenho individual dos DE, as relações e partilha de informação que pode existir entre estes profissionais, o clima ou ambiente laboral em cada um dos ACES, entre muitos outros. Quanto aos factores explicativos

relacionados com o PACES, podem-se identificar também aspectos como o clima de trabalho que existiu durante o curso, os resultados do trabalho em grupo, os professores ou conferencistas que participaram nos diferentes módulos, os conteúdos que foram ensinados durante as sessões, os aspectos físicos da sala de aulas ou inclusive os horários e duração das sessões.

Sendo muito amplas as possibilidades de análise dos factores e considerando as limitações de tempo, dos dados disponíveis e das metodologias a utilizar, no presente estudo irão ser unicamente analisadas as dimensões das CHA apresentadas que conformam as percepções sobre as competências essenciais dos DE e a avaliação da cultura organizacional também percebida, resultantes da informação que oferecem os questionários disponíveis.

5. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJECTIVOS

A Questão de Investigação que se levanta a partir da relação entre as variáveis e os conceitos apresentados no Quadro Conceptual e da precedente Revisão Bibliográfica, é a seguinte:

Como se ajustam as percepções dos Directores Executivos dos ACES sobre as suas competências de gestão às funções dos gestores num contexto de Reforma organizacional?

Seguidamente, para o desenvolvimento do presente estudo e resposta da questão de investigação foram definidos objectivos gerais e vários objectivos específicos.

6. OBJECTIVOS

Objectivos gerais:

- Analisar as percepções das competências dos DE ao início das suas funções em 2008, antes do PACES, em relação às três dimensões das competências dos gestores apresentadas no modelo teórico.
- Analisar as mudanças e evolução das suas percepções após o curso PACES.
- Descrever a influência do PACES nas percepções dos DE sobre as suas competências de gestão.

Objectivos específicos:

- Descrever o perfil dos DE dos ACES.
- Medir as percepções dos DE sobre os seus conhecimentos, habilidades e atitudes em ambos os períodos (antes e depois do PACES) através dos critérios estabelecidos.
- Comparar os resultados destas medições.

- Observar as dimensões das competências nas quais se apresentam maiores/menores alterações de um período ao outro.
- Identificar as competências percebidas pelos DE que se encontram mais/menos próximas das dimensões das competências de gestão apresentadas no modelo teórico.
- Identificar e comparar a cultura organizacional percebida pelos DE em ambos períodos.

7. HIPOTÉSES

As hipóteses desta investigação baseiam-se nas seguintes considerações:

- As percepções dos DE sobre as suas competências de gestão após o curso de formação PACES encontram-se mais próximas das competências apresentadas no modelo teórico da presente investigação.
- A dimensão das Atitudes é a dimensão das competências de gestão que apresenta maior resistência à mudança face as dimensões dos Conhecimentos e Habilidades.
- Após a experiência do curso PACES, os DE passam a ter uma percepção da sua cultura organizacional mais em linha com o tipo de cultura Adocrática.

8. DESENHO DO ESTUDO

O desenho do estudo refere-se ao passo inicial de uma investigação onde se revela a pergunta de como planificar uma investigação. De acordo com Flick (2009) e Creswell (2009), implica um processo constante de tomada de decisões, visto tratar-se do plano e dos procedimentos para a recolha e análise da evidência e dos dados para atingir a resposta e a abordagem da pergunta de investigação.

O presente estudo, trata-se um estudo de caso único descritivo que aplica metodologias de recolha de dados quantitativa e ferramentas de análise mistas para estudar o perfil e as competências dos DE dos ACES, de acordo com as competências essenciais definidas pela literatura para este tipo de profissionais. Segundo Grimes (2002), toda investigação de alguma forma tem que começar por um estudo descritivo. Dele nascem as hipóteses que poderão ser estudadas em estudos posteriores, pois começa-se por responder a cinco perguntas básicas; quem, o quê, porquê, quando e onde. Desta forma, os estudos descritivos representam a primeira aproximação às áreas de investigação e fenómenos a investigar, focando-se na descrição das variáveis existentes e com a sua distribuição, sem se preocupar com aspectos causais ou outro tipo de hipóteses. No que diz respeito às restantes características, trata-se de um estudo cujas fontes de dados são secundárias, pois foram utilizados dados já recolhidos por outra instituição, apesar de a inserção e criação da base de dados ser primária.

Estudo de caso:

Segundo Yin (2001), quando numa investigação existem questões exploratórias que aspiram o desenvolvimento de hipóteses e proposições importantes para estudos ulteriores, o estudo de caso é o ponto de partida.

O estudo de caso refere-se a um problema a ser estudado, o qual revelará uma compreensão aprofundada de um caso ou de um sistema delimitado que envolve a compreensão de um evento, actividades, processo ou um ou mais indivíduos (Creswell, 2009).

Uma das definições do estudo de caso mais utilizadas na investigação é a fornecida por Yin (2001; 2003). Segundo este autor, um estudo de caso é “(...) *uma investigação científica que investiga um fenómeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenómeno e o contexto não estão claramente definidos*” (2001, p. 32-33). O autor continua a descrever os estudos de caso como uma abordagem metodológica de investigação especialmente adequada quando se procura compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos factores. Desta forma é recomendado que o estudo de caso seja utilizado quando a investigação se encontra numa fase inicial e exploratória do objecto em estudo e quando é pretendida a elaboração de novas hipóteses (Bowling, 2009).

Continuando com Yin (2003), na sua perspectiva é possível diferenciar vários tipos de estudos de caso em função dos seus objectivos: Exploratório, Explicativo e estudos de caso Descritivos. Os Exploratórios, são normalmente conduzidos com o objectivo de definir perguntas de investigação e hipóteses, quando as áreas de conhecimento são pouco estudadas. Os estudos Explicativos, pretendem realizar uma ligação entre um evento e os seus efeitos e são portanto adequados para estudos de causalidade. Finalmente, os estudos Descritivos, são utilizados para ilustrar eventos e contextos específicos, focando-se nas características definitórias do caso a investigar.

Numa segunda classificação deste autor, cada um destes casos pode ser diferenciado em quatro tipos de estudo, sendo duas as categorias principais: número de casos em análise e o seu desenho. Em relação a primeira categoria, este autor defende que poderá optar-se por um estudo de caso único ou por um estudo de casos múltiplos; o estudo de caso único deve ser utilizado quando existe um único estudo de caso a estudar e, em contrapartida, quando se considera a análise de múltiplos casos no mesmo estudo de caso devera-se optar pelo estudo de casos múltiplos. Quanto à segunda categoria, o autor defende que ambos podem ter duas variantes: um desenho holístico ou um desenho incorporado (*embedded*). Neste ultimo tipo de desenho, é preciso recorrer à replicação lógica dos resultados ao repetir o mesmo estudo sobre casos diferentes, sendo utilizadas

“múltiplas unidades de análise” (*multiple units of analysis*). Em relação ao seu desenho, Yin, sugere que se opte por um único caso holístico quando não é possível identificar uma “subunidade lógica” de análise para ser aplicada em vários casos, sendo o objectivo da perspectiva longitudinal descobrir e explicar mudanças entre os casos com o passar do tempo; e, por um caso incorporado quando a situação é avaliada a partir de diferentes unidades ou níveis de análise, sendo esta uma perspectiva mais comparativa que permite descobrir e explicar diferenças entre casos.

O tipo de metodologia considerada como a mais apropriada para o presente estudo de caso foi a Descritiva, não só considerando que o objectivo neste tipo de estudo é a descrição e reconstrução de um caso (Flick, 2009), mas também tendo em conta que o fenómeno a explorar é específico, com características próprias, que ao mesmo tempo é recente e pouco explorado, contribuindo assim para o melhor conhecimento do mesmo. Da mesma forma, pela sua especificidade, não são pretendidas comparações com fenómenos similares, a nível nacional ou ao nível internacional. As suas características são as seguintes:

A definição do caso: O Curso de formação de gestão e liderança para os DE dos ACES no contexto da RCSP representa o caso da presente investigação, sendo o evento que delimita o espaço temporal onde os dados foram recolhidos.

A definição das unidades de análise: As unidades de análise são todos os DE que participaram no curso PACES e responderam aos dois questionários.

O número de casos a estudar: Devido às suas características e ausência de subunidades lógicas, trata-se de um estudo de caso único.

A natureza da pergunta de investigação: O objectivo do presente estudo é descrever o perfil dos DE dos ACES no contexto da RCSP, as diferenças entre eles e o perfil recomendado pela literatura para gestores dirigentes de Saúde num contexto público e assim tentar perceber melhor os desafios que se enfrentam e que aspectos podem ser reforçados para potenciar as oportunidades da RCSP.

Natureza do fenómeno: Os estudos de caso permitem um estudo holístico de um

fenómeno (Yin, 2003). No presente estudo, pretende-se abranger todos os aspectos relacionados com as percepções dos DE sobre as suas competências de gestão e as suas características como líderes dos ACES no processo de RCSP. A construção da imagem do fenómeno e descrição das características dos seus principais agentes fornece uma melhor compreensão e entendimento sobre os aspectos da gestão no sector da Saúde.

A natureza do contexto: O estudo e as suas unidades de análise não podem ser separados do nem seu contexto, nem dos desafios da RCSP, nem do processo da sua nomeação como DE.

9. MATERIAL E MÉTODOS

A metodologia, como um conjunto de procedimentos sistemáticos que orientam uma investigação, deve responder a certos compromissos que são necessários para o seu desenvolvimento (Flick, 2009). A escolha dos métodos deve responder às próprias características da investigação em questão, atendendo sempre à pergunta de investigação, aos objectivos do estudo e às características do fenómeno a estudar (Flick, 2009; Creswell, 2009). Segundo Flick (2009), nem todos os métodos são apropriados para todo tipo de investigações. Uma selecção apropriada das metodologias a aplicar pode potenciar os resultados a obter de uma investigação ou, pelo contrário, pode introduzir obstáculos. Neste capítulo é apresentada a contextualização da metodologia utilizada para a realização desta investigação, assim como também o tipo de abordagem metodológica, os critérios utilizados para a análise comparativa e a ferramenta de avaliação da cultura organizacional para a respectiva análise dos resultados.

9.1- Metodologia de Recolha de dados:

O presente estudo foi desenhado tendo em conta a consideração de um Projecto de investigação já existente, no qual se considerava pertinente continuar a explorar certos aspectos adicionais. Neste sentido, a metodologia que foi aplicada em dito projecto para proceder à recolha de dados foram os questionários. Estes foram aplicados a todos os DE dos ACES, considerando uma amostra censitária, em dois tempos diferentes, no âmbito do projecto LACES (Liderança dos ACES) da AGO/INA em parceria com o Ministério de Saúde que acompanhava o curso PACES. Desta forma, os questionários oferecem uma imagem da população em estudo, antes e depois do curso PACES.

A utilização destes questionários para a presente investigação permitiu a aproximação a população em estudo (os DE) para obter um enfoque quantitativo em forma de descrição numérica das percepções sobre as tendências, atitudes e práticas, assim como também, para obter uma fundamentação qualitativa através de teorias

envolvidas em ferramentas insertas no questionário.

O enfoque quantitativo deve-se à necessidade de medir as três dimensões das competências essenciais da gestão através das respostas dos DE, antes e depois da formação recebida por parte de PACES. Da mesma forma, deve-se à necessidade de caracterizar o perfil destes profissionais para obter um melhor conhecimento sobre como são estes DE em termos de idade, género, profissão, entre outras variáveis.

A inclusão da abordagem qualitativa surge da aplicação da ferramenta OCAI, a qual responde também a aspectos quantitativos. Os aspectos qualitativos referem-se à análise e avaliação da cultura organizacional através de uma série de perguntas que se encontram fundamentadas num modelo teórico. Estes aspectos são da mesma forma fundamentais devido à importância de estudar a forma na qual os DE tomam decisões, o estilo de liderança e gestão que aplicam na sua organização, a sua definição do sucesso e o tipo de percepções que mantêm em relação à dinâmica e ambiente no qual trabalham. Os aspectos quantitativos desta ferramenta respondem à quantificação e atribuição de pontuações segundo as respostas oferecidas para avaliar o tipo de cultura organizacional percebido por os DE.

Metodologia dos Questionários:

Para levar adiante o desafio da Reforma que implicava uma nova forma de gestão, o Instituto Nacional de Administração (INA) desenvolveu o curso de formação PACES para os Directores Executivos dos ACES. O seu objectivo foi criar uma cultura e prática de gestão que resulta de aprendizagens e vivências partilhadas, para assim conseguir uma gestão mais eficiente e mais criadora de valor para os cidadãos, que são, afinal, a razão de ser dos ACES. O curso de formação, iniciado em 2008, foi composto por uma série de experiências e módulos de aprendizagem.

Com o objectivo de avaliar o impacto deste curso, realizaram-se, antes e após a formação, questionários face a seu estilo de gestão, atitudes, preferências, e opiniões, entre outros aspectos. Os questionários (Anexo II), foram primeiro testados através de

um estudo piloto (aplicados a 7 dirigentes do INA), para serem logo aplicados na investigação da AGO/INA. Estes questionários tinham na sua criação, o objectivo geral de conhecer os/as dirigentes da Administração Pública Central Portuguesa, numa perspectiva de percepções e práticas de liderança e gestão num contexto de mudança, de forma a contribuir para a identificação de necessidades de formação adequada à realidade vivenciada numa perspectiva de contribuir para um melhor desempenho destes na AP (Lapão et. al., 2008). Neste sentido, o presente estudo, encontrava-se na linha da finalidade dos questionários, justificando-se a sua aplicação.

Da mesma forma, estes questionários partilham a definição de gestor/líder com a presente investigação, razão pela qual a análise e a selecção das variáveis para o seu tratamento estatístico revela-se fundamental para atingir os objectivos propostos. Assim, pretende-se seleccionar as variáveis que permitam realizar as análises pertinentes, tendo em conta as características dos dados recolhidos e os objectivos pretendidos nesta investigação. A fundamentação teórica deste questionário encontra-se na mesma linha das bases que permitiram desenhar e implementar o curso PACES já descrito em capítulos anteriores.

Os questionários da AGO/INA, com apenas duas perguntas diferentes entre um e o outro, foram compostos por cinco dimensões de análise, com o objectivo de aumentar o conhecimento sobre os comportamentos das percepções e práticas dos(as) DE e das necessidades de formação emergentes. As dimensões utilizadas são as seguintes: Dimensão 1: auto-imagem e perfil dos DE; Dimensão 2: estilos de liderança, formas de relacionamento com os colaboradores; Dimensão 3: percepção das características e atributos necessários para o bom exercício de funções de direcção/liderança; Dimensão 4: características dominantes da cultura da organização percebida pelos DE; Dimensão 5: gestão da mudança, importância da relação com os cidadãos e os colaboradores da organização e qualidade organizacional.

Cada uma destas dimensões é composta por vários tipos de variáveis, sendo a maioria delas nominais e ordinais fechadas com respostas pré-codificadas. Estes questionários não contêm variáveis numéricas.

População e amostra:

Uma vez que a população em estudo é igual ao universo, pois todos os DE dos ACES em Portugal foram envolvidos no estudo, trata-se de um estudo censitário (Marconi & Lakatos, 2007). No entanto, a taxa de resposta não corresponde a 100%, pois num primeiro momento obtiveram-se respostas de 64 participantes entre um total de 73 DE, sendo a taxa de resposta 87,7%, e num segundo momento 62 participantes que preencheram os questionários devidamente, sendo a taxa de resposta 85%.

Os dados obtidos dos questionários aplicados, resultam a base de dados fundamental no percurso do presente estudo. Através das características e possibilidades que estes dados forneceram, foi desenvolvido o desenho de estudo. Os questionários representam assim a fonte de informação principal.

9.2- Metodologia de análise dos dados:

Ao desenvolver um estudo descritivo com estas características, considerou-se necessário desenvolver a consequente análise de dados em duas fases complementares. Na primeira fase, com o objectivo de contribuir aos resultados globais da investigação, através da estatística descritiva, realiza-se uma caracterização da população em estudo através de certas variáveis de interesse.

Numa seguinte fase, de forma a analisar os dados os questionários, e responder às perguntas da investigação, desenvolveu-se um enquadramento teórico baseado na consideração de contribuições da literatura que consideraram aspectos como: os gestores de OS, o contexto público e a função dos gestores dirigentes. Estas contribuições permitiram criar um modelo de competências essenciais e necessárias nos gestores em três dimensões fundamentais: conhecimentos, habilidades e atitudes. Os questionários foram analisados de forma a comparar os resultados com estas três dimensões das competências, sendo a unidade de análise os DE dos ACES como gestores dirigentes num contexto de mudança organizacional no sector dos Cuidados de Saúde Primários.

Nesta fase final, tendo em conta a importância da avaliação e mensuração da cultura

organizacional nesta investigação, também foi considerada a utilização da ferramenta OCAI incluída nos questionários aplicados. Esta ferramenta é tanto qualitativa como quantitativa tal e como foi desenvolvida pelos seus autores (Cameron & Quinn, 2006). O processo recai sobre uma medição quantitativa de dimensões culturais chave assim como também sobre métodos qualitativos, incluindo símbolos e aspectos que permitem representar os aspectos não mesuráveis sobre o ambiente da organização. No presente estudo vai aplica-se esta ferramenta quantitativa de medição da cultura organizacional e, os elementos teóricos que defende para complementar e fundamentar os resultados.

a) Estatística descritiva

A estatística descritiva tem por objectivo descrever e analisar as características de um conjunto de dados, obtendo dessa forma resultados que permitam conhecer melhor as características do conjunto.

Os dados que conformam a base deste estudo foram recolhidos em dois períodos distintos através de um mesmo questionário. Desta forma, existe uma amostra comum a ambos. No entanto, os dados foram recolhidos de forma anónima, não sendo possível identificar os casos correspondentes em ambos os questionários, razão pela qual não se conta com dados emparelhados. Da mesma forma, tendo em conta que tratar-se de uma amostra tipo censo, não se conta com uma amostra aleatória, não sendo a inferência estatística um procedimento válido nem adequado para esta investigação.

Considerando estes aspectos, realizou-se uma análise descritiva das variáveis e das suas frequências. Foram utilizadas um total de 10 variáveis, compreendidas em 8 perguntas. A comparação foi realizada entre os dados referentes ao ano de 2008 e de 2009, obtidos através dos questionários aplicados aos DE dos ACES nestes dois tempos. O Programa estatístico utilizado para a inserção dos dados e a respectiva análise descritiva foi o Programa SPSS 18.

b) Análise das competências de gestão

Para a análise dos dados foram estabelecidos critérios que caracterizam as competências essenciais dos gestores dirigentes das OS no sector público segundo as dimensões de conhecimentos, habilidades e atitudes.

Tendo em conta que os questionários não foram desenhados especificamente para a medição e comparação das dimensões das competências essenciais dos gestores, para responder aos critérios estabelecidos, seleccionaram-se as perguntas dos questionários AGO/INA que mais se aproximam aos assuntos pertinentes, obtendo uma aproximação que permita dita comparação.

Na análise estatística foram utilizadas 23 perguntas do total das perguntas e dados dos questionários, compreendendo um total de 36 variáveis. A comparação foi realizada entre os dados referentes aos questionários do 2008 e ao Questionário do 2009 com as dimensões das competências.

Na análise dos critérios específicos e análise final dos critérios gerais, devido a que se trata de percepções e de uma primeira aproximação à análise destas temáticas, considerou-se apropriado manter um critério exigente para a avaliação dos resultados. Desta forma, a avaliação foi considerada positiva quando apresentava resultados positivos para mais de 70% das respostas e, negativa para 30% ou menos.

Para a determinação dos critérios foram consideradas as contribuições teóricas relativas aos gestores dirigentes de OS no sector público, apresentadas no capítulo da Revisão Bibliográfica. Os critérios utilizados foram divididos em critérios específicos, gerais e as suas respectivas variáveis. Na descrição dos critérios específicos e dos critérios gerais, vai se estabelecer em que casos as respostas se consideram positivas para logo efectuar as medições pertinentes. Os critérios gerais são os seguintes:

1. Competências – conhecimentos
2. Competências – habilidades
3. Competências – atitudes

1. Critérios específicos do critério geral das competências – conhecimentos:

1.1- Sobre o contexto particular e o sector de interesse:

- a) A4. Há quanto tempo está no centro de Saúde ou ARS actual? (1- menos de 5 anos; 2- entre 5 a 10 anos; 3- mais de 10 anos; 4- outra instituição).
- b) A5. Há quanto tempo se encontra a trabalhar na Saúde? (1- menos de 9 anos; entre 9 e 15 anos; mais de 15 anos).
- c) A12. Antes de assumir a Direcção Executiva do ACES já tinha experiência anterior de coordenação no âmbito de centros de Saúde? (1- sim/ 2- não).

1.2- Sobre as necessidades dos utentes:

- a) E3. A sua organização mede a satisfação dos cidadãos/utentes com que periodicidade? 1- Mensalmente; 2- Semestralmente; 3- Anualmente; 4- De vez em quando, de forma não sistemática; 5- Nunca; 6- Outra).
- b) E5. Sabe de alguma sugestão realizada por um cidadão que tenha sido implementada na sua organização? (1- sim; 2- não).
- c) E6. Como classificaria a sua organização, em termos de satisfação dos utentes, em relação ao restante sistema de Saúde de que faz parte? (1- Muito pior; 2- Pior; 3- Igual; 4- Melhor; 5- Muito melhor; 6- Não sabe; 7- Não se aplica).

1.3- Sobre as normas de qualidade existentes:

- a) E12. A sua organização mede a qualidade organizacional (por ex. Utilizando MoniQuOr) com que periodicidade? (1- Mensalmente; 2- Semestralmente; 3- Anualmente; 4- De vez em quando, de forma não sistemática; 5- Nunca; 6- Outra).
- b) E13. Como classificaria a sua organização, em termos de qualidade organizacional, em relação ao do restante sistema de Saúde de que faz parte? (1- Muito pior; 2- Pior; 3- Igual; 4- Melhor; 5- Muito melhor; 6- Não sabe; 7- Não se aplica).

Estes critérios vão ser considerados positivos nas seguintes circunstâncias: Quando a resposta é *sim* nos casos de resposta sim/não; quando a respostas correspondem a *entre 5 a 10 anos* e *mais de 10 anos* na variável A4; *entre 9 e 15 anos* e *mais de 15 anos* na A5; *Mensalmente* e *Semestralmente* na variável E3; nas variáveis E6 e E13, consideram-se todos os casos nos quais se oferece uma resposta que denota conhecimento da satisfação dos utentes, portanto todas são positivas a excepção de *não sabe* e *não se aplica*; e finalmente, na variável E12 as respostas *Mensalmente* e *Semestralmente*. O critério específico será considerado positivo quando a média das respostas positivas dos seus componentes for maior a 70%, norma que será aplicada a todos os critérios nesta análise.

2. Critérios específicos do critério geral das competências – habilidades:

2.1- Pensamento sistémico: reflectir sobre a sua organização e o seu desempenho, baseando-se nas necessidades do contexto:

- a) E1. Identifique quais seguintes necessidades para ajudar a equipa na gestão da melhoria? (1- Usar ferramentas de gestão; 2- Mais tempo para ajustar os processos; 3- Mais Recursos Humanos; 4- Mais tempo para fazer o diagnóstico e definir o plano de mudança; 5- Mais recursos financeiros; 6- Mais recursos tecnológicos; 7- Não foram identificadas nenhuma das necessidades; 8- Outras).

Tendo em conta a problemática analisada e a revisão bibliografia, as necessidades que são consideradas para que o critério seja positivo todas aquelas que denotem uma necessidade, sendo as respostas *Não foram identificadas nenhuma das necessidades e outras*, as únicas não consideradas positivas.

2.2- Capacidade de resolução de problemas e negociação:

- a) B4. Assinale a estratégia que mais frequentemente assume quando tem que desenvolver novas tarefas ou projectos com seus colegas, ou quando tem que os corrigir (1- Comunica o que fazer de acordo com o planeado ou de acordo com os dados de que dispõe; 2- Ouve e promove a discussão de sugestões trazidas

pelos colegas e depois decide; 3- Os colegas decidem com base em princípios e linhas gerais e no âmbito das suas responsabilidades no trabalho; 4- Outra).

A resposta relativa à segunda categoria *Ouve e promove a discussão de sugestões trazidas pelos colegas e depois decide*, a considerar será positiva.

2.3- Habilidade de comunicar e difundir a informação mais relevante aos seus colaboradores e de comunicar com os utentes;

- a) B1. Qual é a frequência das reuniões de trabalho que tem com os seus colegas? (1- Diariamente; 2- De uma a quatro vezes por semana; 3- Quinzenalmente; 4- Uma vez por mês; 5- Reúne-se quando é preciso; 6- Outra). – Comunicação interna.
- b) E4. Que meios utiliza o seu ACES para se relacionar com os cidadãos/utentes? (1- Livro de reclamações (sim/não); 2- Workshops ou seminários (sim/não); 3- Caixa de sugestões (sim/não); 4- Reuniões com utentes/cidadãos reclamantes (sim/não); 5- Canal Internet (sim/não); 6- Questionários de satisfação (sim/não); 7- Nenhum (sim/não); 8- Outra (sim/não)). - Comunicação externa.

Em relação à comunicação interna, serão considerada positivas as respostas que denotem uma maior frequência de reuniões e comunicação com os seus colaboradores, sendo as respostas *Diariamente*, *De uma a quatro vezes por semana* e *Quinzenalmente*. No caso da comunicação externa, o critério será considerado positivo quando se conte com mais de 70% de respostas *sim* na variável E4.

2.4- Habilidades interpessoais: trabalho em equipa, motivação dos colaboradores, liderança e *networking*;

- a) D2. Assinale a afirmação que melhor descreve a sua organização - Liderança organizacional (A- Os Coordenadores são geralmente vistos como um exemplo de apoio, assistência e motivação; B- Os Coordenadores são geralmente vistos como um exemplo de dinamismo, inovação e coragem; C- Os Coordenadores são

geralmente vistos como um exemplo de inconformismo, agressividade e orientação para resultados; D- Os Coordenadores são geralmente vistos como um exemplo de coordenação, organização e eficiência).

- b) D3. Assinale a afirmação que melhor descreve a sua organização - Estilo de gestão (A- A gestão é caracterizada pelo trabalho em equipa, consenso e participação; B- A gestão é caracterizada pela tomada de riscos individuais, inovação, liberdade e originalidade; C- A gestão é caracterizada pela elevada competitividade, exigência e pelo cumprimento dos objectivos; D- A gestão é caracterizada pela segurança de emprego, conformismo, previsibilidade e estabilidade nas relações).

Nestas duas variáveis, tem-se em conta a tipologia das culturas organizacional de Cameron e Quinn (2006), segundo que tipo de teoria tende a ser mais apropriado para uma organização onde se pretende desenvolver um ambiente de trabalho em equipa, aberto a discussão e onde o gestor dirigente oferece motivação e confiança aos seus colaboradores. Neste sentido as respostas A e B, as quais representam a cultura de Clã e Adocrática, serão consideradas positivas.

2.5- Efectuar avaliação operacional do seu próprio desempenho e o dos prestadores de serviços;

- a) E7. A sua organização mede a satisfação dos seus profissionais com que periodicidade? (1- Mensalmente; 2- Semestralmente; 3- Anualmente; 4- De vez em quando, de forma não sistemática; 5- Nunca; 6- Outra).
- b) E8. Como classificaria a sua organização, em termos de satisfação profissional, em relação ao restante do Sistema de Saúde? (1- Muito pior; 2- Pior; 3- Igual; 4- Melhor; 5- Muito melhor; 6- Não sabe; 7- Não se aplica).

Neste critério vão ser consideradas positivas as respostas seguintes: na variável E7, as *Mensalmente* e *Semestralmente*; na E8, as respostas que impliquem um conhecimento

ou aproximação à satisfação dos seus profissionais, sendo todas positivas com a excepção de *não sabe* ou *não se aplica*.

2.6- Curiosidade intelectual:

- a) B2. Assinale o número de horas que diariamente disponibiliza para cada uma das actividades abaixo indicadas - Estudo/formação para desenvolvimento profissional e pessoal/Governança clínica (0- 0 horas; 1- menos de 1 hora; 2- entre 1 e 2 horas; 3- entre 3 a 5 horas; 4- entre 5 a 7 horas; 5- mais de 7 horas).

Neste critério, sendo que o número específico de horas não denota necessariamente uma maior ou menor curiosidade, todas as respostas que indiquem a dedicação de algum tempo ao estudo ou formação serão consideradas positivas com a excepção com a excepção de *menos de 1 hora e 0 horas*.

2.7- Inovação e adaptação às mudanças:

- a) D5. Assinale a afirmação que melhor descreve a sua organização - Estratégia para o futuro (A- A organização dá importância ao desenvolvimento dos seus colaboradores; B- A organização dá importância à aquisição de novos recursos (pessoas e equipamento) e à criação de novos desafios; C- A organização dá importância à competitividade e à realização dos seus colaboradores; D- A organização dá importância à sua permanência e a estabilidade no mercado).
- b) D6. Assinale a afirmação que melhor descreve a sua organização – Critérios de sucesso (A- A organização define o seu sucesso com base no desenvolvimento dos colaboradores, trabalho em equipa, empenho e preocupação pelas pessoas; B- A organização define o seu sucesso com base em serviços novos e originais: é inovadora e líder (relativamente ao serviço); C- A organização define o seu sucesso com base na competição e distanciando-se das outras ACES; D- A organização define o seu sucesso com base na eficiência: capacidade de oferta e de resposta a ter baixos custos são críticos).

Estas perguntas também se enquadram no modelo de Cameron e Quinn (2006). Tendo em conta a literatura analisada e as características da problemática actual dos ACES apresentadas nesta investigação, as respostas A e B, serão consideradas positivas.

3. Critérios específicos do critério geral das competências – atitudes:

3.1- Satisfação profissional: no sentido de considerar que mesmo que os desafios estejam presentes, agir e manter uma atitude optimista são as melhores hipóteses para um bom desempenho.

- a) A10. Em que medida pensa que gosta ou não ser DE? (1- Gosta muito; 2- Gosta razoavelmente; 3- Gosta pouco; 4- Não gosta nada).
- b) E11. Em relação a actual RCSP que levou à constituição das ACES estou... (1- Muito pouco optimista; 2- Pouco Optimista; 3- Neutro; 4- Optimista; 5- Muito optimista; 6- Não sabe).

Neste critério, as repostas que indiquem, na variável A10 *gosta muito* e *gosta razoavelmente* serão consideradas positivas. No caso da variável E11, serão as respostas *optimista* e *muito optimista*.

3.2- Dedicção ao bem-estar dos utentes;

- a) E2. Assinale qual a importância que a relação entre a sua organização e os cidadãos/utentes tem no processo de melhoria (1- Muita; 2- Mais o menos; 3- Pouca; 4- Nenhuma).

Neste critério, a única resposta considerada positiva é a que denota *muita* importância.

3.3- Receptividade e abertura aos seus colaboradores e a outras pessoas.

- a) D1- Assinale a afirmação que melhor descreve a sua organização - Características dominantes (A- É um local muito pessoal, é como uma família.

As pessoas parecem partilhar muito delas próprias; B- É um local muito dinâmico e empreendedor. As pessoas estão dispostas a “vestir a camisola” e a correr riscos; C- É orientada para os resultados. A maior preocupação é realizar o trabalho. As pessoas são muito competitivas e orientadas para atingir os objectivos; D- É um local muito controlado e estruturado. Existem procedimentos formais a regulamentar o que as pessoas devem fazer).

Esta pergunta também se enquadra no modelo de Cameron e Quinn (2006), em relação à medição da percepção sobre as características mais dominantes da organização. De forma a continuar com a coerência do resto de critérios apresentados, vão-se também ter em consideração as respostas A e B como as positivas.

c) Análise complementar da cultura organizacional percebida: *Organizational Culture Assessment Instrument - OCAI*

Como parte da sua identidade, as organizações tendem a desenvolver uma cultura dominante ao mesmo tempo que se adaptam e respondem aos desafios e mudanças do ambiente ou do contexto (Schein, 1983; Sathe, 1983). As características desta cultura dominante têm sido desenvolvidas, com o passar do tempo, pelas pessoas e membros que a compõem. Esta é reflectida por aquilo que é valorizado, pelos estilos de liderança mais dominantes, pelas estratégias que se utilizam para a resolução de problemas, pela linguagem e símbolos, procedimentos e rotinas e pelas definições de sucesso que fazem de uma organização uma organização única (Cameron & Quinn, 2006). Desta forma, a identificação da cultura organizacional através da ferramenta OCAI, revela-se um instrumento adicional e complementar ao presente estudo, oferecendo informação sobre as definições, princípios e estratégias que os DE aplicam e percebem no seu ACES.

Este instrumento permite a análise da cultura organizacional através de métodos qualitativos e quantitativos. O modelo foi considerado apropriado para este estudo de investigação tendo em conta que não só captura dimensões-chave da cultura organizacional, como também foca a sua atenção sobretudo nos responsáveis pelo

estabelecimento da direcção e dos valores de uma organização, o que se ajusta a este estudo, pois são os DE (a unidade de análise base) justamente quem lidera e estabelece as guias para o funcionamento dos ACES.

O OCAI está baseado num modelo teórico denominado “*Competing Value Framework*” (Cameron & Quinn, 2006). No capítulo da Revisão Bibliográfica encontra-se uma descrição da tipologia das culturas organizacionais mencionada. Revela-se como um instrumento que permite identificar o tipo de cultura organizacional (de Clã, Adocrática, de Mercado ou Hierárquica), a sua força e a sua congruência ou coerência. Ao observar o tipo de cultura dominante em termos gerais (análise agregada), pode-se detectar o tipo de cultura dominante numa organização. A cultura dominante será aquele tipo de cultura que mais pontos obtiver de forma agregada em cada um dos seis atributos. Da mesma forma, ao rever os perfis associados a cada uma das categorias/atributos ou itens do questionário de forma individual, é possível detectar o grau no qual os seis atributos são congruentes entre si.

As seis categorias que servem como base para o OCAI são as seguintes: 1) As características dominantes da organização, que se refere a como é a organização no sentido geral; 2) O estilo de liderança que representa a organização; 3) O estilo de gestão que se refere a forma na qual os colaboradores dos DE são tratados e ao ambiente e trabalho que surge deste trato; 4) Os aspectos que mantêm a organização coesa e unida; 5) O foco estratégico que define as linhas de acção da organização face ao futuro; 6) Os critérios de sucesso que determinam o significado do que é considerado como bem-sucedido e merecedor de ser recompensado.

Cada um destes atributos ou categorias encontra-se, ao mesmo tempo, composto por quatro afirmações (Anexo III). Cada uma delas representa um tipo de cultura organizacional, sendo que em cada categoria, o inquerido pode seleccionar a afirmação que mais se aproxime ao seu parecer (tipo de cultura com a qual mais se identifica). Cada alternativa ou afirmação foi identificada com uma letra: A, cultura de Clã; B, cultura Adocrática; C para a cultura de Mercado; e, D para a cultura Hierárquica.

Como mencionado anteriormente, o instrumento compõe-se por um questionário

que requer que as pessoas de uma organização respondam a seis itens. Estes itens estão incluídos nos questionários AGO/INA, base deste estudo, na secção D denominada de “Características da Organização actual”. Cada um destes itens tem quatro afirmações ou alternativas. Inicialmente, o instrumento requer que se divida 100 pontos entre as quatro afirmações, oferecendo uma maior pontuação à afirmação com a qual o indivíduo mais se identifica, sendo assim, sempre a pontuação final entre as quatro alternativas o valor de 100. No entanto, no presente estudo, o instrumento foi aplicado de uma forma diferente. Os seis itens com as suas respectivas alternativas de resposta foram acrescentados aos dois questionários que foram aplicados aos DE dos ACES. Estes DE foram informados para seleccionar uma única afirmação entre as quatro alternativas disponíveis nas seis categorias ou atributos, sendo esta afirmação aquela com a qual se sentem mais identificados nessa categoria.

Devido a que no caso do presente estudo o total da pontuação não correspondia a 100, optou-se por tomar o valor da percentagem válida de uma análise de frequências realizado em SPSS. Logo, tal como é recomendado no modelo de Cameron e Quinn, todas as respostas que indicavam a afirmação A foram somadas entre si, sendo logo o total dividido para seis. Este procedimento foi repetido para as respostas B, C e D, obtendo no final uma percentagem média do total das respostas válidas para cada afirmação, em todas as categorias ou atributos (Tabela 20).

Numa seguinte fase, para elaborar o perfil por categorias, os somatórios de todas as respostas A, B, C e D por categoria foram analisados individualmente, determinando que tipo de cultura era a dominante em cada uma das categorias ou atributos (Tabela 21).

Uma observação pertinente refere-se à aplicação do modelo no sentido de que no questionário aplicado aos DE, a cultura de Mercado foi adaptada para representar uma cultura onde o foco da organização se centra na qualidade dos serviços de Saúde oferecidos, aspecto pertinente neste tipo de investigação.

Da mesma forma, o instrumento utilizado limita-se a prover uma imagem dos valores nos quais uma organização opera e as suas características. O objectivo da

utilização deste instrumento não é definir o tipo de cultura que é mais o menos adequado para este contexto específico, mas sim aprofundar a compreensão da cultura que representa a forma na qual os DE percebem a sua organização e a sua própria função. Neste sentido, o enfoque qualitativo permite-se concentrar no reconhecimento e análise das diferentes perspectivas associadas a cada uma destas culturas, contribuindo para um melhor conhecimento do comportamento e valores dos DE.

10. RESULTADOS

a) Resultados Caracterização dos DE:

A caracterização dos DE tem como objectivo analisar, nos dados provenientes dos questionários de 2008 e 2009, certos aspectos básicos do perfil dos DE como são a idade, o sexo, a profissão e a participação ou experiência em cursos de formação nestas matérias. Estas variáveis permitem conhecer melhor como são os DE no seu conjunto e em que aspectos se diferenciam entre si. Da mesma forma, analisaram-se as percepções dos DE sobre as competências que consideram mais importantes ou ideais para o desempenho da sua função.

De acordo com a Tabela 1, dos DE que responderam ao questionário de 2008 e 2009, a maioria são homens e que têm idade igual ou superior a 50 anos (87,5% em 2008 e 90,3%). Também se pode observar que a grande parte dos DE são médicos, sendo que dos 64 DE em 2008 que responderam ao primeiro questionário, 53 (82,8%) têm esta formação, 4 (6,3%) são gestores ou administradores hospitalares e 7 (10,9%) responderam ter outra profissão. Em 2009, 49 dos DE responderam serem médicos (79%), 7 (11,3%) gestores ou administradores hospitalares e 6 (9,7%) responderam ter outra profissão.

Nos dados referentes a 2009 na Tabela 2, dos 49 médicos, 33 (67,3%), em comparação com 35 (66%) em 2008, responderam que frequentaram anteriormente alguma acção de formação de gestão ou para dirigentes, 5 (10,2%) em comparação com 12 (22,6%) em 2008, responderam que estão a frequentar uma formação de gestão no momento e 11 (22,4%), em comparação com 6 (11,3%) em 2008, responderam não ter frequentado nenhuma formação. Todos os gestores responderam ter frequentado formação em gestão e, em 2009, os de outra profissão 4 (66,7%) responderam também afirmativamente.

Em relação ao tempo no qual os DE estiveram envolvidos no sector da Saúde, tendo em conta os dados das Tabelas 3 e 4, em 2009 observa-se percentagens muito altas na categoria de mais de 15 anos (91% em 2008 e 93% em 2009). Assim mesmo, na

pergunta sobre experiência prévia na coordenação de Centros de Saúde, mais de 90% responderam positivamente em ambos períodos.

Tabela 1: Frequências sobre o perfil dos DE dos ACES:

Variáveis	2008 N(%)	2009 N(%)
Idade	56 (87,5%) Têm 50 ou mais anos	56 (90,3%) Têm 50 ou mais anos
	5 (7,8%) Entre 40 e 49 anos	4 (6,5%) Entre 40 e 49 anos
	3 (4,7%) Menos de 40 anos	2 (3,2%) Menos de 40 anos
Sexo	27 (41,5%) Mulheres	26 (41,9%) Mulheres
	38 (58,5%) Homens	35 (56,5%) Homens
Profissão	53 (82,8%) Médicos	49 (79%) Médicos
	4 (6,3%) Gestores ou adm. Hosp.	7 (11,3%) Gestores ou adm. Hosp.
	7 (10,9%) De outra profissão	6 (9,7%) outra profissão
Total	64	62

Tabela 2: Frequência pergunta frequentou anteriormente alguma acção de formação de gestão ou para dirigentes?

Profissão	IQ N (%)			IIQ N (%)		
	Sim	Estou a frequentar neste momento	Não	Sim	Estou a frequentar neste momento	Não
Médicos	35 (66%)	12 (22,6%)	6 (11,3%)	33 (67,3%)	5 (10,2%)	11 (22,4%)
Gestores	4 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Outra	6 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (66,7%)	1 (16,7%)	1 (16,7%)

Tabela 3: Frequência sobre o tempo que os DE estão a trabalhar na Saúde

Tempo a trabalhar na Saúde	IQ N(%)	IIQ N(%)
Menos de 9 anos	5 (8)	3 (5)
Entre 9 e 15 anos	1 (1,6)	1 (1,6)
Mais de 15 anos	58 (91)	57 (93)

Tabela 4: Frequência sobre a experiência previa na coordenação de um Centro de Saúde

Experiência na coordenação de CS	IQ N (%)	IIQ N (%)
Não	6 (9,2)	4 (6,5)
Sim	59 (91)	58 (93,5)

Outros aspectos relevantes:

Outra variável que permite conhecer melhor o perfil dos profissionais é a *satisfação e motivação profissional* (Biscaia, 2006b; Dussault & Fronteira, 2010). Esta questão pode ser analisada através da pergunta do Questionário A10, “*em que medida pensa que gostará (o não) de ser DE*” (Tabela 5). Em 2008, a maioria respondeu que *gosta razoavelmente* (57%), que *gosta muito* responderam 38% e que *gosta pouco* 5%. Em 2009, o gosto de ser DE diminuiu, sendo que a percentagem de DE que *gostam muito* baixou em quase 7 pontos, passando a 31% e a percentagem dos que *gostam pouco* aumentou para 10%. Os DE que *Gostam razoavelmente* passaram de 57% a 59%.

Tabela 5: Frequência pergunta em que medida pensa que gostará (o não) de ser DE?

	IQ N (%)	IIQ N (%)
Gosta muito	24 (38)	18 (31)
Gosta razoavelmente	36 (57)	35 (59)
Gosta pouco	3 (5)	6 (10)
Total	64 (100)	62 (100)

Num último aspecto, nesta investigação, considerou-se apropriado identificar quais eram as percepções dos DE sobre as competências necessárias e mais importantes para desempenhar a sua função. Sendo a pergunta formulada como uma pergunta de opinião, permite conhecer melhor a ideia do perfil ideal que estes profissionais mantêm sobre a sua própria função, tendo em conta que as suas respostas não correspondem necessariamente às competências que eles possuem na realidade (Tabela 6). A pergunta no questionário que permite obter esta informação foi formulada na seguinte forma: *Na sua opinião, é fundamental para qualquer bom/boa DE dos ACES contar com... (assinale até um máximo de 5 respostas, por ordem de importância, atribuindo 5 ao item mais importante, 4 ao item de importância seguinte, e assim sucessivamente até atribuir 1 ao menos importante dos cinco seleccionados)*. Os DE seleccionaram cinco itens em cada um dos três blocos de alternativas - competências fornecidas.

Em 2008, no primeiro bloco de competências, 38 DE, (59%) acharam que *ter visão estratégica* é a competência mais importante, sendo em segundo lugar *ter pensamento sistémico*. Em 2009 repetem-se estas competências nas mesmas posições, no entanto, aumentou a percentagem de DE que escolheram estas competências como as primeiras e segundas opções mais importantes. Também se observou a aparição de *ter forte orientação para o cidadão* como terceira opção e *dominar as Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC)* como quinta.

No segundo bloco de competências, em 2008, *ter iniciativa para a mudança* estabelece-se como a mais importante, representando 23%. Segue-lhe em importância a competência de *ter capacidade para trabalhar em rede* com 25%. Em 2009, novamente nota-se que *ter iniciativa para a mudança* continua a ser considerado mais importante, mas a segunda escolha passa a ser *ser organizado* com 21%. *Ter capacidade para trabalhar em rede* deixa de ser a segunda competência mais importante.

Neste bloco, pode-se também observar que *ser capaz de trabalhar sob pressão* passa da quinta à terceira opção em 2009. *Ser racional e objectivo* desce uma posição e aparece como uma nova competência *ter iniciativa para a mudança ou ter disposição para aceitar* na quinta posição em 2009.

No terceiro bloco, apesar de que novamente se repetem as competências na primeira e segunda escolha em ambos questionários, mudam as suas percentagens. Em 2008, *saber trabalhar em equipa* revela-se a mais importante com um 60%, passando em 2009 a um 48%. Na segunda opção, no primeiro ano, *ouvir e aceitar as opiniões dos outros* é a mais considerada pelos DE com um 39%, diminuindo no segundo ano a um 26%. Em 2009, observa-se também que *ter capacidade para motivar os subordinados* e *ser um bom comunicador* passam a substituir as competências de *ter capacidades para obter climas de consenso* e *saber lidar com as emoções dos outros*, respectivamente.

Tabela 6: Percepção ideal de DE/ Líder

	IQ Valor (%)	IIQ Valor (%)
I bloco		
1ra opção	Ter visão estratégica – 38 DE (58.5)	Ter visão estratégica 40 DE - (64.5)
2da opção	Ter pensamento sistémico - 13 (20)	Ter capacidade de negociação 18 (29)
3ra opção	Ter capacidade de negociação 21 (33)	Ter forte orientação para o cidadão – 13 (21)
4ta opção	Ser capaz de improvisar novas soluções 16 (25)	Ter capacidade de negociação – 15 (24)
5ta opção	Ter capacidade de negociação 11 (17)	Dominar as Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC) – 15 (24)
II bloco		
1ra opção	Ter iniciativa para mudança - 15 DE (23)	Ter iniciativa para mudança -14 DE (23)
2da opção	Ter capacidade para trabalhar em rede - 16 (25)	Ser organizado - 13 (21)
3ra opção	Ser racional e objectivo – 12 (19)	Ser capaz de trabalhar sob pressão – 12 (19)
4ta opção	Ser organizado - 13 (20)	Ser racional e objectivo – 9 (15)
5ta opção	Ter capacidade de trabalhar sob pressão/ Ter conhecimentos técnicos especializados / Ter capacidade para trabalhar em rede / Ter interesse pela aprendizagem constante – 8 DE c/u (13)	Ter iniciativa para a mudança ou ter disposição para a aceitar – 8 (13)
III bloco		
1ra opção	Saber trabalhar em equipa – 39 DE (60)	Saber trabalhar em equipa – 30 DE (48)
2da opção	Ouvir e aceitar opiniões – 25 (39)	Ouvir e aceitar opiniões - 16 (26)
3ra opção	Ouvir e aceitar opiniões dos outros – 17 (27)	Ouvir e aceitar opiniões – 18 (29)
4ta opção	Ter capacidades para obter climas de consenso / Saber lidar com as emoções dos outros – 13 (20)	Ter capacidade para motivar os subordinados – 16 (26)
5ta opção	Saber lidar com as emoções dos outros – 20 (31)	Ser bom comunicador – 16 (26)

b) Resultados análise das dimensões das competências de gestão

1. Resultados das dimensões das competências percebidas pelos DE ao início da sua função:

1.1- Critério geral da dimensão dos Conhecimentos

A primeira dimensão das competências essenciais dos gestores é a dos conhecimentos. São os saberes, informação e experiência, as competências que permitem a aplicação das habilidades adequadas para cada situação e contexto. A partir da literatura analisada, considera-se fundamental que os DE como gestores de OS no sector público, possuam conhecimentos em três grandes áreas (Whitley, 1989; Mintzberg, 1973, 2009 ; Dussault, 1992, 1994, 2010). Em primeiro lugar, em relação ao contexto do sector da Saúde e dos Cuidados Primários em Portugal, e em segundo lugar,

face às necessidades dos utentes, pois estes são, no final, a razão de ser da reforma que deu início à criação dos ACES. Finalmente, revela-se fundamental que os DE possuam conhecimentos sobre as normas de qualidade existentes, só com esta informação é que o gestor pode estimular um processo para definir, para cada departamento e serviço, quais os resultados que poderão ser razoavelmente alcançados e identificar que mudanças deverão ser feitas para os atingir.

A análise do critério dos conhecimentos encontra-se pautada por 8 variáveis seleccionadas dos questionários AGO/INA que conformam os três critérios específicos assinalados anteriormente. Conforme se pode observar na Tabela 7, na análise sobre as percepções dos DE ao início da sua função, o primeiro critério dos conhecimentos, *sobre o contexto e sector de interesse*, apresenta uma pontuação de 86,45%, razão pela qual pode ser considerado positivo. No entanto, o segundo e terceiro critério específico, relacionado com o *conhecimento sobre as necessidades dos utentes e sobre as normas de qualidade existentes respectivamente*, mantêm pontuações negativas ao serem menores de 70%. As duas variáveis que apresentam menores percentagem, portanto as maiores responsáveis pelas baixas pontuações, são as relacionadas com a *medição periódica da satisfação dos cidadãos e a medição periódica da qualidade organizacional*.

Em conjunto, os três indicadores específicos dão uma pontuação negativa ao critério geral da percepção sobre a dimensão dos conhecimentos com um valor de 57,55%.

Tabela 7 : Frequência e % de respostas sobre os Conhecimentos percebidos pelos DE

Sobre o contexto particular e o sector de interesse	Sim	Sim %	Não	Não %	Pontuação Critério específico
Tempo no centro de Saúde	48	75	6	9,37	86,45
Tempo a trabalhar na Saúde	59	92,18	5	7,81	
Experiência previa coordenação CS	59	92,18	6	9,37	
Sobre as necessidades dos utentes	Sim	Sim %	Não	Não %	Pontuação Critério específico
Medição periódica da satisfação dos cidadãos	6	9,37	57	89,06	46,35
Saber da implementação de sugestões realizadas por cidadãos	38	59,37	20	31,25	
Conhecimento de satisfação dos cidadãos em relação ao do restante Sistema de Saúde	53	82,81	11	17,18	
Sobre as normas de qualidade existentes	Sim	Sim %	Não	Não %	Pontuação Critério específico
Medição periódica da qualidade organizacional	1	1,6	63	98,43	39,86
Conhecimento da qualidade organizacional em relação ao do restante Sistema de Saúde	50	78,12	14	21,87	

Tabela 8: Pontuação dos critérios específicos e do critério geral dos Conhecimentos

Dimensão dos Conhecimentos	Pontuação critérios específicos	Pontuação critério geral
Sobre o contexto particular e o sector de interesse	86,45	57,55
Sobre as necessidades dos utentes	46,35	
Sobre as normas de qualidade existentes	39,86	

1.2- Critério geral da dimensão das Habilidades

A segunda dimensão, das habilidades ou aptidões, refere-se a disposições ou tendências que os profissionais possuem para lhes permitir desempenhar as tarefas de gestão de forma adequada. A partir da literatura analisada, considerou-se que os gestores em OS, num contexto de Reforma, devem de possuir certas habilidades que lhes permitam desempenhar as suas tarefas. Entre elas, identificaram-se 7 habilidades que conformam os critérios específicos desta dimensão, que se compõem num total de 11 variáveis. As 7 habilidades de gestão consideradas são as seguintes (Tabela 9): *pensamento sistémico, capacidade de resolução de problemas e negociação, habilidade de comunicar e difundir a informação, habilidades interpessoais, elaboração de avaliação do desempenho próprio e dos colaboradores, curiosidade intelectual e inovação de adequação a mudança.*

A análise dos resultados apresentados na Tabela 9 e 10, permite observar que as pontuações dos critérios das habilidades podem ser considerados baixos. Só num único caso, no da *capacidade de resolução de problemas e negociação*, se observam valores acima dos 70%. Desta forma, a Tabela 10 indica que o critério geral das habilidades é de 53,54%, sendo portanto negativo.

Tabela 9 : Frequência e % de respostas sobre as Habilidades percebidos pelos DE

Pensamento Sistémico	Sim	Sim %	Não	Não %	Total Critério
Necessidades identificadas para ajudar a equipa na gestão da melhoria	-	47,39	-	54,16	47,39
Capacidade de resolução de problemas e negociação	Sim	Sim %	Não	Não %	Total Critério
Estratégia para desenvolver novas tarefas e resolver problemas	50	78,12	9	14,06	78,12
Habilidade de comunicar e difundir a informação	Sim	Sim %	Não	Não %	Total Critério
Frequência das reuniões de trabalho	22	34,37	36	56,25	40,75
Utilização de meios para se relacionar com os cidadãos/utentes	-	47,13	-	51,29	
Habilidades interpessoais	Sim	Sim %	Não	Não %	Total Critério
Liderança organizacional	32	50	29	45,31	55,46
Estilo de gestão	39	60,93	24	37,5	
Elaboração de avaliação do desempenho próprio e o dos colaboradores	Sim	Sim %	Não	Não %	Total Critério
Medição periódica da satisfação dos seus profissionais	3	4,68	60	93,75	41,4
Conhecimento da satisfação profissional na sua org. em relação ao do restante Sistema de Saúde	50	78,12	13	20,31	
Curiosidade intelectual	Sim	Sim %	Não	Não %	Total Critério
Tempo utilizado para Estudo/formação profissional	28	43,75	28	43,75	43,75
Inovação e adaptação às mudanças	Sim	Sim %	Não	Não %	Total Critério
Estratégia para o futuro adoptada	45	70,31	19	29,68	67,96
Critérios de sucesso na sua org.	42	65,62	22	34,37	

Tabela 10: Pontuação dos critérios específicos e do critério geral das Habilidades

Dimensão das Habilidades	Pontuação critérios específicos	Pontuação critério geral
Pensamento Sistémico	47,39	53,54
Capacidade de resolução de problemas e negociação	78,12	
Habilidade de comunicar e difundir a informação	40,75	
Habilidades interpessoais	55,46	
Elaboração de avaliação do desempenho próprio e o dos colaboradores	41,4	
Curiosidade intelectual	43,75	
Inovação e adaptação às mudanças	67,96	

1.3- Critério geral da dimensão das Atitudes

A última dimensão das competências refere-se às atitudes do gestor face aos seus colaboradores, aos cidadãos e a si próprio. Estas são muito importantes por reflectirem a imagem do gestor na sua organização.

Nesta investigação, a dimensão das atitudes encontra-se composta por três critérios específicos que no final contam com 4 variáveis. Os critérios específicos são, satisfação profissional, dedicação ao bem-estar dos utentes e a receptividade e abertura aos seus colaboradores. As 4 variáveis que compõem estes critérios são as seguintes: *gostar de ser DE, a posição frente a RCSP, a importância da relação entre a organização e os cidadãos e, por último, a característica dominante da sua relação com os colaboradores.*

Diante os resultados apresentados na Tabela 11, observa-se que o primeiro critério, apresenta pontuações bastante elevadas, sendo 93,75% a média da soma entre *gostar de ser DE e a posição frente a RCSP*. O segundo critério, oferece também pontuações elevadas e positivas com um valor de 81,25%. Do terceiro critério, da *receptividade e abertura aos seus colaboradores*, resulta o único critério específico das dimensões das Atitudes que resulta negativo com um valor de 48,75%. No que se refere ao critério geral da percepção das Atitudes dos DE ao início das suas funções, constante a Tabela 12, pode ser considerado positivo, com uma pontuação de 74,58%.

Tabela 11: Frequência e % de respostas sobre as Atitudes percebidas pelos DE

Satisfação profissional	Sim	Sim %	Não	Não %	Total Critério
Gostar ser DE	60	93,75	3	4,68	93,75
Posição em relação a RCSP	60	93,75	4	6,25	
Dedicação ao bem-estar dos utentes	Sim	Sim %	Não	Não %	Total Critério
Importância da relação entre a sua organização e os cidadãos	52	81,25	12	18,75	81,25
Receptividade e abertura aos seus colaboradores	Sim	Sim %	Não	Não %	Total Critério
Característica dominante da sua relação com os colaboradores	30	48,75	32	50	48,75

Tabela 12: Pontuação dos critérios específicos e do critério geral das Atitudes

Dimensão das Atitudes	Pontuação critérios específicos	Pontuação critério geral
Satisfação profissional	93,75	74,58
Dedicação ao bem-estar dos utentes	81,25	
Receptividade e abertura aos seus colaboradores	48,75	

2. Resultados das dimensões das competências percebidas pelos DE um ano mais tarde:

2.1- Critério geral da dimensão dos Conhecimentos um ano mais tarde

Um ano mais tarde, depois do curso PACES, apesar de as percepções sobre os seus conhecimentos terem sofrido modificações, o indicador geral continua a ser negativo. Conforme a Tabela 14, a pontuação do critério geral passou de 57,55% a 62,44%, e o aumento observado de 4,89 pontos. No entanto, na Tabela 13, referente às pontuações dos três critérios específicos da dimensão dos conhecimentos, pode-se observar que os três aumentaram em relação às pontuações das percepções do ano anterior. O critério dos conhecimentos *sobre o contexto e sector de interesse* passou de 86,45% a 88,7%, o critério dos conhecimentos *sobre as necessidades dos utentes* aumento de 46,35% a para 52,68% e, finalmente, o critério *sobre o conhecimento das normas de qualidade existentes*, continuando a ser critério mais baixo, passou de 39,86% a 45,96%.

Tabela 13: Frequência e % de respostas sobre os Conhecimentos percebidos dos DE (IIQ)S

Sobre o contexto particular e o sector de interesse	Sim	Sim %	Não	Não %	Pontuação Critério específico
Tempo no centro de Saúde	49	79,03	6	9,67	88,7
Tempo a trabalhar na Saúde	58	93,54	4	6,45	
Experiência previa coordenação CS	58	93,54	4	6,45	
Sobre as necessidades dos utentes	Sim	Sim %	Não	Não %	Pontuação Critério específico
Medição periódica da satisfação dos cidadãos	11	17,74	51	82,25	52,68
Saber da implementação de sugestões realizadas por cidadãos	39	62,9	20	32,25	
Conhecimento de satisfação dos cidadãos em relação ao do restante Sistema de Saúde	48	77,41	14	22,58	
Sobre as normas de qualidade existentes	Sim	Sim %	Não	Não %	Pontuação Critério específico
Medição periódica da qualidade organizacional	3	4,83	54	87,09	45,96
Conhecimento da qualidade organizacional em relação ao do restante Sistema de Saúde	54	87,09	8	12,9	

Tabela 14: Pontuação dos critérios específicos e do critério geral dos Conhecimentos (IIQ)

Dimensão dos Conhecimentos	Pontuação critérios específicos	Pontuação critério geral
Sobre o contexto particular e o sector de interesse	88,7	62,44
Sobre as necessidades dos utentes	52,68	
Sobre as normas de qualidade existentes	45,96	

2.2- Critério geral da dimensão das Habilidades um ano mais tarde

Em relação aos resultados das percepções sobre as habilidades dos DE, um ano depois de terem iniciado as suas funções, pode-se começar por dizer que, de acordo com a Tabela 16, a avaliação do critério das habilidades continua a ser negativo com uma pontuação de 63,91% mas com um aumento de 10, 37 pontos. Da mesma forma, pode-se observar na Tabela 15 que todos os critérios específicos sofreram alterações no sentido positivo, sendo que o critério específico de *Capacidade de resolução de problemas e negociação*, continua a ser positivo mas com uma pontuação maior, de 83,06%, face ao ano anterior. Os restantes critérios continuam a ter resultados negativos, no entanto, as diferenças observadas são consideráveis, por exemplo no caso de *Habilidade de*

comunicar e difundir a informação, passando de 40,75% ao valor de 62,22%. O critério no qual se podem observar maiores diferenças em relação aos resultados do ano anterior, segundo a Tabela 15, é o de *Inovação e adaptação às mudanças*, passando de 67,96% a 83,06%.

Tabela 15: Frequência e % de respostas sobre as Habilidades percebidos dos DE (IIQ)

Pensamento Sistémico	Sim	Sim %	Não	Não %	Total Critério
Necessidades identificadas para ajudar a equipa na gestão da melhoria	-	52,95	-	46,76	52,95
Capacidade de resolução de problemas e negociação	Sim	Sim %	Não	Não %	Total Critério
Estratégia para desenvolver novas tarefas e resolver problemas	54	87,09	7	11,29	87,09
Habilidade de comunicar e difundir a informação	Sim	Sim %	Não	Não %	Total Critério
Frequência das reuniões de trabalho	44	70,96	18	29,03	62,22
Utilização de meios para se relacionar com os cidadãos/utentes	-	53,48	-	46,50	
Habilidades interpessoais	Sim	Sim %	Não	Não %	Total Critério
Liderança organizacional	27	43,54	29	46,77	62,89
Estilo de gestão	51	82,25	10	16,12	
Efectuação de avaliação do desempenho próprio e o dos colaboradores	Sim	Sim %	Não	Não %	Total Critério
Medição periódica da satisfação dos seus profissionais	7	11,29	53	85,48	47,58
Conhecimento da satisfação profissional na sua org. em relação ao do restante Sistema de Saúde	52	83,87	9	14,51	
Curiosidade intelectual	Sim	Sim %	Não	Não %	Total Critério
Tempo utilizado para Estudo/formação profissional	32	51,61	30	48,38	51,61
Inovação e adaptação às mudanças	Sim	Sim %	Não	Não %	Total Critério
Estratégia para o futuro adoptada	54	87,09	6	9,67	83,06
Critérios de sucesso na sua org.	49	79,03	12	19,35	

Tabela 16: Pontuação dos critérios específicos e do critério geral das Habilidades (IIQ)

Dimensão das Habilidades	Pontuação critérios específicos	Pontuação critério geral
Pensamento Sistémico	52,95	63,91
Capacidade de resolução de problemas e negociação	87,09	
Habilidade de comunicar e difundir a informação	62,22	
Habilidades interpessoais	62,89	
Efectuação de avaliação do desempenho próprio e o dos colaboradores	47,58	
Curiosidade intelectual	51,61	
Inovação e adaptação às mudanças	83,06	

2.3- Critério geral da dimensão das Atitudes um ano mais tarde

A análise dos resultados apresentados nas Tabelas 17 e 18 demonstram que o critério geral das percepções sobre as Atitudes, não só diminuiu em relação ao ano anterior, mas também passou de um critério positivo a um critério negativo. Analisando os critérios específicos, pode-se observar que o critério sobre *satisfação profissional* foi o que maior alteração demonstrou, passando de 93,75% a 73,30%, diminuindo em 20 pontos percentuais. O segundo critério também diminuiu notavelmente, sendo que passou de 81,25% a 64,51%. O único critério que demonstrou mudanças positivas foi o critério de *receptividade e abertura aos colaboradores*. No entanto, este continua a ser o com mais baixo resultado dos três critérios, com 54,83%.

Segundo a Tabela 18, o critério geral das atitudes dos DE no segundo período analisado é negativo, com um valor de 64,24%.

Tabela 17: Frequência e % de respostas sobre as Atitudes percebidos dos DE (IIQ)

Satisfação profissional	Sim	Sim %	Não	Não %	Total Critério
Gostar ser DE	52	83,87	6	9,67	73,38
Posição em relação a RCSP	39	62,9	26	41,93	
Dedicação ao bem-estar dos utentes	Sim	Sim %	Não	Não %	Total Critério
Importância da relação entre a sua organização e os cidadãos	40	64,51	22	35,48	64,51
Receptividade e abertura aos seus colaboradores	Sim	Sim %	Não	Não %	Total Critério
Característica dominante da sua relação com os colaboradores	34	54,83	26	41,93	54,83

Tabela 18: Pontuação dos critérios específicos e do critério geral das Atitudes (IIQ)

Dimensão das Atitudes	Pontuação critérios específicos	Pontuação critério geral
Satisfação profissional	73,38	64,24
Dedicação ao bem-estar dos utentes	64,51	
Receptividade e abertura aos seus colaboradores	54,83	

Tabela 19: Pontuações dos Critérios gerais e específicos 2008 e 2009

Dimensão das Competências	Avaliação 2008	Avaliação 2009	Diferença	Avaliação total
1- Critério geral - percepções dos Conhecimentos dos DE	Negativo	Negativo	+ 4,89	Negativo
1.1- Sobre o contexto particular e o sector de interesse	Positivo	Positivo	+ 2,25	
1.2- Sobre as necessidades dos utentes	Negativo	Negativo	+ 6,33	
1.3- Sobre as normas de qualidade existentes	Negativo	Negativo	+ 6,11	
2- Critério geral - percepções das Habilidades dos DE	Negativo	Negativo	+ 10,37	Negativo
2.1- Pensamento Sistémico	Negativo	Negativo	+ 5,56	
2.2- Capacidade de resolução de problemas e negociação	Positivo	Positivo	+ 8,97	
2.3- Habilidade de comunicar e difundir a informação	Negativo	Negativo	+ 21,47	
2.4- Habilidades interpessoais	Negativo	Negativo	+ 7,43	
2.5- Efectuação de avaliação do desempenho próprio e o dos colaboradores	Negativo	Negativo	+ 6,18	
2.6- Curiosidade intelectual	Negativo	Negativo	+ 7,86	
2.7- Inovação e adaptação às mudanças	Negativo	Positivo	+ 15,1	
3- Critério geral - percepções das Atitudes dos DE	Positivo	Negativo	- 10,24	Negativo
3.1- Satisfação profissional	Positivo	Positivo	- 20,37	
3.2- Dedicção ao bem-estar dos utentes	Positivo	Negativo	- 16,74	
3.3- Receptividade e abertura aos seus colaboradores	Negativo	Negativo	+ 6,48	

c) Resultados Avaliação cultura organizacional: OCAI

Resultados análise da cultura organizacional agregada

No Gráfico 4, pode-se observar que a cultura percebida como dominante por parte dos DE, tanto em 2008 como em 2009 foi a Cultura de Clã (Alternativa A, Tabela 20). Na Tabela 21, também se pode observar que em 2009 a pontuação pertencente a cultura de Clã é superior aos dados de 2008 (245 pontos frente a 204,6 respectivamente). De alguma forma, depois de um ano, um maior número de DE sentiu-se mais identificado como este tipo de cultura e as suas categorias.

Como já foi mencionado no capítulo da revisão bibliográfica, em termos gerais,

este tipo de cultura organizacional caracteriza-se por um espaço de trabalho amigável onde as pessoas partilham muito delas próprias. Outra das suas principais características, refere-se a que os líderes são considerados como mentores e a organização mantém-se coesa pela sua tradição e fiabilidade. Este tipo de cultura desenvolve um grande compromisso entre os seus membros, sendo altamente valorizado o trabalho em equipa e o consenso.

Outras diferenças observadas entre os dois períodos temporais referem-se à segunda cultura mais dominante. Em 2008, a segunda cultura mais identificada como próxima aos ACES foi a cultura Hierárquica (Alternativa D, Tabela 20) com 163 pontos, face à cultura Adocrática (Alternativa B) com 174 pontos em 2009. Observa-se uma certa tendência ao distanciamento da cultura Hierárquica, onde os procedimentos são muito formais e estruturados e uma aproximação a uma cultura mais dinâmica onde os principais valores são a inovação e a criatividade. Passa-se de uma cultura mais focada na eficiência e onde os líderes são reconhecidos como seres bons coordenadores e organizadores a uma cultura onde as pessoas que a compõem são valorizadas por tomarem riscos e pelo seu envolvimento em processos inovadores.

A cultura Hierárquica em 2009 encontra-se com uma pontuação bastante inferior aos dados de 2008 (13.98 frente a 163). A cultura de Mercado (Alternativa C) não caracteriza nenhuma das categorias em nenhum dos questionários. A sua pontuação é mínima e mantém-se praticamente constante em ambos questionários (12.3 em 2008 e 12.11 em 2009).

Tabela 20: Frequências perguntas do Modelo OCAI

	2008/IQ N (%)	2009/IIQ N (%)
Características dominantes		
A - É um local muito pessoal, como uma família. As pessoas partilham muito delas próprias.	5 (8)	7 (11)
B - É um local muito dinâmico e empreendedor. As pessoas estão dispostas a “vestir a camisola” e a correr riscos.	25 (39)	27 (44)
C - É orientada para os resultados. A maior preocupação é realizar o trabalho. Pessoas muito competitivas e orientadas aos objectivos.	14 (22)	18 (29)
D - É um local muito controlado e estruturado. Existem procedimentos formais a regulamentar o que as pessoas devem fazer.	18 (28)	8 (13)
Liderança organizacional		
A - Os Coordenadores são geralmente vistos como um exemplo de apoio, assistência e motivação	22 (34)	12 (19)
B - Os Coordenadores são geralmente vistos como um exemplo de dinamismo, inovação e coragem	10 (16)	15 (24)
C - Os Coordenadores são geralmente vistos como um exemplo de inconformismo, agressividade e orientação para resultados	5 (8)	4 (7)
D - Os Coordenadores são geralmente vistos como um exemplo de coordenação, organização e eficiência	24 (37)	25 (40)
Estilo de gestão		
A - A gestão é caracterizada pelo trabalho em equipa, consenso e participação	35 (54)	44 (71)
B - A gestão é caracterizada pela tomada de riscos individuais, inovação, liberdade e originalidade	4 (6)	7 (11)
C - A gestão é caracterizada pela elevada competitividade, exigência e pelo cumprimento dos objectivos	8 (12)	6 (10)
D - A gestão é caracterizada pela segurança de emprego, conformismo, previsibilidade e estabilidade nas relações	16 (24)	4 (7)
Coesão		
A - O que mantém a organização coesa é a lealdade e a confiança mútua.	23 (35)	27 (44)
B - O que mantém a organização coesa é o empenho na inovação e no desenvolvimento.	12 (19)	18 (29)
C - O que mantém a organização coesa é o cumprimento dos objectivos.	8 (12)	12 (19)
D - O que mantém a organização coesa são as regras e os seus procedimentos.	21 (32)	4 (7)
Estratégia para o futuro		
A - A organização dá importância ao desenvolvimento dos seus colaboradores	17 (26)	24 (39)
B - A organização dá importância à aquisição de novos recursos (pessoas e equipamento) e à criação de novos desafios	28 (43)	30 (49)
C - A organização dá importância à competitividade e à realização dos seus colaboradores	11 (17)	5 (8)
D - A organização dá importância à sua permanência e a estabilidade no mercado	8 (12)	1 (2)
Crítérios de sucesso		
A - A organização define o seu sucesso com base no desenvolvimento dos colaboradores, trabalho de equipa, empenho e preocupação pelas pessoas	31 (48)	38 (61)
B - A organização define o seu sucesso com base em serviços novos e originais: é inovadora e líder (relativamente ao serviço)	11 (17)	11 (18)
C - A organização define o seu sucesso com base na competição e distanciando-se das outras ACES	2 (3)	2 (3)
D - A organização define o seu sucesso com base na eficiência: capacidade de oferta e de resposta e ter baixos custos são críticos	19 (29)	10 (16)

Tabela 21: Percentagem das categorias do Modelo OCAI

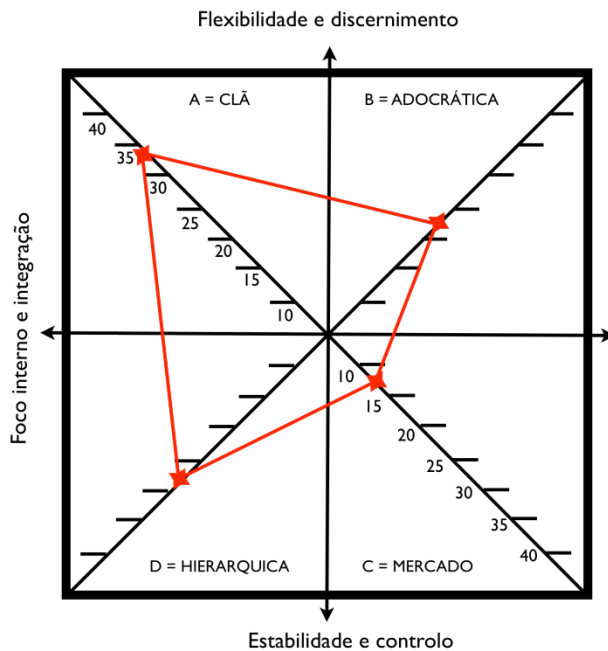
Categorias/atributos	2008/IQ				2009/IIQ			
	Percentagem válida				Percentagem válida			
	A	B	C	D	A	B	C	D
Característica dominante	7.7	38.5	21.5	27.7	11.3	43.5	29	12.9
Liderança organizacional	33.8	15.4	7.7	36.9	19.4	24.2	6.5	40.3
Estilo de gestão	53.8	6.2	12.3	24.6	71	11.3	9.7	6.5
Coesão	35.4	18.5	12.3	32.3	43.5	29	19.4	6.5
Estratégia para o futuro	26.2	43.1	16.9	12.3	38.7	48.4	8.1	1.6
Crítérios de sucesso	47.7	16.9	3.1	29.2	61.3	17.7	3.2	16.1
Total percentagem válido	204.6	138,6	73.8	163	245	174,1	72.7	83.9

Tabela 22: Somatório das percentagens das Culturas Modelo OCAI

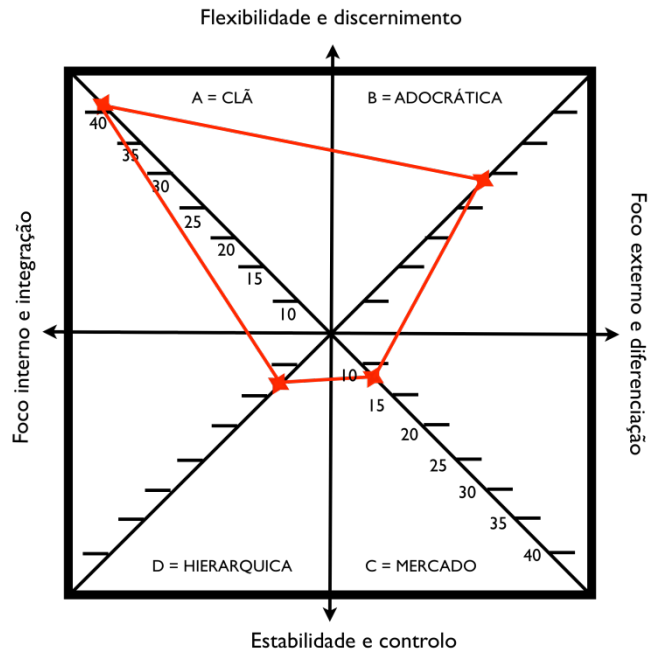
Respostas Culturas	2008/IQ Somatório Percentagem válida/6	2009/IIQ Somatório Percentagem válida/6
A	34.1	40.86
B	23.6	29.01
C	12.3	12.11
D	27.16	13.98

Gráfico 4: Cultura Organizacional agregada dos ACES em 2008 e 2009

Cultura organizacional agregada 2008



Cultura organizacional agregada 2009



Resultados análise da cultura organizacional por categorias ou atributos:

Com o objectivo de obter mais informação de interesse ao objecto de estudo, numa segunda fase, realizou-se uma análise de forma a obter dados por categorias ou atributos (Gráfico 5). Este procedimento permite determinar até que ponto cada um dos atributos reflectem o mesmo tipo de cultura dominante percebida de forma agregada, ou seja, até que ponto as respostas são congruentes ou coincidentes com as respostas da análise agregada.

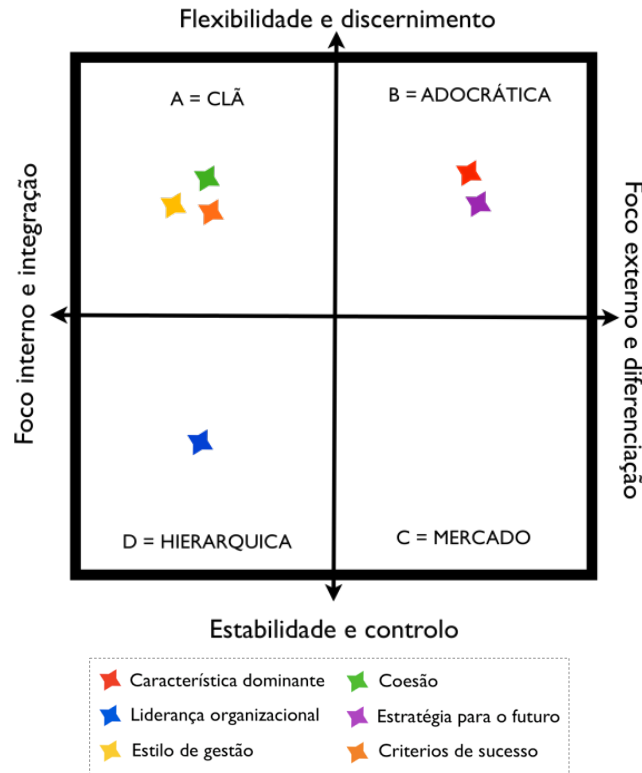
De acordo com o Gráfico 5, pode-se observar que em ambos questionários ou períodos, dentro das seis categorias que foram especificamente identificadas como pertencentes à cultura dominante na análise agregada, cultura de Clã, encontram-se: o estilo de gestão, sendo a resposta maioritariamente assinalada como *“A gestão é caracterizada pelo trabalho em equipa, consenso e participação”*; a Coesão com a resposta *“O que mantém a organização coesa é a lealdade e a confiança mútua”* e os critérios de sucesso, com a resposta *“A organização define o seu sucesso com base no desenvolvimento dos colaboradores, trabalho de equipa, empenho e preocupação pelas pessoas”*. Nestas categorias, também é possível observar-se o seguinte:

- No estilo de gestão, as respostas pertencentes à cultura de Clã aumentaram de 53,8 para um total de 71 pontos. As respostas referentes à cultura Hierárquica diminuíram de 24,6 pontos a 6,5 pontos. As respostas relativas à cultura Adocrática aumentaram de 23,6 para 29,01 e as relativas à cultura de Mercado diminuíram em 2,6 pontos.
- Na categoria de coesão, a cultura dominante nos dois períodos temporais é a cultura de Clã, sendo esta em 2009 ainda mais fortalecida, ao aumentar a sua pontuação em 8,1 pontos. Da mesma forma, a força da cultura Hierárquica diminuiu em grandes proporções, passando de uma pontuação de 32,3 para 6,5. As respostas relativas à cultura de Mercado e Adocrática também aumentaram.
- Na categoria de critérios de sucesso, também se observam dados interessantes. A resposta relativa à cultura Hierárquica, uma vez mais vê-se claramente diminuída em 2009 em relação a 2008 (29,2 face a 16,1 pontos, respectivamente), sendo em

contrapartida as respostas relativas à cultura de Clã ainda mais assinaladas pelos DE em 2009. As respostas relativas à cultura de Mercado mantêm pontuações similares em ambos os questionários e as respostas representantes da cultura Adocrática aumentam levemente.

Por outro lado, os aspectos que foram identificados com a cultura Hierárquica em ambos questionários foram o estilo de gestão, sendo que a maioria dos DE assinalaram a resposta “*Os coordenadores são geralmente vistos como um exemplo de coordenação, organização e eficiência*” como a resposta mais próxima a sua realidade. No entanto, pode-se observar que em 2009 a pontuação pertencente à liderança organizacional como representante da cultura Hierárquica é maior que em 2008 (40.86 frente a 36.9 respectivamente). Isto quer dizer que, mais DE identificaram o seu estilo de liderança como sendo mais próximo de um estilo conservador e estrito em 2009.

Gráfico 5: Cultura Organizacional por categorias dos ACES em 2008 e 2009



Um aspecto adicional:

Realização de uma sessão de Grupo Focal:

Uma vez realizadas as análises estatísticas pertinentes dos questionários, pretendeu-se acrescentar valor à informação obtida através da utilização da metodologia dos grupos focais como uma ferramenta complementar de tipo qualitativo.

No momento do desenho desta metodologia, pretendia-se realizar um grupo focal com 8 DE dos diferentes ACES no âmbito nacional, para assim obter uma perspectiva representativa das temáticas a tratar. No entanto, na realidade, certos critérios tiveram de ser modificados para facilitar a realização do grupo focal sem comprometer o rigor do método ou o objectivo do estudo.

Tendo em conta os problemas de deslocação e as actividades destes funcionários nos dias úteis, foi estabelecido que unicamente se iriam convidar DE da região de Lisboa e Vale do Tejo. Foram enviados 9 convites. O recrutamento destes DE foi realizado através de contacto telefónico. A amostra efectiva de participantes incluiu 5 DE (3 homens e 2 mulheres) da região de Lisboa e Vale do Tejo.

O grupo focal foi realizado no dia 20 de Dezembro do 2010 das 09h30 as 12h00, sob a coordenação do orientador do presente estudo, na sala de reuniões do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, em Lisboa. O áudio do encontro foi gravado para uma melhor e mais detalhada análise posterior à sessão. Finalmente, com o objectivo de garantir a confidencialidade e o anonimato dos participantes, foi desenvolvido um Consentimento informado (Anexo V), realçando o carácter voluntário da participação.

Tendo em conta que as contribuições do Grupo focal não acrescentam aspectos adicionais ao presente estudo, as suas conclusões não foram incluídas no mesmo. No entanto, as contribuições principais da sessão são apresentadas nos Anexos (Anexo VI).

11. DISCUSÃO DOS RESULTADOS

Tendo em conta que o caso da presente investigação refere-se a um curso de formação em gestão e liderança, os aspectos a analisar referem-se unicamente aos factores que podem ser medidos através dos dados disponíveis. Isto quer dizer que, apesar de existirem muitos outros factores e aspectos que podem inferir no desempenho dos DE dos ACES num contexto de reforma, os resultados e as conclusões deste estudo vão limitar-se às percepções destes profissionais sobre os seus conhecimentos, habilidades e atitudes antes e depois do curso PACES, e a análise da cultura organizacional percebida em estes dois períodos.

Neste sentido, inicia-se a discussão dos resultados desta investigação com a observação de que no contexto dos ACES, continua o paradigma da predominância de médicos nas áreas de gestão de topo. 80% dos DE são médicos, sendo que destes 34% não tinham no momento da sua nomeação uma formação formal em gestão. Como foi mencionado na revisão bibliográfica, apesar de muitos países terem reconhecido a importância e contribuições das acções multidisciplinares, ainda se encontram sectores da Saúde onde a profissão médica domina as tarefas de gestão de topo (Evans & Knight, 2007).

Outros aspectos relacionados com as características pessoais dos DE referem-se a que na sua maioria, os DE são homens de idade igual ou superior a 50 anos. Segundo os resultados das percepções de 2008, pode-se verificar também que grande parte dos DE, tinham experiência como Director de Centro de Saúde, sendo na sua maioria convidados pela ARS, não passando por concurso público. No entanto, 91% deles tinham mais de 15 anos de experiência de trabalho no sector da Saúde e, na mesma proporção, declararam que tinham experiência prévia de coordenação num Centro de Saúde. Com estes dados pode considerar-se que ao momento da nomeação dos DE existia uma tendência para a preferência por profissionais experientes e de profissões médicas.

Por outro lado, através dos resultados observa-se que em 2009, um ano depois de terem iniciado a sua função como DE, estes profissionais encontram-se com uma menor satisfação profissional. Os motivos desta diminuição não são conhecidos, pois estes

aspectos não foram aprofundados nos questionários, mas é possível que tenham relação com os desafios que se apresentam, como a falta de autonomia financeira e de contratualização e a complexidade da gestão e liderança num processo de mudança.

Finalmente, em relação ao perfil de competências ideais dos DE, pode-se verificar também que não se observam grandes diferenças entre o perfil ideal de DE nas percepções em 2008 e 2009. Porém, as competências consideradas como as mais importantes ao início das suas funções, perdem força um ano mais tarde, assim como também aparecem novas competências ligadas com o *domínio das tecnologias de informação*, a *capacidade de motivar* e *ser bom comunicador*. Em relação aos dados de 2008, destacam-se as seguintes competências que mais sofreram mudanças no sentido positivo: *ser capaz de trabalhar sob pressão*, *ter iniciativa para mudança e a capacidade de motivar os subordinados*, *dominar as tecnologias da informação*, *ser bom comunicador*, *ter capacidade de negociação* e *pensamento sistêmico*.

Em ambos períodos temporais, as percepções dos DE sobre o perfil ideal e as competências mais importantes para o desempenho da sua função, são coerentes e concordantes com as dimensões das competências recomendadas na literatura assinaladas nesta investigação. Por exemplo, a necessidade de implementação da governação clínica, implica a aplicação de sistemas de informação e o uso de outro tipo de tecnologias para melhorar a comunicação entre as unidades e entre os ACES.

Da discussão em relação aos resultados da análise dos critérios sobre as competências de gestão essenciais, podem-se extrair os seguintes aspectos: em primeiro lugar, pode-se observar que as percepções de cada uma das três dimensões das competências essenciais dos gestores têm o seu próprio comportamento. Assim, no período de 2008 a 2009, após um curso de formação sobre gestão e liderança num contexto de reforma, cada uma destas dimensões apresenta resultados e uma evolução distinta.

Ao início da sua função, a percepção dos DE em relação às três dimensões das competências essenciais dos gestores é positiva em 4 dos 13 critérios específicos. Um

deles, em relação à dimensão do conhecimento, outro em relação à dimensão das habilidades, sendo os dois restantes em relação à dimensão das atitudes.

A dimensão que no conjunto se encontrou mais distante das recomendações da literatura ou, por outras palavras, com uma menor pontuação, foi a dimensão das habilidades com 53,54%. Nesta dimensão, o único critério específico que contava com valores positivos foi a percepção sobre a *capacidade de resolução de problemas e negociação*, a qual foi medida através da variável “Estratégia para desenvolver novas tarefas e resolver problemas”.

Em segundo lugar encontrava-se a dimensão dos conhecimentos. Apesar de se pode observar que as percepções dos DE ao início da função sobre o *conhecimento do contexto* apresentavam pontuações bastante elevadas, sendo estas 86,45%, a razão do baixo valor do critério geral deve-se às pontuações sobre as suas percepções quer sobre *as necessidades dos utentes* quer sobre *as normas de qualidade*. Ao analisar estes aspectos, podem-se tentar explicar estes resultados dizendo que, mesmo que os DE se encontrassem seguros sobre os seus conhecimentos do sector devido aos anos de trabalho no sector da Saúde e à sua experiência prévia na coordenação de Centros de Saúde, poucos estudos e levantamento das necessidades dos utentes foram realizados para lhes oferecer uma maior informação sobre o estado actual da situação. Da mesma forma, pode-se considerar que o estado de imaturidade da recentemente iniciada Reforma, não apurava a necessidade da medição da qualidade organizacional.

A dimensão que mais se aproximava das recomendações extraídas da literatura, foi a dimensão das atitudes com uma pontuação de 74,58%. Tal e como se pode observar nos dados apresentado, os aspectos relacionados com a *satisfação profissional* e com *dedicação ao bem-estar dos utentes* destacaram-se como as mais positivas de entre as restantes competências. Estes aspectos estão relacionados com a motivação que os DE sentiam ao início da sua função, com a sua posição optimista em relação à Reforma e reconhecendo que os cidadãos são a razão de ser das mudanças em questão. Estes aspectos pareciam estar alinhados com as expectativas de sucesso da Reforma, no entanto, foi nesta mesma dimensão onde foi possível observar a maior queda nas

pontuações do ano seguinte. Observa-se uma mudança de uma avaliação positiva no início (2008) para uma negativa após o PACES (2009).

Desta forma, um ano mais tarde, diante os resultados apresentados na Tabela 19, pode-se observar que as dimensões que mais mudanças experimentaram em termos de pontuação foram as habilidades e as atitudes. Em termos da avaliação dos critérios, apesar de as habilidades terem registado mudanças no sentido positivo, aumentando a sua pontuação quer no critério geral, quer em cada um dos critérios específicos, o critério geral continuou a ser negativo. No caso das atitudes, observou-se uma mudança de sentido, passando a ser avaliado após do curso PACES como um critério negativo, sofrendo quedas significativas nas pontuações dos critérios específicos de *Satisfação profissional* e *Dedicação ao bem-estar dos utentes*. O critério específico de *Receptividade e abertura aos seus colaboradores*, apesar de continuar negativo na sua avaliação é o de menor pontuação, teve mudanças a nível positivo, ao aumentar em 6,08 pontos em relação ao ano anterior.

Os resultados que provêm de cursos de formação, devem atender ao tipo de aspectos que se pretendem mudar. O treino de conhecimentos foca-se em oferecer informação e factos novos em relação a uma questão ou área de conhecimento específica. O treino de competências concentra-se na aplicação do conhecimento adquirido. Finalmente, o treino de atitudes, refere-se ao tipo de treino que pretende modificar valores, interesses, opiniões ou emoções. Mudar e alinhar atitudes e comportamentos a um conjunto de valores esperados podem resultar numa das tarefas mais difíceis, mais que a modificação de conhecimentos ou habilidades (Robbins, 1996).

Conforme referido por Robbins (1996), as atitudes dependem do contexto e estado da situação, da natureza da mudança e até da forma na qual a mudança está a ser levada a cabo. Neste sentido, os desafios naturais de um processo de mudança em conjunto com a falta de autonomia financeira e de contratualização, podem estar a contribuir para diminuição de pontuações no critério de *satisfação profissional*. Por outro lado, o grau de dificuldade de uma mudança depende primariamente do objectivo de dita mudança, e no caso da RCSP, o objectivo era horizontalizar uma estrutura com

uma larga tradição centralista, vertical e hierárquica onde a reforma de pensamento se revela um factor fundamental (Biscaia, 2006). De acordo com Drucker (1954) a inabilidade dos gestores de mudar as suas atitudes e comportamentos ao ritmo que as organizações precisam é um dos principais obstáculos para a mudança. Este autor menciona que inclusive, quando as pessoas intelectualmente percebem a necessidade de mudança, emocionalmente ainda não se encontram preparados para realizar dita transição. Analisando os dados da Tabela 19, estes aspectos podem estar de alguma forma a concentrar a energia dos DE na resolução de problemas constantes e no processo de adaptação as novas estruturas em detrimento de uma atenção ao *cidadão e no seu bem-estar*; aspectos que se podem observar na diminuição em 16,74 pontos neste critério. Assim, pode-se compreender que a resistência à mudança seja tão natural como a necessidade de mudança em si própria, sobretudo para aqueles que têm de modificar algum hábito ou prática para fazer parte desse processo (Whiteley, 1995; Kotter & Schlesinger, 2008).

Passando à seguinte dimensão das competências, a percepção sobre os conhecimentos pode ser um dos aspectos mais fáceis de mudar ao mesmo tempo que não requer de um grande consumo de tempo. Participar em cursos de formação, realizar leituras e estudos sobre o contexto e mesmo o passar do tempo, permitem aos profissionais aumentar o saber sobre os temas relevantes a sua função. No entanto, esta dimensão, conforme os dados da Tabela 19, foi a que menores mudanças experimentou de um período de tempo ao outro. Apesar de que os três critérios aumentaram em pontuações de um ano ao outro, nenhuma das competências ou critérios da dimensão dos conhecimentos mudaram de sentido, continuando os conhecimentos *sobre o contexto particular e o sector de interesse* critérios positivos e os conhecimentos *sobre as necessidades dos utentes e sobre as normas de qualidade* negativos. Este resultado, de alguma forma parece contradizer o esperado através da análise da literatura, no entanto ao mesmo tempo, revela-se compreensível, sobretudo por uma razão simples. Deve-se ter em conta que a maioria dos DE já contavam com experiência na coordenação de CS e se encontravam a trabalhar no sector, muitos deles há mais de 15 anos. Este tipo de experiência e conhecimentos não muda de um ano para outro.

Observaram-se diferenças entre as percepções dos DE face aos seus conhecimentos, habilidade e atitudes de gestão entre 2008 e 2009. A maioria destas diferenças, denotaram mudanças positivas e mais próximas das recomendadas pela literatura, com a exceção de dois critérios específicos relacionados com a dimensão das atitudes. Assim, como pode ser observado na Tabela 19, apesar de os critérios no geral continuarem a ser negativos, as pontuações de 11 dos 13 critérios específicos aumentaram após o curso de formação PACES. Em síntese, pode-se considerar que, em 2009, as percepções dos DE dos ACES sobre as suas competências de gestão se ajustam mais às funções dos gestores num contexto de Reforma organizacional, em comparação com o ano anterior.

Estes aspectos podem ser melhor compreendidos quando se observam os resultados da análise da cultura organizacional. Segundo Cameron e Quinn (2006) os autores da ferramenta OCAI, dois aspectos que podem ser analisados através desta ferramenta são: a força da cultura e a coerência entre as culturas dominantes entre as diferentes categorias do modelo.

Em relação ao primeiro aspecto, segundo estes autores, a força da cultura organizacional é determinada pelo número de pontos que cada uma das culturas tem. Quanto maior for a pontuação, mais dominante é a cultura. Estudos realizados por Cameron e Quinn (2006) revelam que as culturas fortes estão associadas a uma homogeneidade de esforços entre os membros da organização e a um melhor desempenho em ambientes onde uma visão partilhada é requisito. No caso dos dados de 2008, a cultura de Clã tem uma média de 34,1 pontos, sendo a cultura dominante deste período. Nos dados de 2009, a cultura de Clã tem uma média de 40.86 pontos, continuando a ser a cultura percebida com dominante e aumentando a sua força com o passar do tempo.

Relativamente ao aspecto da coerência na cultura, esta acontece quando vários aspectos ou dimensões da cultura organizacional se encontram representados pelo mesmo tipo de cultura ou, por outras palavras, quando as várias dimensões estão alinhadas. Segundo os estudos realizados por estes autores, as culturas coerentes tendem

a ter um melhor desempenho que as culturas que não têm coerência. Ter todos os aspectos de uma organização claros e focados nos mesmos valores, elimina muitas complicações, desconexão e obstáculos no caminho a um desempenho eficiente (Cameron & Quinn, 2006). A presença da incoerência cultural frequentemente estimula a necessidade de mudança, pois observa-se um certo desconforto e ambiguidade, assim como também falta de integração entre os seus membros. Este tipo de culturas organizacionais pode afectar a energia e foco dos membros de uma organização, inibindo a mesma de ter um desempenho nos maiores níveis de efectividade

Através dos resultados das percepções dos DE de 2008 e de 2009 é possível observar que as pontuações se encontram divididas basicamente entre três tipos de cultura (de Clã, Adocrática e Hierárquica). Certamente, as pontuações em 2008 encontram-se mais espalhadas entre estas três culturas, sendo a força da incongruência maior que em 2009. No segundo período temporal, as pontuações encontram-se mais concentradas nas duas culturas dos quadrantes superiores do modelo - Clã e Adocrática- (Gráfico 4), o que significa que partilham o foco na flexibilidade e discernimento em contraposição com 2008, período no qual as duas culturas dominantes percebidas eram a cultura de Clã e Adocrática.

Retomando a discussão sobre a cultura dominante mas, neste caso, focando na cultura com a segunda pontuação mais alta em ambos períodos, observou-se que os tipos de cultura não são coincidentes. Em 2008, os DE identificavam-se com a cultura Hierárquica, e um ano mais tarde com a cultura Adocrática. Este aspecto para além de estar a demonstrar um alinhamento com uma cultura mais próxima da inovação e do trabalho em equipa, vem confirmar a terceira hipótese da presente investigação. Segundo Mintzberg (1989), os profissionais que pertencem ao tipo de organização Adocráticas, tendem a ser profissionais que têm participado em vários programas de treino de competências, pois devem ser pessoas experientes e com grande conhecimento sobre o seu contexto. No entanto, não são profissionais que desempenham as suas tarefas sempre da mesma forma. Considera-se que este tipo de gestores utiliza o seu conhecimento e habilidades para criar novas formas de agir perante os problemas.

Pode-se portanto observar que, em 2009, as percepções dos DE sobre a cultura organizacional defendem uma cultura mais forte e mais congruente que nas percepções de 2008. Denotam-se evoluções positivas na passagem de um período temporal ao outro, apesar de ainda ser possível reconhecer certos aspectos por sobrepor e melhorar. Neste sentido, por exemplo, pode-se observar (Gráfico 5) que os aspectos da cultura organizacional que se encontram mais contrapostos são a *liderança organizacional* frente ao resto de categorias, sendo de alguma forma a única categoria que se destaca por ter um comportamento médio mais diferente do resto das categorias e por permanecer dentro de uma cultura hierárquica em ambos períodos.

A dimensão da liderança organizacional, segundo Cameron e Quinn (2006) permite conhecer como o líder de uma organização gere os seus colaboradores para cumprir os objectivos da organização. Quando esta dimensão recai sobre a cultura Hierárquica, segundo estes autores, significa que o líder ou gestor desempenha a sua função através de normas estruturadas e formais. A sua influência baseia-se no controlo da informação, privilegiando a documentação e gestão de informação de forma activa, no sentido de manter a estabilidade da situação. Não se trata de um tipo de liderança inovadora nem aberta à participação dos colaboradores. A definição de objectivos claros e autoridade no processo de tomada de decisões considera-se fundamental. Este tipo de lideranças tendem a funcionar em contextos onde se considera que a experiência e conhecimento dos líderes são bastante mais altos em relação à dos colaboradores e onde a confiança no desempenho da equipa ainda não se encontra desenvolvido. Estes aspectos podem estar a demonstrar certa incerteza e insegurança em relação aos desafios, aspectos que se podem também entender melhor através dos dados que revelam uma descida no critério de *satisfação profissional* (Tabela 19). Segundo Dussault (1994), gestores desmotivados não irão motivar ao resto dos colaboradores de uma organização e nada contribuirão para a qualidade dos serviços prestados.

As hipóteses levantadas ao início da presente investigação baseavam-se em três afirmações: por um lado, que as percepções dos DE sobre as suas competências de gestão após o curso de formação PACES se encontram mais próximas das competências

recomendadas pela literatura, por outro, que a dimensão das atitudes é a dimensão das competências de gestão que apresenta maiores resistências a mudança e, finalmente, que a cultura percebida pelos DE após o PACES tende a se aproximar ao tipo de cultura organizacional Adocrática. A análise dos resultados e a sua discussão permitem confirmar estas três considerações, mas também abrir caminho para novos aspectos e questões.

Entre eles, deve-se reconhecer que as organizações públicas assumem um grande papel na sociedade (OECD, 2001). Neste sentido, as cada vez maiores exigências por parte dos cidadãos e comunidades e as pressões para aumentar a eficácia, eficiência e inovação num contexto de incerteza económica, levam a que as organizações da AP sejam confrontadas com a necessidade de romper com a imagem de rigidez e de serem burocráticas, onde as atribuições tendem a serem complexas e pouco próximas dos interesses dos cidadãos.

As OS como estruturas dinâmicas e vivas que convivem com a incerteza, contradição e o conflito constante, representam uma realidade constituída por agentes individuais com liberdade para agir de modo nem sempre totalmente previsível mas cujas acções se encontram interconectadas a tal ponto que a acção de um agente modifica o contexto para os outros agentes (Biscaia & Ferrão, 2006). Revela-se portanto fundamental considerar a atenção ao perfil e competências de gestão dos profissionais antes de estes serem seleccionados, aos recursos apoios que estes têm disponíveis e aos aspectos ligados à sua satisfação, pois a sua capacidade de influência sobre o desempenho de uma organização pode vir a determinar o fracasso ou sucesso de um processo de mudança.

Inevitavelmente surge a questão de como seleccionar os gestores de OS num futuro para garantir resultados organizacionais mais eficientes. Apesar de que esta investigação não oferece respostas neste sentido, pretende-se pelo menos, levantar a curiosidade sobre este assunto e fomentar uma maior atenção para com os aspectos relacionados com os recursos humanos na Saúde na área da gestão.

A definição da OMS sobre a Saúde, fala de bem-estar ao nível físico, mental e

emocional, mas sobretudo, fala de pessoas. É preciso considerar que, no final, trabalhar pela Saúde trata-se de pessoas, mas não se trata apenas no sentido dos que recebem os serviços de Saúde, mas também que se devem incluir as pessoas que oferecem e organizam estes serviços. A sua importância e contribuição são determinantes para perceber a ligação entre o desenvolvimento dos profissionais e o desenvolvimento do sistema.

Limitações do estudo:

Considerando a natureza e contexto no qual este estudo foi desenvolvido, podem identificar-se-lhe certas limitações. Em primeiro lugar, devido à imaturidade da Reforma e a ainda pouca exploração sobre o tema, verifica-se a ausência de um grupo de controlo que permita comparar os resultados da presente investigação com o objectivo de os enriquecer.

Em segundo lugar, podem ser destacados certos aspectos em relação aos métodos utilizados nesta investigação. Relativamente aos questionários, devido à não identificação dos participantes em nenhum dos dois tempos de recolha de dados, os questionários não são emparelhados o qual limita outras possibilidades de análise estatística. Da mesma forma, trata-se de um estudo tipo censo, o qual não permite realizar inferência estatística e os respectivos testes estatísticos.

Em relação à ferramenta OCAI utilizada, a modificação da sua implementação pode alterar de certa forma os resultados, apesar de a estratégia utilizada permitir identificar que respostas são as mais frequentes, possibilitando a análise realizada.

Finalmente, em relação aos critérios específicos utilizados na análise dos conhecimentos, habilidades e atitudes dos DE dos ACES, sendo que a única fonte de dados são os questionários que foram disponibilizados pela AGO/INA, certos critérios podem apresentar certos inconvenientes quanto à sua pertinência e precisão.

Apesar destas limitações, o presente estudo representa uma primeira aproximação a um tema considerado de grande pertinência e importância para o sistema

dos cuidados primários em Portugal e, de forma mais específica, ao funcionamento, sustentabilidade e efectividade dos ACES como uma organização recente e que se encontra perante grandes desafios, já mencionados em outros capítulos desta investigação.

12. CONCLUSÕES

Segundo o Relatório da OMS (2006), a força de trabalho de Saúde, ao enfrentar aos desafios constantes do sector mantém um objectivo simples: conseguir que os trabalhadores adequados com as capacidades pertinentes se encontrem nos lugares oportunos realizando as tarefas que lhes são correspondidas para assim preservar a agilidade para responder as crises, corrigir as desigualdades e se antecipar ao futuro.

Na realidade dos Cuidados Primários de Portugal, as transformações e mudanças inerentes na RCSP ainda se encontram a decorrer criando evidências sobre a sua complexidade e necessidades. O melhor entendimento das competências das pessoas que se encontram na primeira linha desta Reforma e que acarreiam grandes responsabilidades, não só face as suas equipas de trabalho mas também em relação aos cidadãos, permite otimizar esforços e oferecer uma base importante para o melhor entendimento da relação entre o desempenho dos PdS e o desempenho das OS.

Considerando o estudo realizado sobre o contexto e a realidade dos DE dos ACES como gestores e líderes, em conjunto com os resultados das percepções dos mesmos, vão apresentar-se certas sugestões e considerações para tentar contribuir não só para a área de conhecimento destas matérias, mas também para estratégias futuras para potenciar as oportunidades que ainda restam neste processo. Assim, encarando as limitações deste estudo e o contexto no qual suas conclusões devem de serem analisadas, pode-se chegar a uma série de considerações seguidamente apresentadas.

Em primeiro lugar, esta investigação permite perceber melhor que os desafios inerentes ao processo de Reforma, as limitações e obstáculos formais (falta de autonomia financeira, falta de autonomia na contratualização) e a ainda imaturidade do processo de mudança que não permitiu ainda criar uma cultura de partilha e confiança, têm um grande impacto na percepção sobre o desempenho de competências dos ACES e podem ajudar a explicar, em grande parte, as dificuldades e tensões que afectam o funcionamento destas organizações.

As percepções dos DE dos ACES sobre as suas competências permitem reconhecer que tanto ao início da sua função como um ano mais tarde, existe ainda um caminho a percorrer para atingir o desenvolvimento das competências essenciais descritas pela literatura. No entanto, também é possível perceber que existe uma melhoria com o passar do tempo, e que a influência de cursos de formação como o PACES, demonstram evolução numa direcção de melhoria. Estas melhorias podem ser observadas sobretudo em termos das dimensões dos conhecimentos em geral e habilidades, tais como *comunicar e difundir a informação e inovação e adaptação as mudanças*, e na cultura percebida, a qual se encontra mais próxima de uma cultura Adocrática, valorizando-se assim aspectos como a inovação e a criatividade.

A dimensão das atitudes, pela sua forte dependência do contexto, ambiente laboral, apoios e obstáculos presentes, demonstra ser a dimensão com maiores dificuldades face ao atingir níveis positivos em relação as competências essenciais recomendadas pela literatura. Da mesma forma, esta dimensão apresenta a maior resistência à mudança, sendo que a satisfação dos seus DE e a dedicação ao cidadão apresentam as maiores quedas em termos de pontuações nos critérios seleccionados.

Estes aspectos levantam uma certa preocupação, pois a possibilidade de não serem resolvidos pode apresentar problemas em relação à garantia da sustentabilidade e adesão dos seus envolvidos a Reforma pois, como já mencionado, o desempenho das organizações como um conjunto depende do desempenho dos seus profissionais.

Portanto, pretende-se ressaltar que toda a mudança envolve necessariamente uma mudança de pensamento, pois esta começa por um processo reflectivo onde a necessidade de mudar se torna evidente. Assim, antes de iniciar um processo de Reforma, certos aspectos deveriam ser considerados e as suas condições necessárias deveriam ser criadas. Estruturar, prever e controlar tem um limite. É necessário ir para além das dimensões que permitem não só gerir a mudança mas também analisar as estratégias que permitem também obter melhores resultados organizacionais. É necessário compreender que uma organização é mais que uma soma das suas partes e que a RCSP é mais que uma mera Reforma institucional.

Neste sentido, se o termo gestão da mudança implica que dita mudança pode ser gerida, iniciada, planificada, dirigida e até controlada, esta deve começar pela análise da situação actual e a articulação de uma visão do futuro, onde a engrenagem que sustenta o sistema dos CSP conte com um acompanhamento, formação e apoio constante.

O dever dos PdS não é temer a complexidade do sector da Saúde e tentar resolver todos os problemas ao mesmo tempo, trata-se de perceber onde se encontram os pontos críticos nos quais se pode criar um impacto. Da mesma forma, a inovação não se deve referir unicamente a criar coisas novas, mas a um melhor entender de como e que é possível fazer para mudar e melhorar a situação actual. Em síntese, como repensar as coisas para obter melhores resultados.

Assim, embora seja necessário, não é suficiente criar instrumentos de gestão e afectar mais recursos. Para além de todos estes aspectos, as pessoas são um factor fundamental no que toca à capacitação e desenvolvimento organizacional para melhores desempenhos. Os gestores, como agentes mobilizadores, intermediários, por um lado entre as autoridades e, por outro entre os profissionais clínicos e a população, bem como dirigentes em termos de estabelecimento de normas e objectivos, devem atrair uma especial atenção. Centrar os esforços nos RH da gestão, partindo de uma selecção adequada das pessoas e tendo em conta o contexto para perceber o tipo de cultura que se encontra numa organização, revelam-se como estratégias fundamentais para garantir o sucesso numa mudança organizacional.

Os esforços que garantem o sucesso das organizações devem ser sensíveis às forças e limitações dos seus colaboradores, assim como também devem apreciar a situação de uma forma realista.

Desta forma conclui-se que o papel central que possuem os PdS deve ser reconhecido, mas não só no sentido de adoptar práticas de administração participativa, de centrar o interesse no âmbito do processo de trabalho e em oferecer abertura de espaços para a criatividade e a iniciativa do próprio trabalhador. Também se deve ter em conta a importância da selecção das pessoas adequadas com as competências apropriadas às funções, de modo a motivar e liderar a sua equipa para combater a

imagem de inoperância dos serviços públicos, considerando que o acompanhamento, formação, apoio e motivação constantes sejam estratégias inseridas no processo.

Assim, apesar de se considerar que ainda muito está por fazer, no que diz respeito à Reforma e aos seus desafios, não é pertinente perder a noção de que, de facto, já de deu início a uma mudança que certas melhorias podem ser observadas após o curso PACES.

A capacidade de auto-crítica e de abertura à crítica externa são aspectos fundamentais. Mas, a capacidade de perceber que uma mudança também representa oportunidades e que os desafios apresentam caminhos por encontrar, torna-se ainda mais importante. Num ambiente a favor da mudança os conhecimentos e competências de cada profissional são valorizados, são reconhecidas a importância da aprendizagem, formação e treino constante e é implementada a inovação e o debate, aspectos que estimulam o crescimento e a procura de qualidade continua.

No entanto, três anos após o início da segunda fase da RCSP, quando os ACES foram implementados, esta investigação permitiu a aprendizagem de lições e realizar certas sugestões para futuras investigações. Quanto às lições aprendidas, deve ter-se em conta as estratégias para a gestão de uma mudança e a importância de criar as condições prévias para a suportar antes de se proceder à sua implementação e, em segundo lugar, devem ser consideradas as competências essenciais dos gestores envolvidos nestes processos e a relevância da sua adequação às funções.

Em relação as sugestões, por um lado, pode-se mencionar que apesar de os cursos de formação serem uma estratégia chave para a capacitação, preparação e apoio dos PdS, estas não são consideradas suficientes se forem realizadas unicamente durante o período inicial do processo. Um acompanhamento contínuo, apoio e incentivos aos profissionais envolvidos revelam-se aspectos necessários e complementares para garantir a satisfação profissional, a sua motivação e orientação ao cidadão, o trabalho em equipa e uma cultura organizacional que em sintonia com as necessidades da Reforma. Cabe também destacar que o facto de os questionários aplicados nesta investigação não serem emparelhados, resultou na limitação das possibilidades de análise e de

aprofundamento dos resultados, como por exemplo, em termos de medições das mudanças nas dimensões das competências de gestão de uma forma mais precisa ou numa melhor compreensão dos factores mais influentes e relevantes para a introdução de melhorias na capacitação e formação dos profissionais de Saúde na área da gestão.

Reconhecendo estas questões, pode-se avançar ainda mais na melhora da compreensão sobre os aspectos que são necessários, tanto ao início, como ao longo do processo de mudança, para potenciar as suas oportunidades e garantir a adesão do recurso mais importante que têm as OS: as suas pessoas.

13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Alimo-Metcalf, B., Lawler, J. (2001). Leadership development in UK companies at the beginning of the twenty-first century: Lessons for the NHS. MCB University Press. *Journal of Management in Medicine*, 15 (5), pp. 387-404.
- Anson BR. (2003) Taking charge in a volatile health care marketplace. *Human Resource Planning*; 23(4): pp. 21-34.
- Antony J, Downey-Ennis K, antonym F, Seow C. (2007). Can six sigma be the “cure” for our “ailing” NHS?. *Leadership in Health Services*. 20(4) pp. 242-253.
- Avolio, Bruce J., Walumbwa, Fred O. et al. (2009). Leadership: Current Theories, Research, and Future Directions. *Annu. Rev. Psycholo.* 60: pp. 421-449.
- Baker, G.R. (2001). Healthcare managers in the complex world of healthcare. *Frontiers of Health Services Management*. 18 (2).
- Bartholomew, David J.; Steele, Fiona; et al. (2008) Analysis of Multivariate Social Science Data. *Second Edition. Gre.*
- Bennis, Warren. (2003). *On Becoming a Leader*, New York, De Capo Press.
- Berio, A. (2003). An Organizational Culture Assessment Using the Competing Values Framework: A Profile of Ohio State University Extension. National Institute for Agricultural Research (INIA). 41(2).
- Biscaia, A. (2006a). A Reforma do pensamento em Saúde. *Rev Port Clin Geral*; 22: pp. 63-4.
- Biscaia, A. (2006b). A Reforma dos cuidados de Saúde primários e a Reforma do pensamento. Dossier. A Reforma do pensamento em Saúde. *Rev Port Clin Geral*; 22: pp. 67-79.
- Biscaia A.Ferrão, A. (2005). Cuidados de Saúde Primários em Portugal. Reformar para novos sucessos. Fundação Atrazeneca. Lisboa.
- Brock,D., Powel, M., Hinings, CR. (1999). *Restructuring the Professional organizations: accounting, health care and law*. Routledge, London.
- Cameron, K., Quinn, R. (2006). *Diagnosing and Changing Organizational Culture: Based on the Competing Values Framework*. Revised Edition. Jossey-Bass.
- Coordenação estratégica, Ministério da Saúde. Setembro (2010). Primeiro documento da serie da Governação da Reforma. O que esta a mudar nos CSP em Portugal. Site da MCSP [Disponível em <http://www.mcspp.min-saude.pt/MCSP>]. [acedido em 10/01/2011].
- Creswell, J. (2009) *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Third Edition. Sage.
- Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro. *Diário da República, 1.ª série — N.º 38 — 22 de Fevereiro de 2008*
- Dickson, G. (1998). Vigilant Leadership. In *Leadership: An Anthology*. Symons, B. and Botting, G, Eds. Victoria: Royal Roads University.
- Dickson, G. (2009). Transformations in Canadian Health Systems Leadership: An Analytical Perspective. *Leadership in Health Services*. 22 (4). pp.292-305.
- Direcção-Geral da Saúde. Rede de Cuidados de Saúde Primários. Plano Nacional de Saúde

- 2004-2010: mais Saúde para todos. Volume II - Orientações estratégicas. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2004. pp. 153-5. Disponível em: URL: <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006757.pdf> [acedido em 22/11/2010].
- Dussault, G. (1992). A gestão dos serviços públicos de Saúde: características e exigências. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro. 26 (2), p. 8-19.
- Dussault, G. (1994). Gestão dos recursos humanos e qualidade dos serviços de Saúde. *Educ. Med Salud*. 28(4).pp. 478-489.
- Dussault, G. (2007). A Health Workforce Strategy for Portugal. *Cah. Socio. Démo. Méd*
- Dussault G., Fronteira I. (2010). Recursos humanos para Saúde. Plano integrado no Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (Portugal), Lisboa, Alto Comissariado da Saúde.
- Drucker, P. F. (1990). *Managing the non-profit organization*. New York: HarperCollins Publishers.
- Peter F. Drucker (1954) *The Practice of Management*. New York. Harper Business.
- Eisenhardt, K.M. (1989) Building Theories from Case Study Research. *Academy of Management Review* (14:4), pp. 532-550.
- Filerman, G. (2003). Closing the management competence gap. *Human Resources for Health*, 1:7, pp. 1-3.
- Flick, U. (2009) *An introduction to qualitative research*. Edition 4. London. Sage.
- Fulmer, R. & Wagner, S. (1999). Leadership lessons from the best. *Training and Development*, 53. pp. 28-33.
- George, A.; Bennett, A. (2004) *Case studies and theory development in the social sciences*. Jhon F. Kennedy School of Government Harvard University. Massachusetts.
- Ghiglione, R., Matalon, B. (1989) *Las Encuestas Sociológicas. Teorías y Práctica*. Ed.Trillas. México.
- Giovanella, L. (2006). A atenção primária à Saúde nos países da União Européia: configurações e Reformas organizacionais na década de 1990. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(5). pp.951-963.
- Grimes, D., Schulz, K. (2002) Descriptive studies: what they can and cannot do. *THELANCET*, 359.
- Goodman, E. A., Zammuto, R. F., & Gifford, B. D. (2001). The competing values framework: Understanding the impact of organizational culture on the quality of work life. *Organizational Development Journal*, 19(3), pp. 58-69.
- Gold, M. (1999). *The complete social scientist: A Kurt Lewin reader*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Heading, G. (2009). Strategic leadership, culture and change in health services. Discussion paper. Cancer Institute NWS.
- Hooijberg, R., & Petrock, F. (1993). On cultural change: Using the competing values framework to help leaders execute a transformational strategy. *Human Resource Management*, 32(1), 29-50.
- Johnson, B. (2009) Empowerment of Nurse Educators Through Organizational Culture. *Nursing Education Perspectives*; 30(1), pp. 8-13.

- JMF. (2008). III Cúpula Ibero-Americana de Medicina Familiar: Investimento, sem fronteiras, na especialidade. Versão electrónica. Disponível em http://www.jmfamilia.com/index.php?option=com_content&task=view&id=255&Itemid=27. Consultado 10/02/2011.
- Kabene, S., Orchard, C., Howard, J., Soriano, M., Leduc, R. (2006). The importance of human resources management in health care: a global context. *Human Resources for Health*; 4(20), pp. 1-17
- Kimberly, J., Cook, J. (2008). Organizational Measurement and the Implementation of Innovations in Mental Health Services. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 35(1-2), pp. 66-72.
- Kirby MJL. (2002). The health of Canadians – the federal role. In *The Senate of the Government of Canada*, Ottawa. Government of Canada; 6(78).
- Kliksberg, B. (1998). A gerência na década de 90. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, 22(1), pp. 59-85.
- Kotter, J. P. (1982). *The General Managers*. New York: Free Press
- Kotter, J.P. (1990). What leaders really do. *Harvard Business Review*. 68 (3), pp. 103-111.
- Kotter JP. (1996) *Leading Change*. Boston: Harvard Business School Press; pp.25-30.
- Kotter, J., Schlesinger, L. (2008). Choosing Strategies for Change. *Harvard Business Review*. July–August. pp. 130-138.
- Kouzes, J., Posner, B. (2002). *The Leadership Challenge*, San Francisco, Jossey Bass.
- Lapão, L.V. e L.V. Tavares. (2007). *Complexity and Reform of Public Administration: Findings and case studies*. INA Chapters, 31.
- Lapão, L. (2008). The Role of Complexity Dynamics in the Innovation Process within the new Primary-Care Governance Model in Portugal. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, 13(3).
- Lapão, L. (2009). Programa Avançado de Gestão para Directores Executivos dos ACES. Instituto Nacional de Administração (INA). Capítulo Introdutório. Portugal.
- Lapão, L. (2009b) *Jornal do Médico de Família - JMF*, Versão electrónica. Entrevista realizada 08-05-2009. Disponível em http://www.jmfamilia.com/index.php?option=com_content&task=view&id=699&Itemid=27. (Consultado 10/02/2011).
- Lapão, L. (2010). Dinâmica dos Agrupamentos de Centros de Saúde. IHMT, Universidade Nova de Lisboa.
- Lapão, L., Alexandre, H., Rando, B. (2008). Liderança em Contexto de Mudança na Administração Pública Central Portuguesa: Percepções, Práticas e Necessidades de Formação. Relatório EMIC, INA.
- Lapão, L., Leone, C. Dussault, G. (2010). Leadership Training Impact on Primary Care Reform. Conferencia Global Symposium. Switzerland.
- Lapão, L., Dussault, G. (2010). PACES: a National leadership program in support of Primary-

- Care Reform in Portugal. Leadership in Health services, Special Issue on Global Health Reform. Aceite para publicação 2011.
- Leaders for Life (2008). Shaping Health with Vision. [Consultado em 20.03.2010]. Disponível em <http://www.leadersforlife.ca/>.
- Leadership Development National Excellence Collaborative. (2004). Collaborative Leadership and Health: A Review of the Literature.
- López A., Cáceres, V. (2008). Central America Field Epidemiology Training Program (CA FETP): a pathway to sustainable public health capacity development. *Human Resources for Health*. 6(1): pp. 27.
- Machiavelli, Niccolò (1961), *The Prince*, London: Penguin
- MCSP, Law Statement. Missão para os Cuidados de Saúde Primários. 2007. Available at url: <http://www.mscp.min-saude.pt> [consultada 01.06. 2010].
- Ministério de Saúde - Entrevista a Ministra de Saúde, Ana Jorge. (2008). *Jornal do Médico de família - JMF*. Ana Jorge desafia tradição centralista de comando e controlo. Versão electrónica. Disponível em http://www.jmfamilia.com/index.php?option=com_content&task=view&id=170&Itemid=27. [Consultado 10/02/2011].
- Ministério de Saúde. *Jornal Missão Cuidados de Saúde Primários*. Fevereiro, 2009. Lisboa.
- Mintzberg, H.(1973). *The Nature of Managerial Work*. New York: Harper & Row.
- Mintzberg, H. (1979). *The Structuring of Organizations: A Synthesis of the Research*. Prentice-Hall.
- Mintzberg, H. (1989). *Mintzberg on management: Inside our strange world of organizations*. Free Press/Collier Macmillan. New York.
- Mintzberg, H. (1998) Covert leadership: notes on managing professionals. *Harvard Business Review*. pp. 140-147.
- Mintzberg, H. (2005). Managers not MBAs: Um olhar crítico sobre a gestão. *Dom Quixote*. Portugal.
- Mintzberg, H. (2009). *Managing*. Berrett Koehler. USA.
- Misener, T., Alexander, J. et al. (1997). National delphi study to determine competencies for nursing leadership in public health. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 29, pp.47-52.
- Nachmais, Chava Frankfort; Nachmais, David. (2008) *Research methods in the Social Sciences: Seventh Edition* New York, NY: Worth Publishers.
- O'Leary, J. & O'Leary, P. (1999). What is the future for nurse executives? *Nursing Administration Quarterly*, 23, pp. 4-10.
- Paranaguá de Santana, J. (1993). A gestão do trabalho nos estabelecimentos de Saúde: elementos para uma proposta. Documento apresentado no Painel Gestão de Recursos Humanos, na II Conferência Nacional de Recursos Humanos de Saúde, Brasília, setembro de 1993.
- Patton, M.Q. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*, Newbury Park, California. Sage Publications.
- Pedler M, Abbott C. (2008). *Lean and learning: action learning for service improvement*.

- Leadership in Health Services*. 21 (2): pp. 87 – 98.
- Penney, C. (2007) Report of the Canadian Health Leadership Network (CHLNet) Summit. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.
- Petrakova A, Sadana R. (2007) Problems and progress in public health education. *Bull World Health Organ*. 85: pp. 963–64.
- Philippon, D. (2007) Addressing Challenges and Renewal in the Canadian Health System: The Leadership Imperative. A presentation to the University of Alberta (November).
- Pisco, L. (2007). Coordenador da MCSP, publicado nos Cadernos de Economia, 80-Julho/Setembro.
- Pisco, L. (2008). *Jornal do Médico de família - JMF*. Versão electrónica. Entrevista realizada 06.03.2008. Disponível em http://www.jmfamilia.com/index.php?option=com_content&task=view&id=127&Itemid=27. Consultado 10/02/2011.
- Pisco, L. (2010). *Jornal do Médico de família - JMF*. Versão electrónica. Entrevista realizada 19-03-2010. Disponível em http://www.jmfamilia.com/index.php?option=com_content&task=view&id=1054&Itemid=27. Consultado 10/02/2011.
- Plsek:E. and T. Greenhalgh (2001). “Complexity change: the challenge of complexity in health care”. *BMJ Sep 15 (323)*: pp. 625-8.
- Plsek P, Wilson T. (2001). Complexity, leadership, and management in healthcare organisations. *BMJ Sep 29; 323 (7315)*: pp. 746-9.
- Porter, M., P. Teisberg. (2006). *Redefining Health Care: Creating Value-Based competition on results*. Harvard Business School Press. Boston Massachusetts.
- Quinn, J.B., P. Anderson. P. et al. (1996) Professional Intellect: making the most of the best. *Harvard business Review*. (Mar/April): 71-80.
- Ramos, V. (2007) Health Workforce Policies in Portugal: Ideas for modernization. *Cah. Socio. Démo. Méd.*
- Stephen P. R. (1996) *Essentials of Organisational Behaviour*, Prentice Hall, New Delhi.
- Sadana R, Petrakova A. (2007). Shaping public health education around the world to address health challenges in the coming decades. *Bull World Health Organ*. 85: pp. 902.
- Schein, E. (1993). *Organizational Culture and Leadership*. In *Classics of Organization*
- Schein, E. H. (1996). Culture: the missing concept in organization studies. *Administrative Science Quarterly*, 41(2), pp. 229-241.
- Schein, E. (2009). *The Corporate Culture: Survival Guide*. John Wiley & Sons, Inc. San Francisco, CA.
- Schein, E. (2010). *Organizational culture and leadership*. Jossey-Bass Inc. Publishers. Fourth edition. San Francisco, CA.
- Schiffbauer, J., O'Brien, J., Timmons, B., Kiarie, W. (2008). The role of leadership in HRH development in challenging public health settings. *Human Resources for Health*. 6:23, pp. 1 -7.

- Schupbach, E. (2009). Building a Culture of Excellence within the DeWitt Health Care Network. Army Medical Dept Activity Fort Belvoir Va. Disponível em <http://handle.dtic.mil/100.2/ADA516559>
- Smith B. A. (1996). The escalation of health care costs: How did we get there? In: Organization for Economic Cooperation and Development, editor. Health care reform. The will to change. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; pp. 17-30.
- Smith, R. (1997) "The future of health care systems". BMJ.
- Storey J. (2005). What next for strategic-level leadership research? *Leadership*, 1: pp. 89-104.
- Sullivan, W., Sullivan, R., Buffton, B. (2002). Aligning individual and organizational values to support change. *Journal of Change Management*, 2(3), pp. 247-255.
- Sutton, B. (2003), Learning to Lead: A Workbook on Becoming a Leader. Basic Books. New York.
- Teemu Reiman & Pia Oedewald. (2002). The assessment of organisational culture: A methodological study. Otamedia Oy, Espoo.
- The Canadian College of Health Service Executives (CCHSE). (2007). Disponível em: http://www.chsrf.ca/research_themes/pdf/CHLNet_Summit_Report_2007_e.pdf. [Consultada 20.06. 2010].
- Theory. Jay Shafritz and J. Steven Ott, (2001). Fort Worth: Harcourt College Publishers.
- Trompenaars, F., Woolliams, P. (2003). A new framework for managing change across cultures. *Journal of Change Management*, 3(4), pp. 361-375.
- White, F., Nanan, D. (2009). A Conversation on Health in Canada Revisiting Universality and the Centrality of Primary Healthcare. *Journal of Ambulatory Care Management*; 32 (2), pp. 141-149.
- Whitley, R. (1989). On the Nature of Managerial Tasks and Skills: Their Distinguishing Characteristics and Organization. *Journal of Management Studies*. 6(3) pp. 209–224.
- Whiteley, A. (1995). *Managing change: A core values approach*. South Melbourne: MacMillan Education Australia Pty. Ltd.
- World Health Organization. (2000). World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva.
- World Health Organization. (2003). World Health Report 2003: Shaping the Future. Geneva.
- World Health Organization. (2006). World Health Report: Working together for health.
- World Health Organization. (2008). World health Report: Now more than ever.
- World Health Organization Regional Office for Europe. (2009). Evaluation of National Health Plan of Portugal 2004-2010, Copenhagen, World Health Organization.
- Wright, K. Et al. (2000). Competency Development in Public Health Leadership. 90 (8), pp. 1202-1207.
- Yin, Robert K. 2001. Estudo de caso – planejamento e métodos. (2Ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Zurn P, Dal Poz MR, Stilwell B, Adams O. (2004). Imbalance in the health workforce. *Human Resources for Health*. 2(13).

Bibliografia:

Fisher, R. A. (1938). *Statistical methods for research workers*. Edinburgh: Oliver and Boyd.

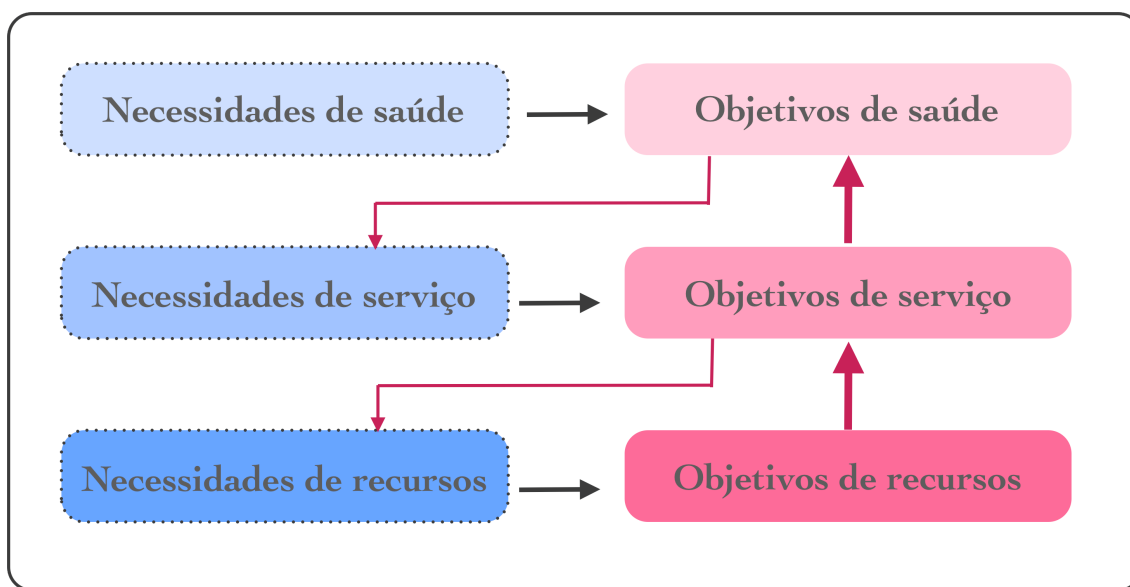
Fisher, R. A. (1940). The precision of discriminant functions. *Annals of Eugenics*, 10, pp. 422-429.

Gilula, Z., and S. J. Haberman. (1988). The analysis of multivariate contingency tables by restricted canonical and restricted association models. *Journal of the American Statistical Association*, 83, pp. 760-771.

Kitzinger, J. (1994), "The methodology of Focus Groups: the importance of interaction between research participants", *Sociology of Health e Illness*. 16 (1); pp. 103-121.

14. ANEXOS:

ANEXO I. MODELO DE RELAÇÃO ENTRE AS NECESSIDADES E OBJECTIVOS -



ANEXO II. MODELO QUESTIONÁRIO INA 2008 E 2009

A) PARA O/A CONHECER MELHOR

A1 Qual é a sua idade? 1 - Menos de 40 anos 2 – Entre 40 e 49 anos 3 - 50 ou mais anos

A2 Qual é o seu sexo? 1 – Masculino 2 - Feminino

A3 Qual a sua profissão? 1 – Médico 2 – Gestor/Adm. Hospitalar 3 - Outra

A4 Durante quanto tempo esteve no Centro de Saúde/Sub-RS ou ARS antes de tornar DE?

1 - menos de 5 anos 2 - Entre 5 e 10 anos 3 - Mais de 10 anos 4- Em outra Instituição

A5 Há quanto tempo se encontra a trabalhar no sector da Saúde?

1 – Menos de 5 anos 2 - Entre 5 e 15 anos 3 - Mais de 15 anos

A6 Ao longo da sua carreira, teve alguma experiência profissional no estrangeiro por período igual ou superior a três meses? 1 – Sim 2 – Não

A7 O motivo que o/a levou a aceitar a direcção executiva do ACES foi: Indique até 3 respostas, por ordem de importância, atribuindo 3 ao item mais importante, 2 ao de importância seguinte e 1 ao menos importante dos três)

	Económica (melhor ordenado e/ou melhor Reforma)
	O prestígio da função
	O gosto por desafios
	Acha que tem qualidades enquanto gestor/a
	Acha que tem qualidades enquanto líder
	Era seu dever, já que foi escolhido/a.
	Outro. Qual?

A8 Em que medida está a gostar (ou não) de ser Director/a Executivo?

1 – Gosta muito 2 – Gosta razoavelmente 3 – Gosta pouco 4 – Não gosta nada

A9 Frequentou anteriormente alguma acção de formação de gestão ou para dirigentes?

1 – Sim 2 – Estou a frequentar neste momento 3 – Não frequentou nenhuma

A10 Antes de assumir a Direcção Executiva do ACES já tinha experiência anterior de coordenação no âmbito de centros de Saúde?

1 – Sim 2 – Não

B) EXERCÍCIO DE FUNÇÕES DE DIRECÇÃO EXECUTIVAS NO ACES

B1 Qual a frequência das reuniões de trabalho que tem com os seus colaboradores?

- 1 - Diariamente 2 - De uma a quatro vezes por semana
 3 - Quinzenalmente 4 - Uma vez por mês
 5 - Reúne-se quando é preciso 6 - Outra.Qual? _____

B2 Assinale o número de horas que diariamente disponibiliza (em média) para cada uma das actividades abaixo indicadas: (1 - Menos de 1 hora; 2- entre 1 e 2 horas; 3 - entre 2 a 3 horas; 4 - entre 4 a 5 horas; 5- entre 5 a 7 horas; 6- mais de 7 horas;)

1. Actividades enquanto gestor/a
 2. Actividades enquanto médico/a
 3. Estudo/formação para desenvolvimento profissional e pessoal
 4. Deslocações entre residência e local de trabalho
 5. Levar e buscar crianças à escola
 6. Cuidado de crianças com idade inferior a 12 anos
 7. Cuidado de adultos dependentes
 8. Tarefas domésticas
 9. Compras
 10. Actividades de lazer
 11. Participação política e/ou cívica
 12. Descanso e cuidado pessoal

B3 Indique o tipo de comunicação que privilegia nas relações com os seus colaboradores (Indique até 3 respostas, por ordem de importância, atribuindo 3 ao item mais importante, 2 ao item de maior importância seguinte e 1 ao menos importante dos três):

- 1 - Formal escrita (ofícios, circulares internas)
 2 - Informal escrita (email, etc.)
 3 - Intranet
 4 - Oral (reuniões, conversa de corredor, etc.)
 5 - Outro. Qual?

B4 Assinale a estratégia que mais frequentemente assume quando tem que desenvolver novas tarefas ou projectos com os/as seus/seus colegas, ou quando tem que os corrigir / alterar:

	1- Comunica o que fazer de acordo com o planeado ou de acordo com os dados de que dispõe
	2- Ouve e promove a discussão de sugestões trazidas pelos colegas e depois decide
	3- Os colegas decidem com base em princípios e linhas gerais e no âmbito das suas responsabilidades no trabalho
	4- Outra. Qual?

C) ATRIBUTOS DE COORDENAÇÃO

C1 Na sua opinião, é fundamental para qualquer bom/boa director/a de ACES...

(Assinale até um máximo de 5 respostas, por ordem de importância, atribuindo 5 ao item mais importante, 4 ao item de importância seguinte, e assim sucessivamente até atribuir 1 ao menos importante dos cinco)

Grupo A

	Ter visão estratégica
	Ser capaz de improvisar novas soluções
	Ter grande capacidade de cumprir objectivos
	Ter pensamento sistémico
	Dominar as Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC)
	Ter forte orientação para o cidadão
	Ter capacidade de negociação
	Ter recebido formação para dirigentes/gestão
	Ter grande capacidade para cumprir normas e procedimentos

C2 Na sua opinião, é fundamental para qualquer bom/boa director /a de ACES...

(Assinale até um máximo de 5 respostas, por ordem de importância, atribuindo 5 ao item mais importante, 4 ao item de importância seguinte, e assim sucessivamente até atribuir 1 ao menos importante dos cinco)

Grupo B

	Ter espírito competitivo
	Ser racional e objectivo
	Exercer autoridade
	Ser capaz de trabalhar sob pressão
	Ser organizado
	Apresentar coerência entre decisões e práticas
	Ter espírito de serviço público
	Ter iniciativa para a mudança ou ter disposição para a aceitar
	Ter disponibilidade para o trabalho sem limitações de horários
	Ter conhecimentos técnicos especializados
	Ter capacidade para trabalhar em rede
	Ter maior orientação para o trabalho do que para a família
	Ter interesse pela aprendizagem constante

C3 Na sua opinião, é fundamental para qualquer bom/boa director/a de ACES...

(Assinale até um máximo de 5 respostas, por ordem de importância, atribuindo 5 ao item mais importante, 4 ao item de importância seguinte, e assim sucessivamente até atribuir 1 ao menos importante dos cinco)

Grupo C

<input type="checkbox"/>	Saber trabalhar em equipa
<input type="checkbox"/>	Ser bom comunicador
<input type="checkbox"/>	Ouvir e aceitar opiniões dos outros
<input type="checkbox"/>	Saber lidar com as emoções dos outros
<input type="checkbox"/>	Ser jovem
<input type="checkbox"/>	Ter capacidade para obter climas de consenso
<input type="checkbox"/>	Ser homem
<input type="checkbox"/>	Ser mulher
<input type="checkbox"/>	Pertencer a redes de influência
<input type="checkbox"/>	Ter capacidade para motivar os subordinados

D) CARACTERÍSTICAS DA ORGANIZAÇÃO ACES ACTUAL

D1 Assinale a afirmação que melhor descreve a sua organização (assinale apenas uma)

1. Características dominantes.

- 1 - É um local muito pessoal, é como uma família. As pessoas parecem partilhar muito delas próprias.
- 2 - É um local muito dinâmico e empreendedor. As pessoas estão dispostas a “vestir a camisola” e a correr riscos.
- 3 - É orientada para os resultados. A maior preocupação é realizar o trabalho. As pessoas são muito competitivas e orientadas para atingir os objectivos.
- 4 - É um local muito controlado e estruturado. Existem procedimentos formais a regulamentar o que as pessoas devem fazer.

D2 Assinale a afirmação que melhor descreve a sua organização (assinale apenas uma)

2. Liderança organizacional.

- 1 - Os Coordenadores são geralmente vistos como um exemplo de apoio, assistência e motivação
- 2 - Os Coordenadores são geralmente vistos como um exemplo de dinamismo, inovação e coragem
- 3 - Os Coordenadores são geralmente vistos como um exemplo de inconformismo, agressividade e orientação para resultados
- 4 - Os Coordenadores são geralmente vistos como um exemplo de coordenação, organização e eficiência

D3 Assinale a afirmação que melhor descreve a sua organização (assinale apenas uma)

Estilo de gestão

- 1 - A gestão é caracterizada pelo trabalho em equipa, consenso e participação
- 2 - A gestão é caracterizada pela tomada de riscos individuais, inovação, liberdade e originalidade
- 3 - A gestão é caracterizada pela elevada competitividade, exigência e pelo cumprimento dos objectivos
- 4 - A gestão é caracterizada pela segurança de emprego, conformismo, previsibilidade e estabilidade nas relações

D4 Assinale a afirmação que melhor descreve a sua organização (assinale apenas uma)

Coesão

- 1 - O que mantém a organização coesa é a lealdade e a confiança mútua.
- 2 - O que mantém a organização coesa é o empenho na inovação e no desenvolvimento.
- 3 - O que mantém a organização coesa é o cumprimento dos objectivos.
- 4 - O que mantém a organização coesa são as regras e os seus procedimentos.

D5 Assinale a afirmação que melhor descreve a sua organização (assinale apenas uma)

Estratégia para o futuro

- 1 - A organização dá importância ao desenvolvimento dos seus colaboradores
- 2 - A organização dá importância à aquisição de novos recursos (pessoas e equipamento) e à criação de novos desafios
- 3 - A organização dá importância à competitividade e à realização dos seus colaboradores
- 4 - A organização dá importância à sua permanência e a estabilidade no mercado

D6 Assinale a afirmação que melhor descreve a sua organização (assinale apenas uma)

Crítérios de sucesso

- 1 - A organização define o seu sucesso com base no desenvolvimento dos colaboradores, trabalho de equipa, empenho e preocupação pelas pessoas
- 2 - A organização define o seu sucesso com base em serviços novos e originais: é inovadora e líder (relativamente ao serviço)
- 3 - A organização define o seu sucesso com base na competição e distanciando-se das outras ACES
- 4 - A organização define o seu sucesso com base na eficiência: capacidade de oferta e de resposta e ter baixos custos são críticos

E) MUDANÇA ORGANIZACIONAL

E1 Identifique quais seguintes necessidades para ajudar a sua equipa na gestão da melhoria? (pode indicar todas as alternativas que se aplicarem)

- 1 - Usar ferramentas de gestão 2 - Mais tempo para estudar/ajustar os processos
- 3 - Mais Recursos Humanos 4 - Mais tempo para fazer diagnóstico e definir plano de mudança
- 5 - Mais Recursos Financeiros 6 - Mais Recursos Tecnológicos
- 7 - Não foram identificadas nenhuma(s) necessidades 8 - Outras. Quais? _____

E2 Assinale qual a importância que a relação entre seu ACES e os cidadãos/utentes tem no processo de melhoria

- 1 - Muita 2 - Alguma 3 - Pouca 4 - Nenhuma

E3 Com que periodicidade medem no seus ACES a satisfação dos cidadãos/utentes?

- 1 - Mensalmente 2 - Semestralmente
- 3 - Anualmente 4 - De vez em quando, de forma não sistemática
- 5 - Nunca 6 - Outra Qual? _____

E4 Que meios utiliza a sua organização para se relacionar com os cidadãos / utentes?

- 1 - Livro de reclamações 2 - *Workshops* ou Seminários com utentes/cidadãos
 3 - Caixa de sugestões 4 - Reuniões com utentes/cidadãos reclamantes
 5 - Canal Internet (email, portal, etc.) 6 - Questionários de satisfação
 7 - Nenhum 8 - Outra. Qual? _____

E5 Sabe de alguma sugestão realizada por um cidadão que tenha sido implementada na sua organização?

- 1 - Sim. Qual ou quais? _____ 2 - Não

E6 Como classificaria o seu ACES, em termos de satisfação dos utentes, e comparativamente ao restante Sistema de Saúde de que faz parte:

- 1 - Muito pior 2 - Pior o 3 - Igual o
 4 - Melhor 5 - Muito melhor 6 - Não sabe o
 7 - Não se aplica

E7 A sua organização mede a satisfação dos seus profissionais com que periodicidade?

- 1 - Mensalmente 2 - Semestralmente
 3 - Anualmente 4 - De vez em quando, de forma não sistemática
 5 - Nunca 6 - Outra, Qual ? _____

E8 Como classificaria a sua organização, em termos de satisfação profissional, em relação ao restante do Sistema de Saúde

- 1 - Muito pior 2 - Pior o 3 - Igual o
 4 - Melhor 5 - Muito melhor 6 - Não sabe o
 7 - Não se aplica

E9 Como classifica a satisfação profissional que existe actualmente na sua organização, em comparação com a que existe no Sistema de Saúde

- 1 - Muito pior 2 - Pior o 3 - Igual o
 4 - Melhor 5 - Muito melhor 6 - Não sabe o
 7 - Não se aplica

E10 Como classifica a satisfação profissional que existe actualmente na sua organização, em comparação com a que existia há 6 meses atrás

- 1 - Muito pior 2 - Pior o 3 - Igual o
 4 - Melhor 5 - Muito melhor 6 - Não sabe o
 7 - Não se aplica

E11 Em relação à actual Reforma dos Cuidados de Saúde Primários que levou à constituição das ACES estou

- 1 – Muito pouco optimista 2 – Pouco optimista
 3 – Neutro 4 – Optimista
 5 – Muito optimista 6 – Não sabe

E12 A sua organização mede a qualidade organizacional (por ex. utilizando o MoniQuOr, ou outro método) com que periodicidade?

- 1 - Mensalmente 2 - Semestralmente
 3 - Anualmente 4 - De vez em quando, de forma não sistemática
 5 - Nunca 6 – Outra, Qual ? _____

E12 Como classificaria a sua organização, em termos de qualidade organizacional, em relação ao do restante sistema de Saúde de que faz parte

- 1 – Muito pior 2 – Pior o 3 – Igual o
 4 – Melhor 5 – Muito melhor 6 – Não sabe o
 7 – Não se aplica

G) IDENTIFICAÇÃO DA ACES (Opcional)

Seria útil, para uma análise dos dados mais sofisticada, ter a identificação da ACES a que pertence. No entanto, esta informação é opcional.

A ACES a que pertença é _____

Muito obrigado pela sua colaboração!

Ficha Técnica

*Questionário elaborado por Luís Velez Lapão, com base em questionário elaborado por **Luís Velez Lapão**, **André***

***Biscaia** e **Helena Alexandre** e **Bélen Rando**.*

***Luís Velez Lapão** (Professor de Gestão de Sistemas de Saúde, IHMT - Universidade Nova de Lisboa / Coordenador Científico do programa PACES)*

***André Biscaia** (Investigador no IHMT-Univ. Nova de Lisboa e Médico de Família no ACES de Cascais)*

***Helena Alexandre** e **Bélen Rando** (Investigadora no Instituto Nacional de Administração)*

ANEXO III. MODELO OCAI

2. *Características dominantes.*

Assinale a afirmação **que melhor** descreve a sua organização (assinale apenas uma).

- 1 - É um local muito pessoal, é como uma família. As pessoas parecem partilhar muito delas próprias.
- 2 - É um local muito dinâmico e empreendedor. As pessoas estão dispostas a “vestir a camisola” e a correr riscos.
- 3 - É orientada para os resultados. A maior preocupação é realizar o trabalho. As pessoas são muito competitivas e orientadas para atingir os objectivos.
- 4 - É um local muito controlado e estruturado. Existem procedimentos formais a regulamentar o que as pessoas devem fazer.

2. *Liderança organizacional.*

Assinale a afirmação **que melhor** descreve a sua organização (assinale apenas uma)

- 1 - Os Coordenadores são geralmente vistos como um exemplo de apoio, assistência e motivação
- 2 - Os Coordenadores são geralmente vistos como um exemplo de dinamismo, inovação e coragem
- 3 - Os Coordenadores são geralmente vistos como um exemplo de inconformismo, agressividade e orientação para resultados
- 4 - Os Coordenadores são geralmente vistos como um exemplo de coordenação, organização e eficiência

3. *Estilo de gestão*

Assinale a afirmação **que melhor** descreve a sua organização (assinale apenas uma)

- 1 - A gestão é caracterizada pelo trabalho em equipa, consenso e participação
- 2 - A gestão é caracterizada pela tomada de riscos individuais, inovação, liberdade e originalidade
- 3 - A gestão é caracterizada pela elevada competitividade, exigência e pelo cumprimento dos objectivos
- 4 - A gestão é caracterizada pela segurança de emprego, conformismo, previsibilidade e estabilidade nas relações

4. *Coesão*

Assinale a afirmação **que melhor** descreve a sua organização (assinale apenas uma)

- 1 - O que mantém a organização coesa é a lealdade e a confiança mútua.
- 2 - O que mantém a organização coesa é o empenho na inovação e no desenvolvimento.
- 3 - O que mantém a organização coesa é o cumprimento dos objectivos.
- 4 - O que mantém a organização coesa são as regras e os seus procedimentos.

5. Estratégia para o futuro

Assinale a afirmação que melhor descreve a sua organização (assinale apenas uma)

- 1 - A organização dá importância ao desenvolvimento dos seus colaboradores
- 2 - A organização dá importância à aquisição de novos recursos (pessoas e equipamento) e à criação de novos desafios
- 3 - A organização dá importância à competitividade e à realização dos seus colaboradores
- 4 - A organização dá importância à sua permanência e a estabilidade no mercado

6. Critérios de sucesso

Assinale a afirmação que melhor descreve a sua organização (assinale apenas uma)

- 1 - A organização define o seu sucesso com base no desenvolvimento dos colaboradores, trabalho de equipa, empenho e preocupação pelas pessoas
- 2 - A organização define o seu sucesso com base em serviços novos e originais: é inovadora e líder (relativamente ao serviço)
- 3 - A organização define o seu sucesso com base na competição e distanciando-se das outras ACES
- 4 - A organização define o seu sucesso com base na eficiência: capacidade de oferta e de resposta e ter baixos custos são críticos

ANEXO IV: TEMÁTICAS DO GRUPO FOCAL.

- Quais foram os motivos pelos quais aceitaram ser DE?
- Quais eram as suas expectativas?
- Quais foram os principais obstáculos ao início da sua função como DE? Quais os principais apoios?
- Após quase dois anos de experiência como DE, quais consideram que são os principais desafios dos DE no contexto actual?
- O que consideram que ainda pode ser feito? Que oportunidades ainda restam?
- Que tipo de ferramentas ou recursos acham que são ainda necessários para potenciar as oportunidades?
- Que tipo de apoios e competências de gestão ou de liderança consideram em falta para poderem desenvolver a sua função como DE com maior eficácia?
- Como deve ser um DE dos ACES?
- Quais devem ser as suas principais características?
- Concorda que a selecção deve ser feita pela ARS ou deveria ser concurso público?
- Como deve um DE trabalhar em equipa?
- Como deve um DE promover a governação clínica?
- Qual é o cenário dos ACES no futuro?
- Que tipo de medidas acham que devem ser postas em prática para dinamizar os ACES?
- Que aspectos do PACES foram mais úteis para a sua função?
- Que aspectos melhoraria?
- Acham que o PACES foi necessário? Porque?
- Voltariam a fazer outros cursos de formação na mesma linha?

ANEXO V: CONSENTIMENTO INFORMADO

Dia 20 de Dezembro do 2010, Lisboa

CONSENTIMENTO INFORMADO,

Para os devidos efeitos, eu..... declaro que estou a participar de forma voluntária e anónima na sessão do Grupo Focal do dia 20 de Dezembro de 2010 e que me foram informadas as condições do estudo a decorrer. Da mesma forma, para efeitos exclusivos de âmbito académico da investigação em questão, autorizo a gravação áudio da sessão sem a identificação dos participantes.

Assinatura

ANEXO VI: PRINCIPAIS CONTRIBUIÇÕES DA SESSÃO DO GRUPO FOCAL

Motivos para terem aceitado a função de DE:

- Consenso sobre razões de continuidade e de desafio profissional e pessoal como os principais motivos. *“O desafio de pegar em seis organizações verticais, muito estruturadas, com modos organizativos diferentes, sem que haja um traço comum muito claro, e transformá-las numa organização horizontal única, pareceu-me um desafio fantástico”* Participante E (PE).
- No entanto, observaram-se baixas expectativas ao início da sua função, receio em relação a falta de autonomia administrativa e financeira.

Principais oportunidades da RCSP:

- O desenvolvimento de regulamentos internos, reorganizar os serviços de uma forma mais realista e mais acessível e os Conselhos da Comunidade são considerados como os grandes sucessos para o 2011.

Principais desafios:

- Ao início da Reforma os DE notaram resistência à mudança por parte dos colaboradores dos ACES. Consideram fundamentais as competências de liderança para superar estes aspectos.
- A falta de estratégias regionais e de RH capacitados no sector não clínico também foram assinaladas como obstáculos e desafios. *“Estes recursos humanos técnicos para os serviços não assistenciais, não foram devidamente organizados e nem garantidos para todos os ACES”* (PC).
- Na opinião da maioria dos participantes, a única saída são a criação e desenvolvimento das Unidades Locais de Saúde como a esperança como o futuro para as ACES.
- Reconheceram-se o problema da relação assimétrica com os Hospitais; *hospitalo-centrismo* como um grande constrangimento.

Perfil ideal de um DE:

- Na perspectiva dos DE, o perfil ideal de um DE dos ACES, deve ser um perfil aberto, próximo e informal. *“Deve ser uma gestão muito partilhada, muito reunida, têm que ser gestão aberta, telefone aberto, conversar com todos. A maneira de estar não é isolada, não pode ser concentrada, tem que ser muito convivido”* (PC). As características específicas que foram assinaladas foram: *“Onde as orientações são poucas, o suporte político... e onde não está escrito como fazer as coisas, a criatividade tem que ser um dos componentes fundamentais do DE. Em segundo lugar, deve ter capacidade de dialogo e de criar consenso, ouvindo mas não deixando de decidir por conta própria, negociando e conciliando opiniões contrarias. E por último, é ser bom negociador”* (PE).
- Observou-se a problemática entre aos profissionais com competências clínicas e os de competências técnicas. *“Um bom DE deve ter consciência que nas áreas que não domina tem que ter pessoas a ajudar. Se e médico tem que ter capacidade de ir buscar um gestor e um gestor a alguém com capacidade clínica”* (PA).

Processo de selecção dos DE:

- Forte consenso em relação à preferência da nomeação directa pelas ARS sobre o concurso público.
- O participante seleccionado por via do concurso, comentou a possibilidade de *erros de casting* na via do convite ou nomeação.
- Participantes seleccionados por convite, reconhecem casos nos quais o convite pela ARS não foi adequado.

Avaliação do desempenho dos DE:

- Participantes se limitaram a responder que o facto de não existir um concurso público não impede que deve existir um contrato onde deve haver um conjunto de indicadores que devem ser cumpridos.

Curso PACES:

- Participantes reconhecem a importância do curso para a sua formação por três razões: a oportunidade de criar espírito de grupo, onde a partilha de experiências

e boas práticas era possível; a confirmação de que a forma de gerir e liderar estava a ser adequadas, validando aquilo que os DE já sabiam e permitiu criar curiosidades sobre certos aspectos da gestão mais inovadores como as ferramentas *scorecard* ou os sistemas de informação.

- Observou-se receio em relação à os professores, conferencistas e em relação as matérias que foram ensinadas. *“Alguns professores eram mais novos que todos nos, o ensino de adultos desta media etária e com experiência é diferente. Já estamos todos na menopausa desde o ponto de vista profissional”* (PE).
- Na possibilidade da participar num segundo curso, os DE consideram que os conhecimentos práticos em relação aos RH, negociação e contratualização, ferramentas de comunicação, seriam os mais apropriados. Referiram-se a selecção dos convidados para falar do tema durante as aulas, no sentido de que estes devem de perceber a dinâmica de grupo entre os DE e conhecer o contexto.
- Os aspectos logísticos também consideram que podem ser modificados: trabalhar em grupos mais pequenos entre regiões mais próximas e com certos aspectos em comum.

Desenvolvimento de competências de gestão e liderança:

- Os DE consideram que a liderança não pode ser ensinada, mas que certas competências como a de negociação, de organização e oratória podem ser melhoradas e fazem dos líderes naturais melhores líderes ainda.
- Alguns participantes consideram que o seu papel como DE precisa de maiores competências de liderança que de gestão, devido a complexidade e a situação de mudança que estão a experimentar. O resto de participantes considera as competências de gestão mais importantes.
- No entanto reconheceram que os bons gestores são ao mesmo tempo líderes.

Percepção dos DE em relação aos seus homólogos em outras regiões:

- Observou-se que OS de reconhecem a diversidade de perfis, a diferencia de necessidades de gestão, interesses e competências. Consideram impossível a comparação entre os ACES devido as diferença na distribuição geográfica.