

Universidade de Évora – Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Gestão

Área de Especialização | Recursos Humanos

Dissertação

**Estratégias de Gestão da Mudança em Organizações de  
Saúde: O Caso da Transformação Organizacional do SNS**

Cláudia Sofia Mendes Magro Russo

Orientador | Paulo Fernando Lopes Resende da Silva

Évora 2025





**Universidade de Évora – Escola de Ciências Sociais**

Mestrado em Gestão

Área de Especialização | Recursos Humanos

Dissertação

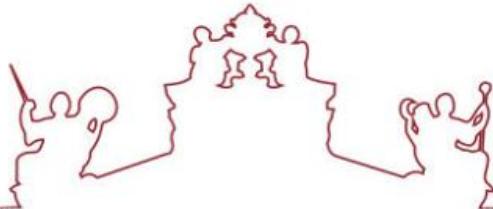
**Estratégias de Gestão da Mudança em Organizações de  
Saúde: O Caso da Transformação Organizacional do SNS**

Cláudia Sofia Mendes Magro Russo

Orientador | Paulo Fernando Lopes Resende da Silva

Évora 2025





A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências Sociais:

Presidente | Maria de Fátima Oliveira (Universidade de Évora)

Vogais | Paulo Fernando Lopes Resende da Silva (Universidade de Évora) (Orientador)

Rui Manuel Candeias Santana (Escola Nacional de Saúde Pública) (Arguente)

Évora 2025



## **Dedicatória**

Dedico esta dissertação, em primeiro lugar, à minha família, o meu pilar essencial.

Pelo amor incondicional, pelo apoio inabalável e pela presença constante ao longo de todo este percurso, principalmente nos momentos mais exigentes. A força, a serenidade e a confiança que sempre me transmitiram foram alicerces fundamentais para que pudesse alcançar esta etapa.

Ao meu orientador, Professor Doutor Paulo Resende da Silva, cuja orientação, apoio permanente e confiança contínua foram determinantes para que este percurso académico se tornasse possível.

Esta dissertação representa mais do que um resultado académico: é o reflexo de um caminho percorrido com dedicação, perseverança e entrega.

É, também, uma expressão dos princípios que orientam a minha conduta pessoal e profissional — integridade, compromisso e respeito — e que procurei preservar em cada etapa desta jornada.

Por fim, permito-me dirigir esta dedicatória a mim mesma. Pela resiliência com que enfrentei os desafios, sobretudo, por jamais abdicar dos meus objetivos e sonhos.

## Resumo

Esta dissertação analisa os desafios organizacionais e as estratégias de gestão da mudança associadas à criação das novas Unidades Locais de Saúde (ULS), promovidas pela Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 2024.

Através de uma abordagem mista com predominância qualitativa, foram recolhidos dados junto de 314 profissionais de saúde, utilizando um questionário estruturado.

Os resultados revelaram níveis elevados de prontidão organizacional para a mudança, especialmente nas dimensões de compromisso institucional e motivação profissional.

No entanto, foram identificadas fragilidades na liderança, articulação entre níveis de cuidados e comunicação interna.

A análise apoiou-se nos modelos de Lewin, Kotter e ADKAR, permitindo interpretar a dinâmica da transformação.

Conclui-se que a gestão eficaz da mudança em contexto de saúde pública requer liderança transformacional, comunicação clara e envolvimento ativo dos profissionais.

São apresentadas recomendações práticas para os decisores e sugestões para estudos futuros.

**Palavras-chave:** DE-SNS; Desafios e obstáculos; Gestão da mudança; SNS; ULS.

## **Abstract**

### **Change Management Strategies in Healthcare Organizations: The Case of the Organizational Transformation of the SNS**

This dissertation examines the organizational challenges and change management strategies associated with the creation of new Local Health Units (ULS), implemented by the Executive Board of the Portuguese National Health Service (SNS) in 2024.

Adopting a mixed-methods approach with a qualitative emphasis, data were collected from 300 healthcare professionals using a structured questionnaire.

The results indicate high levels of organizational readiness for change, especially regarding institutional commitment and professional motivation.

However, weaknesses were identified in leadership, coordination between levels of care, and internal communication. The analysis was grounded in Lewin, Kotter, and ADKAR models, which supported the interpretation of the transformation process.

The study concludes that effective change management in public health requires transformational leadership, clear communication, and active engagement of professionals.

Practical recommendations for policymakers and suggestions for future research are presented.

**Keywords:** DE-SNS; Challenges and obstacles; Change management; SNS; ULS.

## **Agradecimentos**

A presente dissertação é fruto de um percurso que, embora individual, foi sustentado pelo apoio, generosidade e colaboração de várias pessoas e instituições, às quais dirijo o meu mais profundo e sentido agradecimento.

Em primeiro lugar, ao meu orientador, Professor Doutor Paulo Resende da Silva, o meu sincero reconhecimento pela orientação rigorosa, a constante disponibilidade e a generosidade com que partilhou o seu saber foram essenciais para o desenvolvimento e conclusão deste trabalho. A atenção minuciosa aos pormenores e o seu apoio contínuo revelaram-se, sem dúvida, fundamentais ao longo de todo este percurso.

Aos profissionais e entidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que, com amabilidade e espírito de colaboração, disponibilizaram parte do seu tempo para responder ao questionário, deixo um agradecimento muito especial. O vosso contributo não só enriqueceu esta investigação como lhe conferiu validade científica e relevância prática.

Aos colegas e amigos que me acompanharam ao longo deste percurso, agradeço pela partilha de ideias, pelo apoio mútuo e pelos momentos de descontração que suavizaram os desafios da investigação.

A todos aqueles que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a concretização desta dissertação, o meu muito obrigado.

O vosso impacto neste percurso é real, valioso e não será esquecido.

# Índice

ÍNDICE DE ANEXOS.....	10
ÍNDICE DE APÊNDICES .....	10
ÍNDICE DE FIGURAS.....	10
ÍNDICE DE TABELAS .....	11
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	11
LISTAGEM DE ABREVIATURAS OU SIGLAS.....	12
CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO .....	13
1.1 Enquadramento do Tema e Justificação da Escolha.....	14
1.2 Objetivos do trabalho.....	15
1.3 Metodologia .....	16
1.4 Estrutura do Trabalho .....	17
CAPÍTULO II - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	18
2.1. Gestão da mudança nas organizações .....	18
2.2 Tipo, natureza e dimensões da mudança.....	20
2.3 Modelos de gestão da mudança .....	22
2.4 Motores e forças de gestão da mudança .....	23
2.5 Gestão da mudança nas organizações de Saúde .....	24
2.6 Modelos de Gestão da mudança em Saúde.....	25
2.7 Resistências e obstáculos à mudança organizacional em Saúde.....	25
2.8 Agentes da mudança nas organizações de saúde.....	27
2.9 Reflexão sobre o estado da arte.....	28
2.10 SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE (SNS).....	28
2.10.1 Caracterização do SNS .....	28
2.10.2 Unidades Locais de Saúde .....	30
2.10.3 Criação da Direção Executivo do SNS (DE-SNS) .....	31
2.10.4 Novas ULS .....	31
2.10.5 Propósitos iniciais da DE-SNS aquando da criação das novas ULS .....	34
CAPÍTULO III – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO .....	35
3.1 Revisão da Literatura.....	35

3.1.1 Avaliação da prontidão organizacional para a mudança em saúde .....	36
3.2 Tipo de Estudo .....	37
3.3 Instrumentos, Procedimentos e Calendário de Recolha de Dados .....	38
3.4 Amostra e Seleção .....	38
3.5 Métodos de Tratamento de Dados.....	39
<b>CAPÍTULO IV - ANÁLISE DOS RESULTADOS.....</b>	<b>41</b>
4.1 Descrição da Amostra do questionário.....	41
4.2 Análise de Dados Recolhidos .....	42
4.2.1 Análise Inferencial - Diretores Clínicos de Cuidados Primários vs. Diretores Clínicos de Hospitalares.....	56
4.2.2 Análise Inferencial - Enfermeiro Diretor vs. TSDT Diretor .....	56
4.2.3 Análise Inferencial - Diretores de Serviço Vs. Enfermeiro Gestor .....	57
4.2.4 Análise Inferencial - Formação em Saúde vs. Formação Não-Saúde .....	57
4.2.5 Comparação entre Regiões .....	58
4.3 Discussão de Resultados .....	58
<b>CAPÍTULO V – CONCLUSÕES .....</b>	<b>62</b>
5.1 Conclusões Gerais.....	62
5.2 Limitações do Estudo .....	63
5.3 Sugestões e Implicações Práticas .....	63
5.4 Estudos Futuros.....	64
<b>BIBLIOGRAFIA: .....</b>	<b>65</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>lxii</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>lxxv</b>

## ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1	lxxiii
Anexo 2	lxxiv

## ÍNDICE DE APÊNDICES

	Pág.
Apêndice nº A	Lxxvi
Apêndice nº B	Lxxiv
Apêndice nº C	Lxxxi
Apêndice nº D	Lxxxiv
Apêndice nº E	Lxxxvii
Apêndice nº F	Xci
Apêndice nº G	Xciv
Apêndice nº H	Xcv
Apêndice nº I	Xcvi
Apêndice nº J	Xcvii
Apêndice nº K	Xcviii
Apêndice nº L	Xcix
Apêndice nº M	C
Apêndice nº N	Ci
Apêndice nº O	cxi

## ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 – Ano da criação das primeiras ULS	30
Figura 2 - 39 ULS do SNS	32

## ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 - Definições de mudança	18
Tabela 2 - Tipos de mudança organizacional.	20
Tabela 3 - Modelos de gestão da mudança	21
Tabela 4 - Dimensões da mudança organizacional	22
Tabela 5 - Modelos de gestão da mudança	22
Tabela 6 - Motor e força da mudança	24
Tabela 7 - Resistências e obstáculos à mudança organizacional em Saúde	26
Tabela 8 - Agentes da mudança organizacional em Saúde	27
Tabela 9 - Desafios da integração de cuidados	29
Tabela 10 - Análise SWOT da Integração Vertical	33
Tabela 11 – Tabela comparativa entre o ORC e o ORIC	36
Tabela 12 - ULS que sofreram alterações de CA	43
Tabela 13 - Comparaçao de Grupos	60

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 -Estatísticas das afirmações da seção 1	46
Gráfico 2 - Estatísticas das afirmações da seção 2	48
Gráfico 3 - Estatísticas das afirmações da seção 3	50
Gráfico 4 – Médias estatísticas de todas as afirmações	51
Gráfico 5 – Maiores desafios identificados	52
Gráfico 6 - Função dos Respondentes na ULS	54
Gráfico 7 - Formação de base é da área das ciências da saúde?	55
Gráfico 8 – ULS a que pertence o respondente	55

## **LISTAGEM DE ABREVIATURAS OU SIGLAS**

ACeS - Agrupamentos de Centros de Saúde

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

AI - *Artificial Intelligence*

ARS - Administração Regional de Saúde

CRP – Constituição da República Portuguesa

CSH – Cuidados de Saúde Hospitalares

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DE-SNS - Direção Executiva do SNS

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

IBR - *Institute of Behavioral Research*

LBS - Lei de Bases da Saúde

ORC - *Organizational Readiness for Change*

ORIC - *Organizational Readiness for Implementing Change*

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SPSS - *Statistical Packoge for Social Sciences*

SWOT - *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*

TCU - *Texas Christian University*

TSDT - Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica

ULS - Unidades Locais de Saúde

USF - Unidades de Saúde Familiar

## CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

As organizações de saúde ocupam um lugar central na promoção da saúde e do bem-estar das populações. Contudo, operam hoje num cenário profundamente marcado por transformações sociais, tecnológicas e económicas, que exigem adaptações constantes e respostas estratégicas eficazes. Neste contexto desafiante, a gestão da mudança emerge não apenas como uma competência desejável, mas como um imperativo estratégico. É ela que permite às instituições manterem-se relevantes, resilientes e comprometidas com a qualidade dos serviços prestados.

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) — garante o acesso universal à saúde em Portugal — atravessa, atualmente, uma fase crucial de transformação organizacional. Esta conjuntura representa uma oportunidade ímpar para compreender de que forma a gestão da mudança pode ser planeada, implementada e sustentada no sector público da saúde, bem como identificar os principais obstáculos e resistências que se colocam neste processo. A implementação de estratégias de mudança no SNS tem como finalidade dar resposta às novas exigências sociais e operacionais, melhorar a eficácia dos serviços prestados e reforçar o envolvimento dos profissionais de saúde — um recurso tão valioso quanto desafiante de mobilizar. Para tal, é essencial compreender os impactos reais da mudança ao nível das estruturas organizacionais, dos modelos de liderança e da atuação dos profissionais envolvidos. Só assim é possível identificar ferramentas e abordagens que conduzam a transformações sustentadas e bem-sucedidas.

Um marco recente e de grande relevância no Serviço Nacional de Saúde foi a criação da Direção Executiva do SNS, instituída pelo Decreto-Lei n.º 61/2022, com a finalidade de agilizar processos, melhorar a gestão e otimizar a utilização dos recursos no setor da saúde. Sob a liderança do Diretor Executivo, Fernando Araújo, este órgão concretizou, em janeiro de 2024, a criação de 31 novas Unidades Locais de Saúde (ULS), integrando-as com estruturas já existentes e promovendo uma reorganização estrutural de elevada envergadura, com impacto significativo na modernização e na eficiência do sistema público de saúde em Portugal.

É neste contexto que esta dissertação se insere. O seu objectivo central consiste em identificar os principais desafios organizacionais associados à criação das novas ULS, analisar as estratégias de gestão da mudança adotadas e caracterizar a resposta institucional e humana perante a transformação em curso.

A questão de investigação que orienta este estudo está intrinsecamente alinhada com o contexto atual do SNS, e procura compreender: "Quais os desafios e obstáculos organizacionais associados à gestão da mudança no SNS e qual a resposta a mudança, no âmbito da criação das novas Unidades Locais de Saúde (ULS)?"

Através da resposta a esta questão, esta dissertação tenciona melhorar lacunas existentes, distinguir áreas de maior e menor impacto, e propor recomendações sólidas — de carácter corretivo e preventivo — que possam contribuir para uma melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados e para o reforço da capacidade de resposta do SNS perante os desafios do presente e do futuro.

## **1.1 Enquadramento do Tema e Justificação da Escolha**

A mudança organizacional é, hoje, uma exigência incontornável.

Num mundo em constante transformação, as organizações encontram-se pressionadas a adaptar-se de forma contínua e estratégica. Esta mudança não é um fenómeno pontual, mas sim um processo dinâmico e permanente, impulsionado por fatores tanto externos como internos.

Envolve múltiplas dimensões da estrutura organizacional — desde a cultura institucional aos processos, à tecnologia e, sobretudo, aos recursos humanos, que são o coração operativo de qualquer instituição (Myers et al., 2012).

Vivemos num ambiente organizacional cada vez mais complexo e multicultural, marcado por mudanças demográficas aceleradas, mobilidade global crescente e avanços tecnológicos disruptivos (Robbins et al., 2010). Este novo cenário obriga as organizações a repensarem as suas práticas e modelos de gestão de forma proactiva e integrada.

Os primeiros estudos nesta área colocavam o enfase no papel dos gestores como motores de mudança, responsáveis por fomentar organizações mais ágeis e preparadas para responder ao imprevisto (Chaves et al., 2005). No entanto, a investigação mais recente — como a de Pettigrew (1987), Bohmer (2016) e David (2019) — destacam que as mudanças mais impactantes ocorrem sobretudo ao nível local, nas equipas que estão em contacto direto com os serviços e utentes, sendo frequentemente motivadas por pressões externas.

De acordo com Robbins et al. (2010), seis grandes forças impulsionam a mudança organizacional contemporânea:

1. A evolução da força de trabalho;
2. Os avanços tecnológicos;
3. A dinâmica económica;
4. A intensificação da concorrência;
5. As novas tendências sociais;
6. O contexto político global.

Estes fatores atuam de forma simultânea e interligada, exercendo uma pressão constante que exige uma liderança preparada, uma visão estratégica e um planeamento estruturado.

No sector da saúde, esta realidade assume contornos ainda mais exigentes. A gestão da mudança nas organizações de saúde tem-se revelado uma competência crítica para assegurar a qualidade, a continuidade e a eficácia dos cuidados prestados. Mais do que adaptar-se, trata-se de antecipar desafios, envolver as equipas e transformar estruturas com propósito e responsabilidade (Vieira et al., 2003). Em Portugal, o SNS constitui um marco civilizacional. Criado após a Revolução de 25 de Abril de 1974 e consagrado na Constituição da República Portuguesa de 1976, o SNS representa o compromisso do Estado com a proteção da saúde enquanto direito fundamental. Definido como um sistema universal, geral e tendencialmente gratuito, assenta em princípios de igualdade, não discriminação, confidencialidade e respeito pela privacidade (Nunes & Harfouche, 2015). Contudo, apesar da solidez destes princípios, as políticas públicas de saúde têm, frequentemente, falhado na definição de mecanismos operacionais claros para a implementação dessas metas. Em muitos casos, sabe-se o que deve ser feito, mas não como o fazer — uma lacuna que fragiliza a capacidade de executar mudanças sustentadas (Sakellarides, 2020). Ciente destes desafios, a Organização Mundial da Saúde lançou, em 2015, a “*Health Systems Transformation Initiative*”, com o intuito de apoiar os Estados-membros na criação de sistemas de saúde mais resilientes e centrados no cidadão (ICARE4EU, 2016).

Neste enquadramento, a gestão da mudança no SNS torna-se mais do que uma necessidade técnica: é uma responsabilidade ética e social, crucial para garantir que os serviços de saúde acompanhem as exigências do presente e antecipam os desafios do futuro.

## 1.2 Objetivos do trabalho

Esta dissertação tem como propósito central compreender, em profundidade e rigor, os desafios organizacionais enfrentados na gestão da mudança no SNS, no contexto da criação das 31 novas ULS, levada a cabo em 2024.

Este processo de transformação, pela sua dimensão e impacto estrutural, constitui um momento decisivo para o futuro do SNS.

Para alcançar este objetivo geral, foram definidos os seguintes objetivos específicos, que estruturam a investigação:

- Identificar as estratégias adotadas na implementação do novo modelo organizacional do SNS, com especial enfoque nos mecanismos de planeamento, comunicação e envolvimento dos diferentes atores institucionais;

- Analisar as barreiras e resistências enfrentadas ao longo do processo de mudança, avaliando o seu impacto na eficácia da transformação;
- Caracterizar a resposta institucional e humana à mudança, analisando as atitudes, percepções e adaptações das lideranças perante os novos desafios organizacionais.

Ao responder a estes objetivos, esta dissertação pretende não só contribuir para a reflexão crítica sobre os atuais processos de mudança no sector da saúde, mas também propor caminhos possíveis para uma gestão mais eficaz, humana e sustentável da transformação no SNS.

### **1.3 Metodologia**

A presente investigação recorreu a uma abordagem metodológica mista, com predominância da vertente qualitativa de natureza descriptiva, complementada por uma componente quantitativa descriptiva e correlacional. Esta opção metodológica permitiu captar, de forma mais ampla e aprofundada, a complexidade inerente à gestão da mudança no contexto das novas ULS.

A recolha de dados foi realizada através de um questionário estruturado em dois blocos complementares:

- O primeiro, composto por questões abertas, possibilitou aos participantes expressarem livremente as suas percepções, experiências vividas e sugestões concretas relativamente ao processo de mudança em curso;
- O segundo, constituído por afirmações fechadas, visou captar a percepção dos inquiridos sobre diversos aspectos específicos da transformação organizacional, particularmente no contexto das 31 novas ULS criadas em 2024.

O instrumento de recolha de dados foi desenvolvido a partir de uma revisão sistemática e rigorosa da literatura científica sobre modelos de gestão da mudança em organizações de saúde, tendo sido posteriormente adaptado às particularidades do contexto organizacional português. A sua aplicação foi direcionada a profissionais de saúde integrados nas novas ULS, de modo a garantir a representatividade e a relevância dos dados recolhidos.

Para o tratamento e interpretação dos dados, recorreu-se a técnicas de análise de conteúdo no caso das respostas qualitativas, e a análise estatística descriptiva para os dados quantitativos, com o apoio da plataforma digital Survey.UÉvora e de software especializado em análise de dados.

Esta abordagem metodológica possibilitou uma compreensão abrangente, rigorosa e contextualizada do fenómeno em estudo, permitindo identificar dinâmicas críticas, padrões de resistência e fatores facilitadores da mudança organizacional no sector da saúde. Ao integrar diferentes dimensões de análise, a metodologia adotada reforça a validade dos resultados e a sua

utilidade prática para gestores, decisores políticos e profissionais de saúde envolvidos em processos de transformação organizacional.

#### **1.4 Estrutura do Trabalho**

Este trabalho encontra-se organizado em seis capítulos:

- **Capítulo I – Introdução:** apresenta o enquadramento teórico, a problemática, os objetivos e a metodologia utilizada;
- **Capítulo II – Revisão da Literatura:** aborda os principais conceitos e modelos de gestão da mudança, com especial enfoque no setor da saúde;
- **Capítulo III – Enquadramento do Serviço Nacional de Saúde:** caracteriza o SNS, a criação das ULS e da Direção Executiva, e os desafios da integração de cuidados;
- **Capítulo IV – Metodologia de Investigação:** descreve o tipo de estudo, os instrumentos de recolha de dados, a amostra e os métodos de análise;
- **Capítulo V – Análise e Discussão dos Resultados:** apresenta e interpreta os dados obtidos;
- **Capítulo VI – Conclusões:** sintetiza os principais resultados, limitações do estudo, implicações práticas e sugestões para investigações futuras.

O objetivo é analisar criticamente a gestão da mudança do SNS e enriquecer o debate sobre as reformas na saúde pública.

## **CAPÍTULO II - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

O avanço do conhecimento humano encontra-se intrinsecamente ligado a um compromisso contínuo com o desenvolvimento científico, uma vez que é por intermédio da investigação científica que se alcança uma compreensão mais aprofundada dos fenómenos que permeiam a nossa realidade. Essa compreensão, alicerçada na pesquisa sistemática e na construção crítica do saber, transcende a simples acumulação de informações: possibilita não apenas a formulação de questões inovadoras e a produção de novos conhecimentos, mas também catalisa o progresso científico e o desenvolvimento social. Nesse contexto, a ciência revela-se como um elemento central para a sociedade contemporânea, desempenhando um papel estratégico na consolidação de uma sociedade do conhecimento, capaz de integrar reflexão crítica, inovação e responsabilidade social (Noh, 2025).

### **2.1. Gestão da mudança nas organizações**

Num cenário organizacional e num mercado marcado por rápidas transformações e intensa competitividade, a capacidade de adaptação tornou-se essencial para a sobrevivência e o sucesso das organizações. Nesse contexto, a gestão da mudança surge como disciplina estratégica, orientando os indivíduos, as equipas e as estruturas organizacionais em processos de transformação planeados e estruturados. Mais do que lidar com resistências, a gestão eficaz da mudança promove compromisso, alinhamento organizacional e fortalecimento da cultura interna, atuando simultaneamente nos aspectos técnicos, culturais e emocionais da organização. Quando conduzida com visão e rigor, transforma-se numa oportunidade de resiliência, inovação e aprendizagem contínua, refletindo a evolução do conceito de mudança em resposta às dinâmicas sociais, económicas e políticas contemporâneas (Barbosa & Pereira, 2023).

A Tabela 1 apresenta uma síntese das principais definições propostas por diversos autores, evidenciando a pluralidade de interpretações e a complexidade inerente a este fenómeno multidimensional.

**Tabela 1:** Definições de mudança

Autor(es)	Definição de Mudança	Ano
<b>Araújo</b>	"Alteração significativa articulada, planeada e operacionalizada por pessoal interno ou externo à organização, que tenha o apoio e supervisão da administração superior, e atinja integralmente os componentes de cunho comportamental, estrutural, tecnológico e estratégico."	1982
<b>Porras e Robertson</b>	"Conjunto de teorias, valores, estratégias e técnicas baseadas em evidências científicas, objetivando a mudança planeada do ambiente de trabalho, com o objetivo de elevar o desenvolvimento individual e o desempenho organizacional."	1992
<b>Ford e Ford</b>	"É um acontecimento temporal estritamente relacionado a uma lógica, ou ponto de vista individual, que possibilita às pessoas pensarem e falarem sobre a mudança que percebem."	1995
<b>Nadler, Shaw, Walton e colaboradores</b>	"Resposta da organização às transformações que vigoram no ambiente, com o intuito de manter a congruência entre os componentes organizacionais (trabalho, pessoas, estrutura e cultura)."	1995
<b>Kotter</b>	"Mudança organizacional é um processo de várias etapas, que visa transformar as organizações para se adaptarem a ambientes em constante evolução. Para ser bem-sucedido, este processo deve incluir uma liderança eficaz e uma visão clara do futuro."	1996
<b>Robbins</b>	"São atividades intencionais, pró-ativas e direcionadas para a obtenção das metas organizacionais."	1999
<b>Wood Jr.</b>	"Qualquer transformação de natureza estrutural, estratégica, cultural, tecnológica, humana ou de outro componente, capaz de gerar impacto em partes ou no conjunto da organização."	2000
<b>Bruno-Faria</b>	"É qualquer alteração, planeada ou não, ocorrida na organização, decorrente de fatores internos e/ou externos à organização que traz algum impacto nos resultados e/ou nas relações entre as pessoas no trabalho."	2000
<b>Senge</b>	"Mudança organizacional sustentável requer a criação de organizações que aprendem, onde as pessoas continuamente expandem sua capacidade de criar os resultados desejados, promovendo pensamento sistêmico e novas formas de interação."	2006
<b>Gonçalves &amp; Gonçalves</b>	"As mudanças do mundo e das organizações são constantes ao nosso redor. A mudança acontece aqui e agora. Por isso, as organizações devem sempre procurar uma melhoria contínua, não só para competir, mas também para sobreviver."	2012
<b>Burnes</b>	"Mudança organizacional refere-se à adaptação e transformação de estruturas, processos, culturas e práticas organizacionais para responder às mudanças externas e internas, procurando maior eficácia e relevância."	2014
<b>Hiatt &amp; Creasey</b>	"Mudança organizacional é a aplicação de uma abordagem estruturada para a transição de indivíduos, equipas e organizações de um estado atual para um estado futuro, a fim de alcançar os resultados desejados."	2018

**Fonte:** Elaboração Própria

De acordo com Pîslă, Irimiaș e Muntean (2010), a gestão da mudança transcende a mera aplicação de técnicas e processos interdisciplinares; ela é, acima de tudo, um esforço humano que depende da mobilização e da atitude das pessoas face às novas realidades organizacionais. A aceitação ou resistência dos colaboradores emerge assim como o elemento crucial que pode determinar o sucesso ou o insucesso de qualquer processo de transformação.

Entre os obstáculos mais frequentes à implementação eficaz de programas de mudança, sobressaem, de forma consistente, a cultura organizacional e a qualidade da liderança (Linnenluecke & Griffiths, 2010). Por isso, a gestão da mudança deve ser um pilar de suporte sólido para líderes e gestores, capacitando-os para desenhar estratégias que fomentem transformações sustentáveis — não só ao nível estrutural, mas também comportamental e cultural.

Num contexto marcado por uma competitividade crescente e por um ritmo acelerado de inovação, a capacidade das organizações para se adaptarem a novos cenários depende, em grande medida, da sua abertura à mudança e da incorporação de práticas de gestão inovadoras e ágeis (Román, Pereira & Ribeiro, 2019).

## 2.2 Tipo, natureza e dimensões da mudança

Cada tipo de mudança apresenta desafios únicos e exige abordagens específicas, sendo, contudo, todos fundamentais para que uma organização consiga adaptar-se e vingar num ambiente em permanente transformação. A mudança pode assumir diversas formas — estrutural, tecnológica, cultural ou estratégica — cada uma com o seu papel decisivo na construção da resiliência e no alcance do sucesso organizacional (Robbins & Coulter, 2017).

A Tabela 2 sintetiza, de forma clara e ilustrativa, as definições de mudança organizacional propostas por distintos autores, oferecendo uma visão abrangente que enriquece a compreensão deste fenómeno complexo e multifacetado.

**Tabela 2:** Tipos de mudança organizacional.

Tipos de Mudança Organizacional	Descrição	Referência
<b>Mudança Estrutural</b>	Envolve modificações na hierarquia ou na organização e nas funções. Ocorre devido a fusões, aquisições ou reestruturações internas.	Robbins, S. P., & Judge, T. A. (2013).
<b>Mudança Tecnológica</b>	Refere-se à introdução de novas tecnologias ou sistemas, visando aumentar a produtividade ou melhorar a competitividade.	Burnes, B. (2014)
<b>Mudança Cultural</b>	Implica uma transformação nos valores, crenças e comportamentos dentro da organização. É mais difícil de implementar, pois envolve mudanças profundas nas atitudes organizacionais.	Cameron, K. S., & Quinn, R. E. (2011).
<b>Mudança Estratégica</b>	Refere-se a uma alteração dos objetivos, missão ou estratégias da organização, devido a mudanças no ambiente competitivo ou nas necessidades do mercado.	Porter, M. E. (1985).

**Fonte:** Elaboração Própria

A mudança organizacional é um fenómeno intrinsecamente dinâmico, complexo e multifatorial, que desafia as organizações ao alterar as suas estruturas, práticas e relações internas em resposta a exigências tecnológicas, competitivas e ambientais cada vez mais intensas. Conceber a mudança

exige reconhecer que ela pode manifestar-se de formas diversas, variando desde ajustamentos graduais e planeados — que promovem melhorias incrementais — até transformações profundas e disruptivas, que reconfiguram a própria essência das operações e estratégias organizacionais. Esta diversidade também se expressa na forma como a mudança ocorre: pode ser planeada e deliberada, fruto de iniciativas estratégicas, ou emergente, surgindo de forma espontânea e adaptativa em resposta a condicionantes imprevistos no ambiente interno ou externo. Para gerir eficazmente esses processos complexos, a literatura recente evidencia a importância de abordagens estratégicas que integrem capacidade de adaptação contínua, aprendizagem organizacional e liderança que favoreça a resiliência e a inovação organizacional (Barbosa & Pereira, 2023; Rieg et al., 2021; *Organizational Transformation*, 2024).

Esta transformação pode incidir sobre diversos níveis: a estrutura organizacional, os indivíduos e as suas competências, ou a tecnologia utilizada (tabela 3).

As suas dimensões principais abrangem a alteração dos conhecimentos, a revisão dos métodos operacionais, a redefinição dos papéis, a mudança de comportamentos e a evolução dos valores organizacionais — evidenciando assim a sua abrangência e a profundidade com que se enraíza nas organizações.

**Tabela 3:** Modelos de gestão da mudança

Natureza da Mudança Organizacional	Descrição	Referência
<b>Mudança Incremental</b>	Mudança gradual e contínua, com pequenos ajustes sucessivos, normalmente focados em melhorias específicas e sem grandes rupturas com o status quo.	Tushman, M. L., & O'Reilly, C. A. (1994)
<b>Mudança Radical</b>	Mudança profunda e disruptiva que altera significativamente a estrutura, processos ou estratégia da organização. Normalmente, ocorre em resposta a mudanças externas significativas ou desafios.	Nadler, D. A., Shaw, R. B., & Walton, A. E. (1995)
<b>Mudança Planeada</b>	Mudança deliberada e estruturada, com etapas e objetivos bem definidos. Normalmente associada a modelos de gestão da mudança como os de Lewin ou Kotter.	Lewin, K. (1947)
<b>Mudança Emergente</b>	Mudança espontânea que surge como resposta a fatores imprevistos, com base em condições dinâmicas internas ou externas.	Stacey, R. D. (1996)

**Fonte:** Elaboração Própria

As dimensões da mudança organizacional correspondem a elementos críticos cuja gestão adequada pode determinar o êxito ou o fracasso de todo o processo transformador. Exigem uma abordagem estruturada, estratégica e sensível. Entre os domínios centrais destacam-se: a revisão de

processos, a transformação na gestão de recursos humanos, a redefinição de estratégias e as mudanças culturais — estas últimas particularmente desafiantes por envolverem valores e comportamentos enraizados.

A Tabela 4 apresenta uma síntese clara e organizada destas dimensões, proporcionando uma visão integrada dos diferentes eixos de atuação que devem ser considerados em qualquer processo de mudança organizacional consciente e bem-sucedido.

**Tabela 4:** Dimensões da mudança organizacional

Dimensões da Mudança		Descrição	Referência
Organizacional			
<b>Mudança de Processos</b>	Envolve alterações nas formas de operação da organização, como reengenharia de processos ou melhorias contínuas visando maior eficiência e eficácia.		Hammer, M., & Champy, J. (1993)
<b>Mudança de Recursos Humanos</b>	Foca na transformação das atitudes, comportamentos, habilidades e conhecimentos dos membros da organização. Pode envolver treino, desenvolvimento e mudanças na cultura organizacional.		Senge, P. M. (2006)
<b>Mudança de Estratégia</b>	Refere-se à alteração nos objetivos e estratégias da organização, como reorientação para novos mercados, novos produtos ou redefinição da missão e visão.		Quinn, J. B. (1980)
<b>Mudança de Cultura</b>	Implica uma transformação nos valores, crenças e normas que regem o comportamento dos membros da organização, sendo um dos tipos de mudança mais difíceis de implementar devido à resistência à mudança cultural.		Kotter, J. P. (1996)

**Fonte:** Elaboração Própria

### 2.3 Modelos de gestão da mudança

A gestão da mudança é um campo amplo, suportado por múltiplos modelos adaptáveis a diferentes contextos. Entre os mais influentes destacam-se Lewin, Kotter e ADKAR. O modelo de Lewin, baseado em três fases — descongelar, mudar e recongelar —, realça a preparação psicológica e comportamental das pessoas (Burnes, 2004). O modelo de Kotter, estruturado em oito passos, valoriza a liderança e a visão partilhada, procurando ancorar a mudança na cultura organizacional (Kotter, 1996; Appelbaum et al., 2012). Já o modelo ADKAR centra-se no indivíduo, articulando cinco pilares — Consciencialização, Desejo, Conhecimento, Capacidade e Reforço —, sendo especialmente eficaz em processos de inovação tecnológica (Hiatt, 2006). Apesar das diferenças, estes modelos complementam-se, oferecendo perspetivas sólidas para compreender e implementar a mudança organizacional.

**Tabela 5:** Modelos de gestão da mudança

Modelo	Descrição	Referência
<b>Modelo de Mudança em 3 Etapas de Lewin</b>	Kurt Lewin é considerado um dos pioneiros na teoria da mudança organizacional. O seu modelo tem três etapas – descongelamento, mudança e recongelamento – e propõe que a mudança organizacional requer a preparação para abandonar o status quo, a implementação da mudança e a estabilização do novo estado.	Lewin, K. (1947)
<b>Modelo de Kotter para Liderar a Mudança</b>	John Kotter desenvolveu um modelo de oito etapas para liderar a mudança, enfatizando a criação de um senso de urgência, formação de uma coesão, desenvolvimento de uma visão e estratégia, e consolidação dos ganhos.	Kotter, J. P. (1996)
<b>Modelo ADKAR</b>	O modelo ADKAR, de Jeff Hiatt, foca-se nos aspectos individuais da mudança, identificando cinco etapas que as pessoas devem passar: consciência, desejo, conhecimento, habilidade e reforço. Esse modelo destaca a importância de gerir a componente humana da mudança.	Hiatt, J. M. (2006)
<b>Modelo de Diagnóstico Organizacional de Nadler e Tushman</b>	Este modelo integra a gestão da mudança com o alinhamento organizacional, explorando os inputs (recursos, estratégia) e componentes internos (estrutura, pessoas, cultura) que devem ser alinhados para responder aos estímulos externos.	Nadler, D. A., & Tushman, M. L. (1980)
<b>Modelo de Ciclo de Vida da Mudança de Beckhard e Harris</b>	Este modelo apresenta a mudança como um ciclo contínuo, incluindo etapas como entrada, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação, com ênfase na análise da lacuna entre o estado atual e o estado desejado.	Beckhard, R., & Harris, R. T. (1987)
<b>Modelo de Gestão da Mudança de Bridges</b>	Modelo focado nos aspectos emocionais da mudança, este modelo enfatiza a transição como um processo psicológico em três fases: fim do que era, zona neutra e novo recomeço. O modelo destaca a importância de gerir as emoções associadas à mudança.	Bridges, W. (1991)
<b>Modelo de Forças de Campo de Lewin</b>	Este modelo complementa o de três etapas, propondo a análise das forças promotoras e restritivas da mudança, para fortalecer as forças promotoras e enfraquecer as restritivas.	Lewin, K. (1951)
<b>Teoria da Complexidade de Stacey</b>	Este modelo explora como as organizações funcionam em ambientes complexos, sugere que a mudança é um processo dinâmico, não-linear e adaptativo, onde a interação entre diferentes partes do sistema gera novos comportamentos.	Stacey, R. D. (1996)
<b>Modelo de Oportunidades de Doppelt</b>	Propõe nove estratégias para mudança organizacional sustentável, como a redefinição de valores e objetivos, envolvimento de stakeholders, e desenvolvimento de capacidades organizacionais para enfrentar os desafios ambientais e sociais	Doppelt, B. (2017)

**Fonte:** Elaboração Própria

## 2.4 Motores e forças de gestão da mudança

As forças que impulsionam a mudança organizacional, sejam de origem interna ou externa, constituem motores essenciais que moldam o rumo e o futuro das empresas. Ter um entendimento aprofundado desses fatores é crucial para antecipar desafios, preparar adequadamente a

organização e delinear estratégias de gestão da mudança capazes de assegurar o sucesso e a sustentabilidade a longo prazo.

A Tabela 6 tem como objetivo identificar e categorizar os principais impulsionadores da mudança nas organizações. Reconhecer esses elementos é fundamental para compreender as causas subjacentes aos processos de transformação e para desenvolver abordagens eficazes na gestão da mudança. Nesta tabela, as forças internas e externas são claramente diferenciadas, oferecendo uma visão estruturada dos variados fatores que podem desencadear ou influenciar a necessidade de mudança — desde elementos relacionados com o mercado, a tecnologia e a regulamentação, até a aspectos culturais, de liderança e situações de crise organizacional.

**Tabela 6:** Motor e força da mudança

Motor/Força da Mudança	Descrição	Referência
<b>Mudanças no Ambiente Externo</b>	Mudanças nos fatores externos, como o mercado, a tecnologia, as regulamentações ou a concorrência, que forçam a organização a se adaptar para se manter competitiva.	Kotter, J. P. (1996)
<b>Pressões Internas</b>	Mudanças internas decorrentes de falhas operacionais, problemas de comunicação ou a necessidade de melhorar processos e resultados.	Beer, M., & Nohria, N. (2000)
<b>Tecnologia e Inovação</b>	O avanço tecnológico e a inovação são forças que impulsionam a mudança organizacional, desafiando as empresas a adotar novas ferramentas ou formas de trabalho.	Tushman, M. L., & O'Reilly, C. A. (1996)
<b>Liderança</b>	A liderança organizacional é uma força crucial na gestão da mudança, que influencia a forma como os processos de mudança são conduzidos e geridos dentro da organização.	Kotter, J. P. (1996)
<b>Cultura Organizacional</b>	A cultura de uma organização pode ser tanto um motor quanto uma força limitante da mudança, dependendo da sua flexibilidade e adaptabilidade.	Schein, E. H. (2010)
<b>Pressões Competitivas</b>	A competitividade do mercado pode forçar as organizações a adotar mudanças para manter a sua posição ou alcançar uma vantagem competitiva.	Porter, M. E. (1985)
<b>Necessidade de Melhoria de Desempenho</b>	O desejo de melhorar o desempenho organizacional, seja em termos de produtividade, qualidade ou eficácia, pode ser um forte motor para a mudança.	Robbins, S. P., & Judge, T. A. (2013)
<b>Mudanças no Comportamento do Consumidor</b>	Alterações nas preferências ou exigências dos consumidores podem gerar uma necessidade de adaptação das organizações para continuar a responder a essas mudanças.	Christensen, C. M. (1997)
<b>Crises Organizacionais</b>	Situações de crise, como falhas financeiras, problemas de liderança ou conflitos internos, podem ser grandes impulsionadores da mudança organizacional.	Pearson, C. M., & Clair, J. A. (1998)
<b>Governança e Regulamentações</b>	Novas leis ou novos regulamentos governamentais podem forçar as organizações a rever as suas operações e estratégias para garantir a conformidade.	Pfeffer, J., & Salancik, G. R. (2003)

**Fonte:** Elaboração Própria

## 2.5 Gestão da mudança nas organizações de Saúde

A transformação organizacional no setor da saúde constitui um desafio estrutural, que ultrapassa a mera alteração de processos ou tecnologias, exigindo a adaptação de sistemas inteiros

dedicados ao cuidado humano (Sakellarides, 2020). Muitas iniciativas falham não pela falta de visão, mas pela ausência de estratégias práticas, contextualizadas e participadas. Nesse sentido, a iniciativa *WHO Health Systems Transformation Initiative* procura apoiar os países na modernização e digitalização dos sistemas de saúde, promovendo eficiência, transparência e partilha de boas práticas (ICARE4EU, 2016). Todavia, a transformação só se concretiza com o envolvimento efetivo das equipas locais, através de formação, ferramentas adequadas e culturas abertas à inovação (Bohmer, 2016; David, 2019). Neste contexto, a liderança colaborativa e pós-heroica, baseada na escuta e na valorização do coletivo, emerge como o motor essencial da mudança sustentável (Timmins, 2015; West et al., 2014).

## **2.6 Modelos de Gestão da mudança em Saúde**

A aplicação de modelos específicos de gestão da mudança no setor da saúde tem vindo a crescer, destacando-se especialmente os modelos de Kotter e Lewin, amplamente utilizados por hospitais e sistemas nacionais de saúde.

Harrison et al. (2021), numa revisão sistemática de estudos internacionais, identificaram 12 metodologias de mudança aplicadas em 10 países, com maior frequência dos modelos de Kotter (19 estudos) e Lewin (11 estudos). Os estudos que alcançaram melhores resultados foram aqueles que aplicaram de forma consistente um modelo estruturado, enquanto os que não seguiram essa abordagem apresentaram maior fragilidade nos processos de implementação. As transformações institucionais na área da saúde beneficiam significativamente da adoção de metodologias de gestão da mudança, especialmente quando estas são adaptadas às especificidades locais. Em muitos casos, a liderança da mudança emerge dos próprios profissionais clínicos, o que reforça a importância da sua participação desde o início do processo. Autores como Erlingsdottir et al. (2018) e Harney & Monks (2014) sublinham a necessidade de envolver os profissionais de saúde na construção das soluções, evitando que sejam vistos apenas como receptores passivos de mudanças externas. Para garantir a eficácia das estratégias de mudança, é fundamental integrar a autonomia clínica, valorizar o conhecimento implícito e respeitar a cultura profissional inerente a este contexto.

## **2.7 Resistências e obstáculos à mudança organizacional em Saúde**

A implementação de mudanças nas organizações de saúde enfrenta desafios significativos decorrentes de resistências estruturais e humanas, que frequentemente se manifestam em torno de fatores culturais, de comunicação e de liderança. A natureza complexa e exigente do contexto em saúde — caracterizado por múltiplos stakeholders, práticas profissionais consolidadas e um elevado

foco na segurança do doente — pode intensificar a tendência dos profissionais em resistirem a novas práticas ou processos, sobretudo quando percecionam ameaças à rotina de trabalho ou falta de envolvimento nas decisões (Bak & Bak, 2024). As barreiras mais comuns incluem a comunicação inadequada, a ausência de um suporte organizacional claro e a falta de liderança eficaz que promova compromisso e visão comum. Estudos recentes demonstram que a comunicação transparente e o apoio percebido pelos profissionais moderam significativamente a resistência afetiva à mudança, reforçando a importância de estratégias que promovam participação, feedback contínuo e esclarecimento de objetivos (Azevedo, 2023).

A Tabela 7 apresentada visa identificar e sistematizar os principais tipos de resistências e obstáculos que influenciam negativamente os processos de mudança organizacional no setor da saúde.

**Tabela 7:** Resistências e obstáculos à mudança organizacional em Saúde

Resistências	Descrição	Autores/Fonte
<b>Resistência dos profissionais de saúde</b>	Os profissionais frequentemente resistem a mudanças devido ao receio de perda de autonomia ou aumento da carga de trabalho.	Erlingsdottir et al., 2018; Milella et al., 2021
<b>Resistência dos utentes/pacientes</b>	Os utentes muitas vezes preferem métodos convencionais e resistem a mudanças nos cuidados e tratamentos.	Milella et al., 2021
<b>Resistência como opinião e convicção</b>	A resistência pode ser uma forma de opinião ou convicção baseada em crenças pessoais ou de grupo.	Bringselius, 2010
<b>Inconstância e emotividade</b>	Variáveis psicológicas que influenciam a resistência, como opinião, reações emocionais e personalidade.	Bringselius, 2010
<b>Foco nas resistências individuais</b>	A resistência dos indivíduos é considerada a principal barreira à mudança organizacional eficaz.	Santos, 2005; Kotter, 2001
<b>Resistências individuais e organizacionais</b>	As resistências podem ocorrer a nível individual, de grupo ou organizacional.	Robbins, 1999
<b>Resistência psicológica no campo social</b>	A teoria do campo psicológico de Lewin analisa de que forma as forças sociais influenciam resistências.	Weisbord, 1987
Obstáculos	Descrição	Autores/Fonte
<b>Cultura organizacional rígida</b>	As organizações de saúde tendem a ter culturas profissionais fortes e hierárquicas, o que pode dificultar a aceitação de novas práticas e tecnologias.	Bate et al. , (2008)
<b>Estrutura fragmentada nas organizações de saúde</b>	Estrutura com vários grupos de profissionais dificultam decisões coesas e podem ser um obstáculo.	Milella et al., 2021
<b>Falta de recursos (tempo, dinheiro, tecnologia)</b>	Mudanças em saúde frequentemente exigem investimento, formação e disponibilidade de pessoal — recursos que muitas vezes são limitados.	Weineret al. , (2009)
<b>Complexidade dos sistemas de saúde</b>	A interdependência entre departamentos, profissões e serviços dificulta a implementação coordenada de mudanças.	Sullivan et al. , (2020)
<b>Comunicação</b>	Comunicação insuficiente sobre objetivos, impactos e etapas da mudança.	Kotter, J. P. (1996)

**Fonte:** Elaboração Própria

A mudança, especialmente em contextos complexos como os sistemas de saúde, enfrenta frequentemente barreiras humanas, estruturais e culturais que comprometem a sua eficácia e sustentabilidade. Assim, compreender a origem e a natureza destas resistências torna-se essencial para planear intervenções mais eficazes e realistas.

## 2.8 Agentes da mudança nas organizações de saúde

Os profissionais de saúde não podem ser equiparados a recetores passivos de mudanças, pois a falta de envolvimento leva a considerar as soluções sugeridas “como sendo pouco adequadas à prática local em questão” (Erlingsdottir et al., 2018, p. 151).

Para que a mudança seja bem-sucedida, é essencial que os agentes da mudança trabalhem juntos, estejam alinhados com os objetivos da organização e envolvam todos os *stakeholders* (Kotter, 1996; Robbins, 1999). Os agentes da mudança devem ser bem treinados, encorajados e preparados para enfrentar os desafios da transformação nas organizações de saúde (Bohmer, 2016).

A mudança nas organizações de saúde, é um processo complexo e multifatorial, a mudança requer a participação e o envolvimento de inúmeros atores para que a mudança seja bem-sucedida (tabela 8).

**Tabela 8:** Agentes da mudança organizacional em Saúde

Agentes da Mudança em Saúde	
<b>Liderança Topo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Define a visão estratégica da mudança, estabelece metas e alinha os recursos necessários (Kotter, 1996).</li><li>Garante o suporte financeiro, institucional e de políticas, liderando pelo exemplo e influenciando a mudança em larga escala (Santos, 2005).</li></ul>
<b>Liderança Intermédia</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Traduz as estratégias globais da mudança em ações práticas (Bohmer, 2016).</li><li>Cria um ambiente de trabalho favorável e motiva as equipas de saúde na adoção de novas práticas (Harrison et al., 2021).</li></ul>
<b>Profissionais de Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Implementam as mudanças diretamente nos cuidados aos pacientes (Bohmer, 2016)</li><li>Resistência devido a práticas estabelecidas, necessidade de comunicação eficaz e envolvimento (Milella et al., 2021).</li><li>São essenciais para a transformação, e o seu engajamento no processo de mudança é fundamental (Erlingsdottir et al., 2018).</li></ul>
<b>Equipes de Apoio e Consultores Externos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Fornecem apoio especializado para implementar as mudanças (Kotter, 2001).</li><li>Ajudam a resolver resistências e introduzir metodologias de trabalho, orientando os líderes internos e as equipas (West et al., 2014).</li></ul>
<b>Pacientes e Familiares</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Influenciam a mudança por meio das suas expectativas e experiências (Sakellarides, 2020).</li><li>A participação ativa pode estimular a inovação e ajustar práticas de atendimento, tornando fundamental o feedback (Harrison et al., 2021).</li></ul>
<b>Agentes de Comunicação e Cultura Organizacional</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Fomentam uma cultura organizacional saudável e garantem comunicação clara e motivadora (Timmis, 2015).</li><li>Facilita a disseminação das mensagens sobre as mudanças dentro da organização (Weisbord, 1987).</li></ul>

**Fonte:** Elaboração Própria

## **2.9 Reflexão sobre o estado da arte**

A literatura demonstra que a mudança organizacional, particularmente em saúde, é um fenómeno complexo, emocional e frequentemente não linear. As reações à mudança incluem fases de choque, negação, adaptação e, por fim, aceitação.

Kotter (1996) descreve estas fases como naturais, mas alerta que a não gestão adequada de cada uma delas compromete o processo. A resistência inicial é esperada, sendo necessário tempo, diálogo e acompanhamento constante.

Schein (1996) destaca que a mudança só se concretiza quando os novos comportamentos e valores são internalizados e sustentados no tempo. A duração de cada fase varia consoante o contexto, a cultura organizacional e a preparação das lideranças.

Nelson e Quick (2013) reforçam que a resiliência organizacional é crucial. As organizações de saúde devem estar preparadas para aprender com a mudança, responder rapidamente às adversidades e ajustar as suas práticas com base no feedback e na monitorização contínua.

A principal conclusão da reflexão sobre o estado da arte é que a mudança sustentável exige visão estratégica, liderança eficaz, envolvimento dos profissionais e uma cultura organizacional aberta à inovação.

## **2.10 SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE (SNS)**

A mudança organizacional na saúde em Portugal só pode ser compreendida à luz do Serviço Nacional de Saúde (SNS), fundado na universalidade, equidade e tendencial gratuitidade. O atual processo de transformação destaca-se pela expansão das Unidades Locais de Saúde (ULS) e pela atuação da Direção Executiva do SNS, orientada para uma integração vertical dos cuidados. Este movimento, embora desafiante, representa uma oportunidade para construir um SNS mais coeso, eficiente e centrado nas pessoas.

### **2.10.1 Caracterização do SNS**

O SNS, criado em 1976, representa um compromisso social e democrático de Portugal, sustentado nos princípios da universalidade, generalidade e gratuitidade tendencial, assegurando cuidados de saúde equitativos e acessíveis a todos os cidadãos. Para concretizar estes princípios, o SNS promove a integração dos serviços de saúde — primários, hospitalares e continuados — e incentiva a participação ativa dos utentes, garantindo também o direito de escolha do médico de família e dos prestadores de cuidados, reforçando a humanização do sistema.

O artigo 14.º da Lei de Bases da Saúde detalha com clareza os cuidados garantidos pelo SNS: desde consultas médicas e de enfermagem, internamentos, transporte de doentes, exames complementares, fornecimento de medicamentos e dispositivos médicos, até ao apoio social, articulado com a segurança social. Para tornar esta missão uma realidade quotidiana, o Ministério da Saúde criou estruturas organizativas como as Unidades Locais de Saúde e os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), que integram:

- Unidades de Saúde Pública,
- Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados,
- Unidades de Cuidados na Comunidade,
- Unidades de Saúde Familiar (USF),
- e Recursos Assistenciais Partilhados.

Estas estruturas são fundamentais para aproximar os cuidados das pessoas, mas a integração real e eficaz dos cuidados continua a enfrentar desafios significativos — quer a nível operacional, quer a nível estrutural.

Diversos autores identificaram desafios (ver Tabela 9), estes desafios exigem respostas ágeis, adaptadas à realidade local e sustentadas.

**Tabela 9:** Desafios da integração de cuidados

Desafios Identificados	Autores
Equidade no acesso aos cuidados	Diderichsen et al. (2001)
Fragmentação dos serviços	Kodner & Spreeuwenberg (2002)
Gestão de pacientes com doenças crónicas	Bodenheimer et al. (2002)
Coordenação entre os profissionais e os setores	Goodwin et al. (2004)
Falta de comunicação e de partilha de informações	Ouwens et al. (2005)
Tecnologia e sistemas de informação	Hillestad et al. (2005)
Falhas de comunicação e resistência à mudança	Santana et al. (2009)
Capacitação dos profissionais de saúde	Greenhalgh et al. (2012)
Resistência à mudança	Rummery & Fine (2012)
Desafios operacionais e impactos económicos	Matos (2013)
Desafios financeiros	Smith et al. (2014)

**Fonte:** Elaboração Própria

Mais do que criar estruturas formais, a gestão integrada exige confiança, cooperação e visão partilhada entre todos os que fazem o sistema acontecer no dia a dia.

O SNS é uma conquista coletiva. Mas o seu fortalecimento depende da capacidade de o transformar sem perder a sua essência — colocando sempre a pessoa no centro.

## 2.10.2 Unidades Locais de Saúde

Num tempo em que a complexidade dos cuidados de saúde exige mais proximidade, mais eficiência e maior articulação entre serviços, surgem as ULS como uma resposta estruturante para transformar o modo como cuidamos das pessoas.

Concebidas com um propósito claro — integrar os cuidados primários, hospitalares e continuados numa única entidade de gestão — as ULS foram pensadas para garantir continuidade assistencial, resposta coordenada e eficiência na utilização de recursos. Mais do que reorganizar estruturas, o seu foco está em melhorar a experiência do utente, assegurando que este recebe o cuidado certo, no momento certo, e no local mais adequado.

Segundo a Entidade Reguladora da Saúde (ERS, 2015), as ULS representam um novo paradigma: organizações integradas que colocam todos os níveis de cuidados sob uma liderança comum, promovendo sinergias, reduzindo redundâncias e elevando os padrões de qualidade.

O percurso começou em 1999, em Matosinhos, com a criação da primeira ULS. Ao longo dos anos, o modelo foi sendo testado e ajustado, até à sua expansão progressiva até 2012 (figura 1). Mas foi em 2024 que se deu o salto mais significativo, com a implementação de 31 novas unidades, que se juntaram às oito já existentes, numa aposta ambiciosa e determinada em reforçar a coesão do Serviço Nacional de Saúde.

Esta nova geração de ULS nasce com objetivos bem definidos:

- Evitar duplicações desnecessárias,
- Reduzir internamentos evitáveis,
- Garantir acesso atempado a cuidados adequados,
- Colocar o utente no centro da decisão e da ação.

**Figura 1** – Ano da criação das primeiras ULS

1999 - DL n.º207/99, de 9/06 – ULS Matosinhos,

2007- DL n.º50-B/2007, de 28/02 – ULS Norte Alentejano, EPE

2008 - DL n.º 183/2008 de 4/09 – ULS Alto Minho, EPE ; ULS Baixo Alentejo

2009 - DL n.º318/2009 de 2/11 – ULS Castelo Branco

2011 - DL n.º 67/2011, de 2/06 – ULS Nordeste

2012 - DL n.º 238/2012, de 31/10 – ULS Litoral Alentejano

**Fonte:** ERS (2015)

As ULS funcionam com base em contratos-programa, onde são estipuladas metas claras, indicadores de desempenho e princípios orientadores, como a integração clínica, a coordenação entre instituições e a partilha inteligente de informação. Cada ULS, é assim, avaliada não apenas pela quantidade de serviços prestados, mas sobretudo pela qualidade da articulação e pelo impacto real na vida dos cidadãos.

Mais do que uma reforma administrativa, as ULS representam uma visão de futuro: uma saúde mais próxima, mais eficaz e mais humana.

O sucesso deste modelo depende agora da sua capacidade de se enraizar nos territórios, de envolver os profissionais e de responder às verdadeiras necessidades das pessoas. É tempo de consolidar esta mudança — com rigor, com liderança e com compromisso.

### **2.10.3 Criação da Direção Executivo do SNS (DE-SNS)**

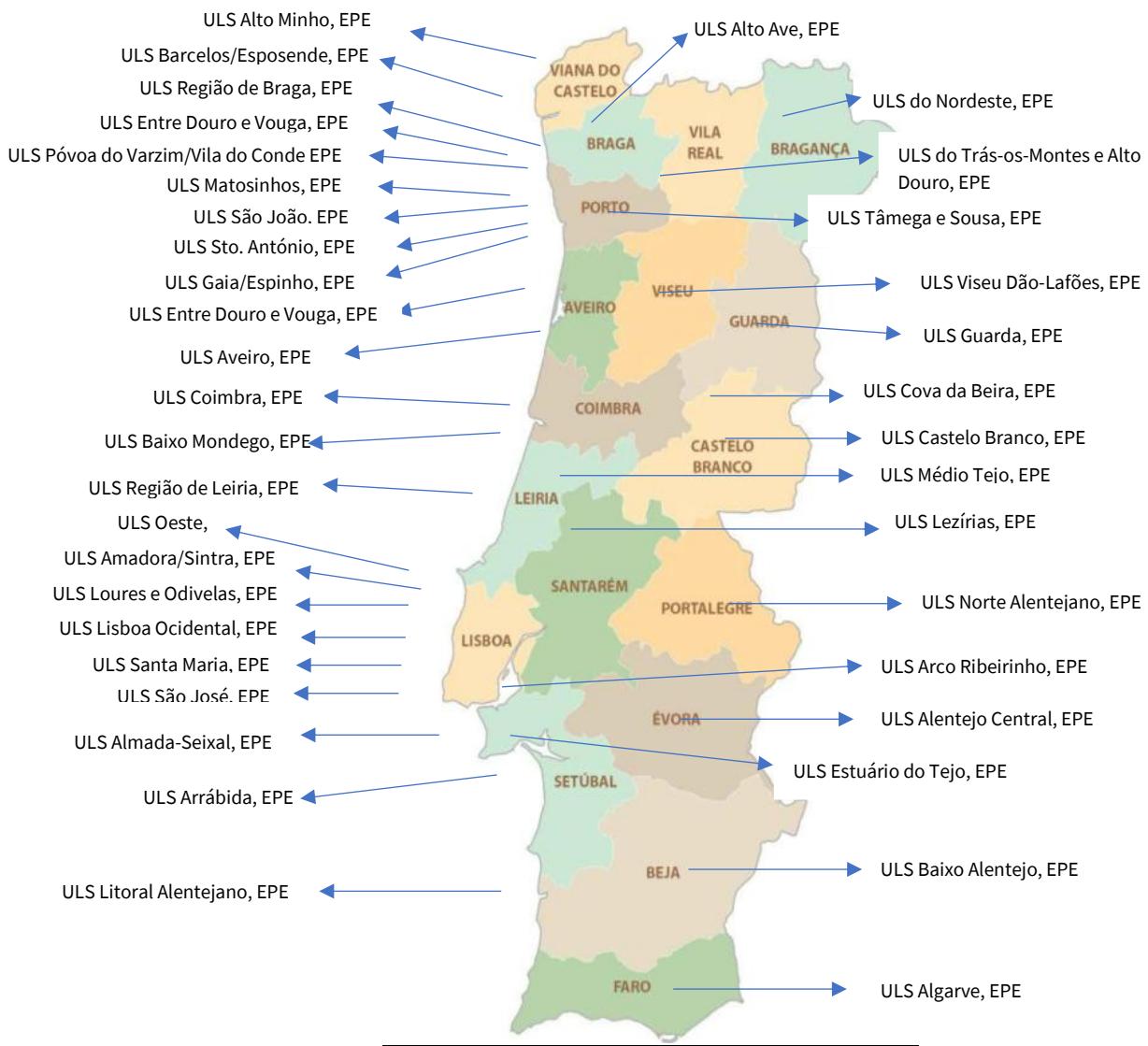
A Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde (DE-SNS), criada pelo Decreto-Lei n.º 61/2022, surge como um eixo estratégico destinado a transformar o SNS, promovendo a integração dos cuidados, o funcionamento em rede, a proteção dos direitos dos utentes, a participação do cidadão e a governação inovadora.

Dotada de instrumentos robustos e de uma estrutura organizacional participativa, a DE-SNS visa uma reforma descentralizada, orientada para a proximidade dos cuidados e a autonomia operacional das unidades de saúde. Apesar de desafios naturais de implementação, a DE-SNS representa uma oportunidade para aproximar decisões das realidades locais, consolidar a confiança no sistema e promover uma saúde pública mais eficaz, estratégica e centrada nas pessoas.

### **2.10.4 Novas ULS**

Em 2023, a Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde (DE-SNS) anunciou a criação de 31 novas Unidades Locais de Saúde (ULS), com implementação prevista para 2024, estendendo o modelo de cuidados integrados a todo o território nacional. Esta mudança representa um passo significativo na reorganização do SNS, com o objetivo de aproximar os serviços de saúde das pessoas, garantindo respostas mais coordenadas, acessíveis e centradas nas necessidades reais de cada cidadão.

**Figura 2: 39 ULS do SNS**



**Fonte:** Elaboração Própria

A reforma assenta na integração dos cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados promovendo uma maior articulação entre equipas e níveis de cuidados. Pretende-se, assim, reforçar os cuidados de proximidade, prevenir a doença, detetar precocemente situações de risco, reduzir hospitalizações evitáveis e assegurar um acompanhamento mais contínuo e personalizado ao longo da vida.

Em paralelo, verificou-se uma transição significativa das Unidades de Saúde Familiar para o modelo B, que confere maior autonomia às equipas, valoriza o trabalho multidisciplinar e incentiva a melhoria do desempenho através da contratualização de objetivos. Esta evolução tem contribuído

para ganhos evidentes na acessibilidade, na qualidade dos cuidados prestados e na satisfação tanto dos utentes como dos profissionais de saúde.

Nunes (2024) elaborou uma análise SWOT ao modelo ULS que se apresenta abaixo na tabela 10.

**Tabela 10 :** Análise SWOT da Integração Vertical

Pontos fortes	Fraquezas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• O estabelecimento de mecanismos eficazes de coordenação entre os vários níveis.</li> <li>• A proximidade da prestação, que se refere à proximidade espacial ou proximidade de um determinado serviço ou recurso aos seus usuários ou beneficiários pretendidos.</li> <li>• A integração dos cuidados de saúde primários e da gestão dos cuidados hospitalares, garantindo que os beneficiários do SNS tenham acesso equitativo aos cuidados mais adequados com base nas suas necessidades específicas.</li> <li>• A aquisição de benefícios para a saúde por meio da proximidade aos processos de tomada de decisão e a obtenção de maior autonomia.</li> <li>• Defender a priorização da atenção primária à saúde como pilar fundamental do sistema de saúde.</li> <li>• Capacidades aprimoradas e independência institucional por meio de competências ampliadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A insuficiente prontidão das infraestruturas.</li> <li>• Desafios para alcançar a integração perfeita dos sistemas de informação.</li> <li>• Possíveis restrições financeiras, especialmente para centros hospitalares universitários dentro da estrutura da ULS.</li> <li>• O nível de participação entre os municípios apresenta assimetria com base em seu alinhamento político.</li> <li>• O potencial de recursos financeiros inadequados vinculados a incentivos de desempenho centrados em resultados e na geração de valor.</li> <li>• O novo modelo de ULS tem um nível maior de diversidade e complexidade, desviando-se do modelo existente de administração e órgãos de supervisão.</li> <li>• O risco associado à seleção irrestrita de uma instituição de saúde pelo usuário.</li> <li>• O risco de não cumprir os termos da delegação de autoridade aos órgãos governamentais locais.</li> <li>• A potencial transferência de dívidas pendentes de entidades extintas</li> </ul>
Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestão da rede.</li> <li>• A concretização do direito fundamental à proteção da saúde.</li> <li>• Fortalecer as políticas de promoção da saúde e prevenção de doenças.</li> <li>• Fortalecimento da atenção primária na resposta de proximidade.</li> <li>• Maximizar o acesso, a qualidade e a eficiência na gestão de recursos.</li> <li>• Atendendo às crescentes demandas e expectativas dos cidadãos.</li> <li>• A participação dos cidadãos, comunidades, profissionais e autoridades locais na definição, monitoramento e avaliação das políticas de saúde.</li> <li>• Focar nas pessoas, ou seja, centralizar o cuidado nos cidadãos.</li> <li>• Maior eficiência e eficácia.</li> <li>• O reforço dos meios e recursos necessários.</li> <li>• Maior autonomia de gestão.</li> <li>• A estratificação da população por risco, que identifica a distribuição da carga da doença na população.</li> <li>• A generalização do modelo de Unidade de Saúde Familiar ao nível dos cuidados de saúde primários.</li> <li>• A promoção de Centros de Responsabilidade Integrados ao nível dos cuidados de saúde hospitalares.</li> <li>• Promover diferenciação, treinamento e pesquisa.</li> <li>• Integrar intervenções para aliviar comportamentos viciantes e dependências.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento das necessidades de saúde e bem-estar da população.</li> <li>• Envelhecimento.</li> <li>• Carga de doença.</li> <li>• A cultura organizacional instalada.</li> <li>• Falta de colaboração municipal.</li> <li>• O sistema centrado em hospitais instalado na percepção dos cidadãos, responsável pelo acesso não urgente aos serviços de emergência.</li> <li>• Coordenação entre equipes de profissionais de saúde.</li> <li>• A ausência de um sistema único de registro eletrônico de saúde.</li> <li>• Trabalhadores e profissionais de saúde tendo que se adaptar à transição.</li> </ul>

**Fonte:** Nunes (2024)

## **2.10.5 Propósitos iniciais da DE-SNS aquando da criação das novas ULS**

Entre os objetivos iniciais definidos pelo SNS e pela DR-SNS destacam-se, a Integração da Prestação de Cuidados, para promover a integração dos diferentes níveis de cuidados de saúde, assegurando que os utentes recebam uma assistência coordenada e contínua.

O funcionamento em Rede, deve facilitar a articulação entre os diversos serviços de saúde, e assegurar uma referenciamento adequada aos utentes. (SNS 2023)

A DE-SNS deve:

- Melhorar o acesso aos cuidados de saúde, assegurando que todos os direitos dos utentes sejam respeitados e promover a equidade no acesso aos serviços de saúde.
- Incentivar a participação ativa dos cidadãos no SNS e garantir a intervenção dos beneficiários, nomeadamente das associações de utentes, nos processos de tomada de decisão.
- Promover uma cultura organizacional de liderança e inovação em todo o SNS, estimulando métodos de trabalho em equipa e mecanismos de retorno do desempenho. (SNS 2023)

Os propósitos iniciais da DE-SNS centram-se na coordenação, integração e melhoria da prestação de cuidados de saúde, assegurando que o SNS responda de forma eficiente e equitativa às necessidades da população portuguesa. (SNS 2023).

## **CAPÍTULO III – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO**

A metodologia é o alicerce que sustenta a credibilidade e a relevância de qualquer investigação. Este capítulo tem como finalidade explicitar, de forma clara e rigorosa, as opções metodológicas adotadas, justificando cada etapa do percurso científico seguido ao longo do estudo. Será aqui apresentado o tipo de estudo realizado, bem como o instrumento de recolha de dados utilizado — um questionário cuidadosamente construído para captar, com fiabilidade, as percepções e experiências dos participantes em relação ao fenómeno em análise. Descreve-se ainda a definição da amostra, destacando os critérios de inclusão, o processo de seleção dos participantes e a sua representatividade em relação ao universo estudado. Adicionalmente, são detalhados os procedimentos de aplicação do questionário, assegurando o cumprimento dos princípios éticos e a criação de condições que favoreçam a autenticidade das respostas.

Por fim, este capítulo apresenta a estratégia de análise de dados, especificando as técnicas estatísticas e interpretativas utilizadas, com o propósito de transformar a informação recolhida em conhecimento útil, rigoroso e aplicável à realidade. Mais do que descrever métodos, este capítulo traduz o compromisso com a integridade científica e a busca de respostas que possam, efetivamente, fazer a diferença.

### **3.1 Revisão da Literatura**

A metodologia desta dissertação foi delineada de forma sistemática, abrangendo a definição de objetivos, seleção de palavras-chave, instrumentos de recolha de dados, população-alvo, amostra e procedimentos de análise de dados. A revisão da literatura incluiu pesquisas recentes e históricas sobre gestão da mudança em organizações, com enfoque específico no setor da saúde, complementando a contextualização geral da área. Foram consultadas bases de dados como Google Académico, b-on, ScienceDirect, Scopus e Scielo, com organização dos artigos no Mendeley segundo as normas APA.

As principais teorias estudadas incluem o modelo das oito etapas de Kotter e estratégias para gerir resistências à mudança (Kotter & Schlesinger, 2008), bem como a influência da cultura organizacional na gestão participativa (Garcia et al., 2015). Revisões recentes destacam a evolução global dos modelos de gestão da mudança em saúde (Harrison et al., 2021; Milella et al., 2021), enquanto Sousa (2009) e Sakellarides (2020) fornecem perspetivas históricas e desafios específicos do SNS em Portugal.

No contexto da transição para as Unidades Locais de Saúde, o estudo analisou percepções de profissionais de saúde, especialmente em cargos de direção e gestão, avaliando satisfação, barreiras,

estratégias adotadas e diferenças entre grupos profissionais, níveis de formação e regiões do país, permitindo compreender os fatores críticos para a implementação eficaz da mudança organizacional.

### **3.1.1 Avaliação da prontidão organizacional para a mudança em saúde**

A prontidão organizacional para a mudança constitui um fator crítico para o êxito de processos de transformação, particularmente no setor da saúde. Dois instrumentos amplamente reconhecidos para a sua avaliação são o ORIC (*Organizational Readiness for Implementing Change*), de Weiner (2009), que mede a eficácia da mudança e o comprometimento organizacional, e o ORC (*Organizational Readiness for Change*), adaptado como Prontidão Operacional para Mudança (POM), de Lehman, Greener e Simpson (2002), que considera recursos institucionais, clima motivacional, competências de liderança e pressões externas. O ORIC fundamenta-se na conceção de Weiner (2009) de que a prontidão é um estado psicológico coletivo, sustentado por crenças partilhadas sobre a capacidade da organização para implementar mudanças, sendo amplamente aplicado na introdução de políticas e práticas inovadoras em saúde. O ORC, apoiado em Holt et al. (2007) e incorporando elementos de Kotter (1996), adota uma abordagem multidimensional, destacando a liderança e o envolvimento como fatores determinantes para a implementação bem-sucedida de mudanças, com validação em contextos institucionais complexos em Portugal e Brasil (Silva, 2022). Ambos os instrumentos oferecem informações estruturadas sobre desafios e oportunidades, permitindo que gestores ajustem estratégias de transição e adaptação de forma contextualizada, eficaz e sustentável, em instituições públicas e privadas.

A Tabela 11 apresenta uma comparação detalhada entre ambos os questionários que seguem em anexo (anexo 1 e 2).

**Tabela 11:** Comparação Entre ORIC e ORC/POM

Característica	ORIC (Weiner, 2009)	ORC/POM (Lehman et al., 2002)
<b>Foco Principal</b>	Implementação de mudanças organizacionais	Avaliação da prontidão organizacional para mudanças institucionais
<b>Contexto Original</b>	Gestão de mudanças em geral, especialmente na saúde	Programas de tratamento de abuso de substâncias (depois adaptado para outros setores)
<b>Componentes</b>	Eficácia da mudança e compromisso com a mudança	Recursos institucionais, clima motivacional, capacidades do gestor, pressões externas
<b>Aplicação</b>	Qualquer organização em transição	Organizações que passam por mudanças estruturais
<b>Contexto de Aplicação</b>	Cuidados de saúde primários no Brasil	Profissionais de saúde em organizações brasileiras
<b>Base Teórica</b>	Prontidão organizacional como fator determinante para implementação de mudanças	Teorias de mudança organizacional e adaptação cultural
<b>Potencial do Questionário</b>	Diagnosticar a prontidão organizacional, planejar intervenções e monitorizar mudanças	Avaliar fatores organizacionais que influenciam mudanças, orientar estratégias de gestão
<b>Semelhanças</b>		
<b>Objetivo Comum</b>	Ambos os estudos têm como objetivo principal avaliar a prontidão dos profissionais de saúde e da organização para implementar mudanças nas suas práticas e organizações.	
<b>Processo de Adaptação Transcultural</b>	Os dois trabalhos seguiram etapas de tradução, adaptação cultural e validação de instrumentos internacionais para o contexto brasileiro, garantindo que os questionários fossem culturalmente relevantes e compreensíveis para os profissionais de saúde.	
<b>Contexto de Aplicação</b>	Ambos os instrumentos foram aplicados em contextos de cuidados de saúde primários no Brasil, focando-se em profissionais envolvidos na implementação de mudanças organizacionais.	

**Fonte:** Elaboração Própria

### 3.2 Tipo de Estudo

Para compreender os efeitos da criação das 31 novas Unidades Locais de Saúde, este estudo adotou uma metodologia mista, com enfase qualitativo e natureza descritiva, procurando captar não apenas as alterações institucionais, mas também a percepção e experiência dos profissionais de saúde envolvidos. O principal objetivo consistiu em recolher percepções, experiências e sugestões, através de um questionário estruturado com perguntas abertas e afirmações, garantindo uma abordagem sensível à complexidade humana do processo de mudança.

A componente quantitativa, de carácter descritivo e correlacional, permitiu identificar padrões e relações relevantes, utilizando escalas tipo Likert e instrumentos validados na literatura de gestão da mudança em saúde. Paralelamente, a análise qualitativa seguiu uma abordagem de conteúdo temática, revelando sentidos, emoções e significados atribuídos pelos profissionais à transformação. Complementou-se com uma análise documental sobre os instrumentos legais e organizativos que estruturaram a Direção Executiva do SNS e o modelo das ULS, oferecendo um contexto sólido à interpretação dos dados. O cruzamento entre a mensuração objetiva e a escuta qualitativa proporcionou uma leitura integrada, fundamentada e humanizada do processo de mudança,

permitindo não apenas medir impactos, mas também compreender como os profissionais interpretam, experienciam e integram as transformações no seu quotidiano, reforçando a centralidade do fator humano na eficácia das reformas organizacionais.

### **3.3 Instrumentos, Procedimentos e Calendário de Recolha de Dados**

A recolha de dados deste estudo foi realizada através de um questionário online adaptado ao contexto do SNS português, baseado nos instrumentos internacionalmente reconhecidos ORIC (Weiner, 2009) e ORC/POM (Lehman, Greener & Simpson, 2002). Após uma análise crítica das suas metodologias e limitações face à realidade portuguesa, foi desenvolvida uma versão ajustada às especificidades culturais, políticas e organizacionais, garantindo a medição da prontidão organizacional e individual para a mudança nas novas Unidades Locais de Saúde.

O questionário foi submetido a pré-teste com seis participantes, permitindo ajustes que asseguraram clareza, relevância e coerência. A aplicação decorreu entre 23 de março e 31 de abril de 2025, com consentimento informado, e explorou três dimensões centrais: a estratégia de transição do SNS, as barreiras e resistências internas, e a resposta dos profissionais à mudança.

A divulgação combinou canais formais, como emails enviados às 31 ULS, e informais, incluindo redes sociais e contactos pessoais, procurando maximizar a participação. O instrumento não se limitou à recolha de dados; constituiu um meio de escuta ativa, captando percepções, desafios e fatores facilitadores, permitindo gerar conhecimento orientado para políticas e práticas de gestão mais eficazes, próximas da realidade dos profissionais.

### **3.4 Amostra e Seleção**

A seleção dos participantes foi realizada através de uma amostra por conveniência, justificada pelo acesso direto a profissionais de saúde.

A população-alvo do estudo incluiu profissionais de saúde e gestores com funções de liderança nas 31 novas ULS. Foram considerados elegíveis para participação os seguintes cargos: Presidente e Vogal do Conselho de Administração, Diretores Clínicos dos Cuidados de Saúde Hospitalares e dos Cuidados de Saúde Primários, Coordenadores de Unidades de Cuidados de Saúde Primários, Enfermeiro Diretor, TSDT Diretor, Diretores de Serviço, Enfermeiros Gestores, TSDT Coordenadores e Responsáveis de Serviço.

Para estimar o número de potenciais participantes, foi realizada uma pesquisa detalhada nos sites oficiais do SNS, ULS por ULS. Através dessa análise, chegou-se a um número aproximado de 2.800 profissionais com perfil elegível para responder ao questionário.

Após o encerramento da fase de recolha de dados, foram enviados e-mails às instituições para confirmar se o questionário havia sido efetivamente distribuído, partindo-se já da informação prévia de que uma das ULS optaria por não o divulgar. Além disso, foi solicitado aos serviços de recursos humanos e aos Conselhos de Administração das ULS o número exato de profissionais elegíveis, mas nenhuma das instituições respondeu a esse pedido.

Assim, não foi possível confirmar com precisão o total da população-alvo nem aferir se todas as ULS procederam à divulgação do questionário. Ainda assim, estima-se que o número real de potenciais participantes não difira substancialmente do valor apurado.

Das 31 ULS contactadas, três não apresentaram qualquer resposta ao questionário. Não se sabe se a ausência de respostas se deveu à falta de acesso ao inquérito ou à decisão dos profissionais de não participar.

### **3.5 Métodos de Tratamento de Dados**

Com o objetivo de captar, de forma estruturada e rigorosa, as percepções dos profissionais de saúde sobre a implementação das novas Unidades Locais de Saúde, foi aplicado um questionário organizado em diferentes secções temáticas, composto por afirmações avaliadas segundo uma escala de Likert de 5 pontos — variando entre 1 – “Discordo totalmente” e 5 – “Concordo totalmente”. Esta metodologia segue as boas práticas dos instrumentos internacionais que serviram de base à sua construção, permitindo garantir consistência e fiabilidade na recolha de dados. A estrutura do questionário foi concebida para permitir uma análise quantitativa aprofundada de dimensões estratégicas e operacionais do processo de mudança, com especial atenção à prontidão organizacional — ou seja, à capacidade percebida das organizações para acolher, adaptar e concretizar a transformação em curso.

Os dados recolhidos foram analisados com recurso a técnicas de estatística descritiva e inferencial, nomeadamente:

- Cálculo de frequências absolutas e relativas,
- Determinação de médias e desvios padrão,
- Aplicação de testes estatísticos, como o teste t de Student e a ANOVA.

Este tratamento estatístico possibilitou mais do que descrever tendências — permitiu reconhecer padrões de resposta, avaliar níveis de concordância com diferentes aspectos da reforma e identificar áreas de maior e menor aceitação entre os profissionais. Com base nesta análise, foi possível mapear forças e fragilidades do processo de implementação das ULS, oferecendo informação útil e açãoável para os decisores políticos e gestores de saúde. Mais do que um retrato

estático, os resultados fornecem indicadores estratégicos para orientar melhorias, promover o alinhamento interno e reforçar a eficácia da mudança em curso.

Este estudo procurou ser uma ponte entre a evidência e a ação, colocando a experiência dos profissionais no centro das decisões que moldam o futuro do SNS.

Com o objetivo de tornar a análise mais equilibrada e facilitar a comparação entre diferentes realidades, as ULS foram agrupadas por zonas geográficas. Dado o número reduzido de ULS a sul do Tejo, estas foram integradas na região de Lisboa. A organização ficou assim estruturada:

- **Zona Norte:** ULS da Póvoa de Varzim/Vila do Conde, ULS de Barcelos/Espinho, ULS de Braga, ULS de Gaia/Espinho, ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro, ULS do Alto Ave, ULS do Tâmega e Sousa, ULS do Médio Ave.
- **Zona Centro:** ULS da Cova da Beira, ULS da Lezíria, ULS da Região de Leiria, ULS de Coimbra, ULS de Entre Douro e Vouga, ULS de Viseu Dão-Lafões, ULS do Baixo Mondego, ULS da Região de Aveiro, ULS do Oeste.
- **Zona de Lisboa e Sul do Tejo:** ULS da Arrábida, ULS de Almada-Seixal, ULS de Amadora/Sintra, ULS de Lisboa Ocidental, ULS de Santa Maria, ULS de São José, ULS do Arco Ribeirinho, ULS do Médio Tejo, ULS do Alentejo Central e ULS do Algarve.

Esta classificação por zonas visa oferecer uma leitura mais coerente dos indicadores de satisfação, permitindo uma análise comparativa mais justa e a identificação de barreiras e necessidades específicas em cada região.

Procedeu-se ao cálculo do coeficiente Alpha de Cronbach para as 17 afirmações das secções 1, 2 e 3, tendo sido obtido um valor de 0,934 (ver apêndice M tabela 2). Este resultado indica uma elevada fiabilidade interna do instrumento de avaliação, ou seja, as afirmações apresentam uma boa consistência entre si.

## CAPÍTULO IV - ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo apresenta os principais resultados obtidos com a aplicação do questionário aos profissionais de saúde das 31 Unidades Locais de Saúde criadas em 2024, seguidos de uma discussão crítica à luz da literatura sobre gestão da mudança em contextos organizacionais de saúde.

A análise realizada combinou estatística descritiva e inferencial, com o intuito de ir além da simples descrição dos dados — procurando compreender dinâmicas, contrastes e padrões significativos entre diferentes grupos profissionais, regiões geográficas e tipos de formação académica. Para isso, foram aplicados testes como o t de Student e a ANOVA, permitindo comparações robustas e informadas.

Paralelamente, as respostas à questão aberta foram tratadas por meio de uma análise de conteúdo temática, apoiada por ferramentas de Inteligência Artificial, capazes de identificar padrões recorrentes, palavras-chave e temas emergentes nas percepções expressas pelos participantes. Esta abordagem qualitativa permitiu aprofundar o significado por detrás dos números, captando a complexidade emocional e organizacional vivida no processo de mudança.

O questionário aplicado incluía 17 afirmações organizadas em torno de três dimensões fundamentais:

1. Estratégia de Mudança para o Novo Modelo do SNS;
2. Barreiras e Obstáculos Organizacionais na Gestão da Mudança;
3. Caracterização da Resposta à Mudança.

Adicionalmente, a questão aberta proporcionou um espaço de expressão livre, onde os participantes puderam partilhar comentários, preocupações e sugestões, enriquecendo o estudo com insights diretamente ancorados na realidade dos serviços de saúde.

Ao cruzar estas diferentes fontes e formas de dados, este capítulo não se limita a apresentar resultados — procura compreender as experiências vividas, reconhecer os desafios enfrentados e valorizar as contribuições de quem está no centro da mudança.

### 4.1 Descrição da Amostra do questionário

A amostra deste estudo integrou 314 profissionais de saúde, provenientes das 31 Unidades Locais de Saúde recentemente criadas e distribuídas por diversas regiões do território nacional. Esta diversidade geográfica e profissional confere à investigação uma amplitude representativa que enriquece a análise e oferece uma leitura mais fiel da realidade vivida no terreno.

A taxa de resposta foi considerada satisfatória, tendo em conta o carácter exploratório e participativo do estudo, e reforça o interesse e envolvimento dos profissionais num momento de profunda transformação organizacional.

Destaca-se, de forma significativa, a forte presença de participantes com formação em Ciências da Saúde (86,35%). Este dado não apenas legitima a profundidade das percepções recolhidas, como sublinha a relevância do olhar clínico e técnico sobre os desafios da mudança em curso. Trata-se de profissionais que experienciam diariamente os efeitos diretos da reforma e cujas vozes são essenciais para construir soluções com sentido prático e humano. Contudo, importa também reconhecer uma limitação relevante: a baixa adesão de elementos em cargos de liderança estratégica, nomeadamente Presidentes e Vogais Executivos dos Conselhos de Administração. A ausência destas perspetivas institucionais restringe a possibilidade de análise mais completa do alinhamento entre a estratégia macro e a execução operacional da reforma das ULS.

A análise estatística foi conduzida com o apoio do software SPSS, garantindo rastreabilidade, rigor e fiabilidade dos dados processados. Os principais resultados encontram-se sistematizados de forma clara nas tabelas dos Apêndices (ver Apêndices C a N), permitindo uma leitura objetiva dos padrões e tendências identificadas. Mais do que números, esta amostra representa histórias profissionais, experiências reais e percepções valiosas que, juntas, ajudam a compreender o que está verdadeiramente em jogo: a capacidade do sistema de saúde se reinventar com quem o constrói todos os dias.

## **4.2 Análise de Dados Recolhidos**

O instrumento de recolha de dados foi cuidadosamente estruturado em três secções temáticas, cada uma composta por afirmações avaliadas através de uma Escala de Likert, permitindo aos participantes expressar o seu grau de concordância de forma padronizada e comparável. Esta metodologia, amplamente validada, possibilita uma análise rigorosa e transversal, essencial para captar padrões de resposta e aferir tendências significativas.

A quarta seção corresponde a respostas abertas.

Foram considerados 314 questionários válidos, recolhidos num universo estimado de cerca de 2.800 profissionais de saúde elegíveis. Este número representa uma amostra estatisticamente sólida, traduzida num nível de confiança de aproximadamente 95% e uma margem de erro de  $\pm 5,22\%$  (ver Apêndice C, 1). Estes indicadores conferem credibilidade e representatividade aos resultados, que se assumem como reflexo fiável das percepções e experiências do grupo-alvo.

A análise dos dados combinou abordagens de estatística descritiva e inferencial, garantindo uma leitura aprofundada e sustentada das respostas obtidas. Procurou-se, em particular, identificar tendências dominantes, barreiras percecionadas e fatores facilitadores associados ao processo de implementação das novas ULS, com especial enfoque na prontidão organizacional para a mudança.

Importa destacar um elemento com impacto potencial nas respostas recolhidas: vários Conselhos de Administração das novas ULS foram alvo de substituições durante o período inicial da implementação e antes da aplicação do questionário. Esta instabilidade institucional poderá ter influenciado a forma como os profissionais interpretaram o processo de mudança e, por conseguinte, as percepções manifestadas nas suas respostas Tabela 12.

Neste contexto, os resultados apresentados não são meros dados estatísticos. São, acima de tudo, ecos do terreno, vozes de quem vive a transformação por dentro, e pontos de partida essenciais para decisões informadas e políticas mais próximas da realidade.

**Tabela 12 - ULS que sofreram alterações de CA**

<b>ULS (das 31 criadas)</b>	<b>CA substituído?</b>	<b>Data da alteração</b>
Algarve	Sim	Outubro- Novembro 2024
Almada-Seixal	Sim	Outubro 2024
Viseu Dão-Lafões	Sim	Junho 2024
Lezíria (Santarém)	Sim	Dezembro 2024
Leiria	Sim	Dezembro 2024 – Jan 2025
Castelo Branco	Sim	Outubro 2024
Guarda	Sim	Outubro 2024
Cova da Beira	Sim	Outubro 2024
Alto Minho	Sim	Janeiro 2024
Amadora-Sintra	Sim	Começo 2025 (renúncia)

**Fonte:** Elaboração Própria

Para cada item das três primeiras secções do questionário, foram calculadas médias, desvio padrão, modas e frequências relativas, com o intuito de captar a tendência geral das percepções dos profissionais. Esta análise descritiva foi complementada com testes estatísticos inferenciais, nomeadamente o teste t de Student e a ANOVA, para comparar diferentes subgrupos da amostra, e ainda correlações de Spearman para explorar associações entre variáveis de natureza ordinal.

As questões associadas à estratégia de mudança para o novo modelo do SNS revelaram uma percepção amplamente crítica. As médias das respostas variaram entre 2,31 e 2,53 numa escala de 1 a 5 (ver Apêndice K, Tabela 1), traduzindo níveis baixos de concordância relativamente à existência de um plano claro, coerente e adaptado às realidades locais. Este resultado sinaliza uma ausência sentida de alinhamento entre os desígnios da reforma e o quotidiano das instituições, levantando preocupações legítimas sobre a eficácia do processo de implementação. De forma particularmente reveladora, a análise da correlação entre o grau de envolvimento dos profissionais e a sua satisfação geral com o processo de mudança demonstrou um coeficiente de Spearman de  $\rho = 0,61$ , estatisticamente significativo ( $p < 0,001$ ). Esta associação, de intensidade moderada a elevada, confirma empiricamente o que a literatura tem vindo a defender: profissionais envolvidos sentem-se mais satisfeitos e são mais propensos a aderir às mudanças (Hiatt, 2006; Kotter, 1996). Ignorar este fator é, por isso, comprometer o sucesso de qualquer reforma estrutural.

Mais de 60% dos inquiridos discordaram que a estratégia de mudança tivesse respeitado as especificidades regionais, e uma larga maioria não reconheceu na atuação da Direção Executiva do SNS a eficácia necessária para liderar o processo. Estas percepções não surgem no vazio: com críticas persistentes na literatura especializada, que apontam para uma abordagem excessivamente centralizada, vertical e tecnocrática, muitas vezes descolada das realidades no terreno (Ferlie & Shortell, 2001; Mintzberg, 2015). Estes resultados não devem ser vistos apenas como constatações técnicas. Eles espelham a voz de centenas de profissionais que vivem a mudança diariamente, com tudo o que ela traz de expectativas, frustrações e vontade genuína de contribuir para um sistema de saúde mais justo e eficiente.

A seguir, apresentam-se de forma detalhada os resultados por secção e por afirmação, bem como as relações estatisticamente relevantes entre variáveis — constituindo uma base sólida para reflexão, correção de rumos e tomada de decisões mais próximas da realidade institucional e humana do SNS.

### **A secção 1 incide na Estratégia de Mudança para o Novo Modelo do SNS.**

Para a afirmação 1 - “A criação das novas ULS foi acompanhada por uma estratégia de mudança bem definida” - a média de respostas foi de 2,47, próxima do ponto médio, mas tendendo para a discordância. Quase metade dos respondentes (47%) discordou totalmente ou parcialmente da existência de uma estratégia clara, enquanto que apenas cerca de 12% concordaram. A maioria (40%) manteve-se neutra, sugerindo dúvidas ou incerteza sobre a definição da estratégia. Desvio padrão baixo (0,96), indicando respostas relativamente concentradas na faixa baixa (ver apêndice C, tabela 1).

Na afirmação 2 - “Houve um plano de transição estruturado para a implementação das novas ULS” - (ver apêndice C, tabela 2), foi particularmente negativa. A média obtida foi de 2,38 numa escala

de 1 a 5, com 56,7% dos respondentes a expressar discordância. Este resultado indica que, para a maioria dos profissionais, não existiu um plano claro e organizado que orientasse a transição para o novo modelo.

Para a afirmação 3 “A estratégia de mudança teve em consideração as especificidades regionais e locais das ULS” – foi a que suscitou a percepção mais crítica. Com uma média de 2,31, a mais baixa entre todas as avaliadas, 62% dos participantes discordaram da afirmação. Estes dados sugerem que a mudança foi percecionada como pouco sensível às realidades locais, o que pode comprometer a sua eficácia e sustentabilidade (ver apêndice C, Tabela 3).

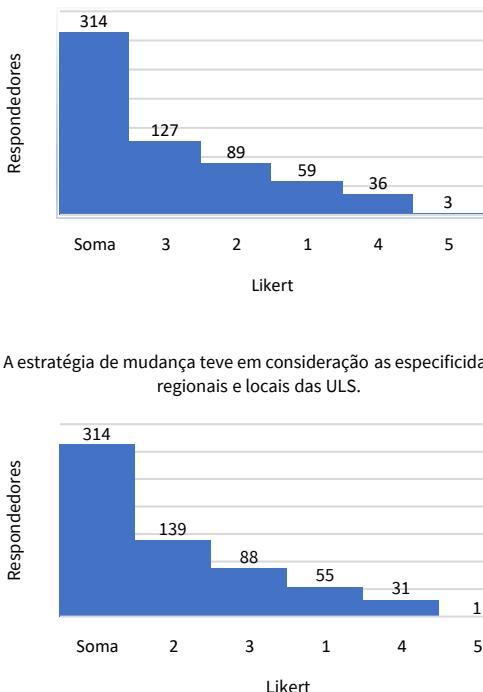
Quanto à afirmação 4 - “A criação da DE-SNS contribuiu para uma melhor coordenação e gestão das mudanças no SNS”- observou-se uma média ligeiramente mais elevada (2,53), embora ainda com uma tendência predominantemente neutra ou negativa. Cerca de 48% dos profissionais discordaram que a Direção Executiva do SNS tenha desempenhado um papel efetivo na coordenação do processo de mudança, revelando uma avaliação crítica da sua atuação (ver apêndice C, Tabela 4).

De forma geral, os resultados das afirmações como “A criação das novas ULS foi acompanhada por uma estratégia de mudança bem definida” (média: 2,47) e “Houve um plano de transição estruturado” (média: 2,38) reforçam a percepção de ausência de uma estratégia clara e de um planeamento robusto. Estes dados apontam para possíveis falhas ao nível da comunicação, do envolvimento dos profissionais e da definição de um caminho estruturado para a mudança. No conjunto, os resultados revelam uma avaliação insatisfatória da estratégia e do planeamento da implementação das novas ULS. A maioria dos profissionais destacou a falta de clareza, de organização e de adaptação às necessidades específicas de cada região. A fraca concordância quanto ao papel da DE-SNS reforça a ideia de que a coordenação central da mudança carece de maior eficácia e proximidade com os contextos locais.

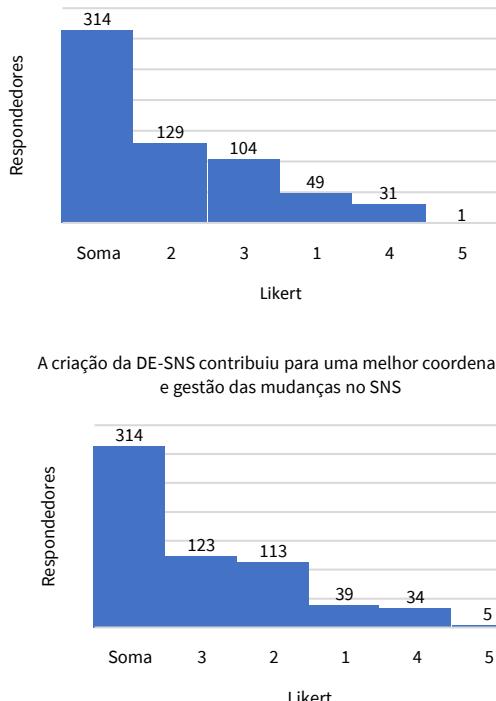
A comparação entre as médias das afirmações “A estratégia teve em consideração as especificidades regionais e locais” (média: 2,31) e “A criação da DE-SNS contribuiu para uma melhor coordenação e gestão das mudanças no SNS” (média: 2,53) mostra que, apesar de algum reconhecimento do papel da Direção Executiva, persiste a percepção de que a estratégia falhou em adaptar-se às particularidades regionais, o que limita o seu impacto positivo no terreno.

**Gráfico 1 – Estatísticas das afirmações da seção 1**

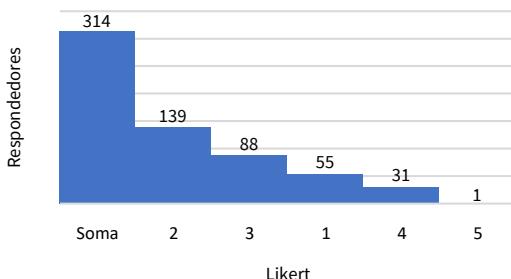
A criação das novas ULS foi acompanhada por uma estratégia de mudança bem definida.



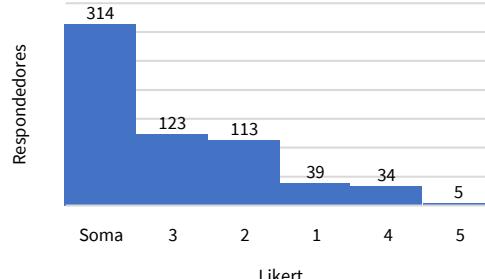
Houve um plano de transição estruturado para a implementação das novas ULS.



A estratégia de mudança teve em consideração as especificidades regionais e locais das ULS.



A criação da DE-SNS contribuiu para uma melhor coordenação e gestão das mudanças no SNS



**Fonte:** Elaboração Própria

A **Secção 2** do questionário centrou-se na **identificação de barreiras e obstáculos** organizacionais enfrentados durante o processo de mudança para o modelo das ULS.

Relativamente à afirmação 5 – “A transição para o modelo de ULS enfrentou resistência por parte dos profissionais de saúde” –, a média das respostas foi de 2,82 numa escala de 1 a 5. Cerca de 21,3% dos participantes concordaram com a afirmação, enquanto 45,2% adotaram uma posição neutra e 33,4% discordaram. A moda foi 3 (neutro), refletindo uma percepção ambígua, mas que aponta para a existência de alguma resistência interna. Este dado sugere que, para parte dos respondentes, a resistência dos profissionais de saúde foi, de facto, um entrave à implementação. Essa resistência poderá estar relacionada com fatores como falta de envolvimento nas decisões ou insuficiência na comunicação organizacional (ver apêndice D, Tabela 1).

Na afirmação 6 – “As infraestruturas e os recursos das ULS estavam preparados para a implementação do novo modelo” –, a média foi bastante baixa (2,34), com 57,6% dos participantes a discordar da afirmação. Apenas 9,2% concordaram e 33,1% mantiveram-se neutros. A moda foi 2 e o desvio padrão, de 0,88, indicando pouca dispersão nas respostas, reforçando a percepção generalizada de que não existiu uma preparação logística adequada. Estes resultados apontam para deficiências

significativas nas infraestruturas e nos recursos disponíveis no momento da transição (ver apêndice D, Tabela 2).

Quanto à afirmação 7 – “*O financiamento e a alocação de recursos foram adequados para suportar a mudança*” –, a média foi de 2,37 e o desvio padrão de 0,89. Mais de 54,5% dos profissionais discordaram, 36,3% mantiveram-se neutros e apenas 9,2% concordaram. As modas foram os valores 2 e 3, ambos com 36,3% das respostas. Estes resultados evidenciam percepções negativas quanto à adequação dos recursos financeiros, apontando para dificuldades económicas que poderão ter condicionado a implementação do novo modelo (ver apêndice D, Tabela 3).

Na afirmação 8 – “*Os processos administrativos e burocráticos representaram um obstáculo à implementação das ULS*” –, a média foi de 2,61, com 19,4% dos participantes a concordar, 31,9% neutros e 48,7% a discordar. A moda foi 2 (com 36,3% das respostas) e o desvio padrão foi de 1,00, indicando maior dispersão nas opiniões. Apesar de os valores não serem tão negativos como em outras afirmações, os resultados sugerem que a burocracia é percecionada como um entrave real por uma parte dos respondentes, embora esta percepção possa variar consoante a região ou unidade (ver apêndice D, Tabela 4).

No geral, os dados desta secção revelam que os profissionais identificam fragilidades significativas no planeamento, financiamento, condições estruturais e nos processos administrativos. Estas barreiras, associadas à percepção de resistência interna, ajudam a explicar os desafios enfrentados na implementação das novas ULS, destacando a necessidade de reforçar o investimento, a comunicação e o envolvimento ativo dos profissionais no processo de mudança.

A afirmação 9 – “*A formação e capacitação dos profissionais foram adequadas para a adaptação ao novo modelo de gestão*” – foi uma das mais criticadas pelos participantes (ver apêndice D, Tabela 5). A percepção dominante aponta para falhas significativas na preparação dos profissionais, com uma média de 2,25, moda de 2 (41,4% das respostas) e um desvio padrão de 0,91. A distribuição das respostas reflete essa tendência: 63% discordaram, 27% posicionaram-se de forma neutra, e apenas 9,9% concordaram com a afirmação.

Estes dados revelam uma crítica clara à ausência de formação adequada e sublinham a necessidade urgente de investimento em capacitação contínua e apoio técnico aos profissionais durante o processo de transição. A falta de preparação é um dos fatores que pode comprometer a eficácia da mudança e gerar resistência no terreno.

No caso da afirmação 10 – “*A colaboração entre unidades hospitalares e cuidados de saúde primários melhorou após a implementação das ULS*” –, a percepção também foi predominantemente negativa (ver apêndice D, Tabela 6). A média obtida foi de 2,36, com 59,9% dos respondentes a

discordar, 27,7% neutros e 12,4% a concordar. A moda foi novamente 2 (com 37,6% das respostas), e o desvio padrão de 0,99 indica alguma dispersão, mas com tendência clara para o desacordo.

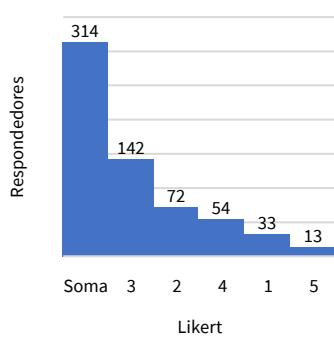
Estes resultados demonstram que a articulação entre os níveis de cuidados – hospitalares e primários – não é percecionada como tendo melhorado, apesar de ser um dos principais objetivos do novo modelo ULS. Esta falha de integração compromete a continuidade dos cuidados e pode afetar a qualidade da resposta assistencial.

De forma geral, as percepções negativas em torno das afirmações “As infraestruturas e os recursos das ULS estavam preparados para a implementação do novo modelo” (média: 2,34) e “O financiamento e a alocação de recursos foram adequados para suportar a mudança” (média: 2,37) reforçam a ideia de que o processo de mudança foi comprometido por limitações logísticas e financeiras. A insuficiência de recursos, tanto materiais como humanos, emerge como um dos principais obstáculos à aceitação e efetividade da implementação das novas ULS.

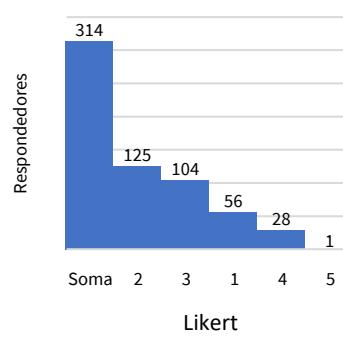
O gráfico 2 mostra a tendência estatísticas desta seção.

**Gráfico 2 – Estatísticas das afirmações da seção 2**

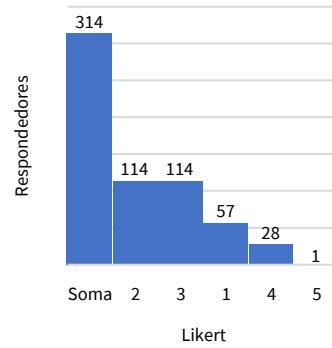
A transição para o modelo de ULS enfrentou resistência por parte dos profissionais de saúde



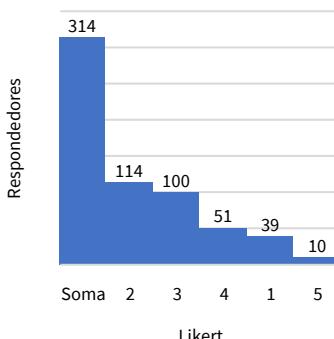
As infraestruturas e os recursos das ULS estavam preparados para a implementação do novo modelo.



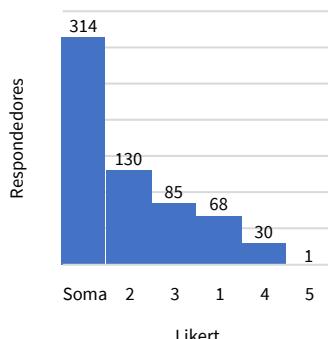
O financiamento e a alocação de recursos foram adequados para suportar a mudança.



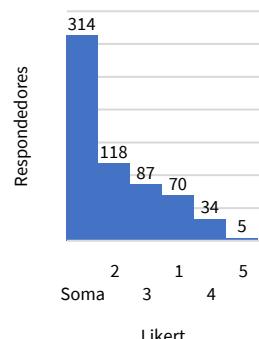
Os processos administrativos e burocráticos representaram um obstáculo à implementação das ULS.



A formação e capacitação dos profissionais foram adequadas para a adaptação ao novo modelo de gestão.



A colaboração entre unidades hospitalares e cuidados de saúde primários melhorou após a implementação das ULS.



**Fonte:** Elaboração Própria

A **secção 3** aborda a **Caracterização da Resposta à Mudança**.

Na afirmação 11 – “Os profissionais de saúde sentiram-se envolvidos no processo de mudança” –, os dados revelam uma percepção marcadamente negativa: 70,7% dos respondentes discordaram total ou parcialmente, e apenas 6,7% concordaram (ver apêndice E, Tabela 1). A média foi 1,93, uma das mais baixas do questionário, com um desvio padrão de 1,00, o que indica relativa dispersão, mas com tendência forte para o desacordo.

Estes resultados sugerem um sentimento generalizado de exclusão dos profissionais no processo de transformação. A falta de envolvimento é frequentemente apontada na literatura como um fator que aumenta a resistência à mudança e compromete a sua sustentabilidade. A baixa média reforça a imagem de uma abordagem verticalizada e pouco participativa na gestão da mudança.

Na afirmação 12 – “A criação das novas ULS trouxe melhorias na acessibilidade e continuidade dos cuidados de saúde” –, a percepção também é pouco favorável. A média foi 2,38, com 57,9% dos participantes a discordarem ou manterem-se neutros e apenas 9,2% a concordarem. O desvio padrão é de 0,88 (ver apêndice E, Tabela 2). Estes dados indicam que, para a maioria dos profissionais, os efeitos positivos da reforma ainda não são visíveis ou sentidos na prática clínica, especialmente no que toca à continuidade e acessibilidade dos cuidados.

A afirmação 13 – “As equipas de gestão das ULS têm demonstrado capacidade para liderar e gerir a mudança” – apresenta uma média de 2,43 (desvio padrão 0,89), com 52,9% a discordarem e apenas 10% a concordarem (ver apêndice E, Tabela 3). A elevada percentagem de respostas neutras (37%) pode refletir incerteza, distanciamento ou falta de clareza sobre o papel efetivo das lideranças. Estes resultados sugerem que a liderança nas ULS não é, até ao momento, percebida como eficaz, e o seu papel na condução da mudança continua pouco reconhecido.

Quanto à afirmação 14 – “O novo modelo organizacional permitiu uma melhor articulação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde” –, a média de 2,38 numa escala de 1 a 5 evidencia novamente uma tendência para a discordância, com 57,3% dos inquiridos a discordarem e apenas 10,5% a concordarem (ver apêndice E, Tabela 4). O desvio padrão é de 0,91, apontando alguma dispersão, mas mantendo-se próximo da média. A falta de articulação entre cuidados primários e hospitalares, um dos principais objetivos da criação das ULS, ainda não é percebida como uma melhoria concreta pelos profissionais.

Na afirmação 15 – “A experiência dos utentes melhorou após a implementação das ULS” –, os dados também revelam uma percepção crítica: média de 2,34, desvio padrão 0,90, com 58,3% em discordância e 32,5% em posição neutra (ver apêndice E, Tabela 5). Isto indica que a maioria dos inquiridos não reconhece melhorias tangíveis na experiência dos utentes. A elevada taxa de neutralidade pode também apontar para desconhecimento dos efeitos diretos da reforma no

quotidiano dos utentes, especialmente por parte dos profissionais menos envolvidos na gestão ou avaliação de resultados.

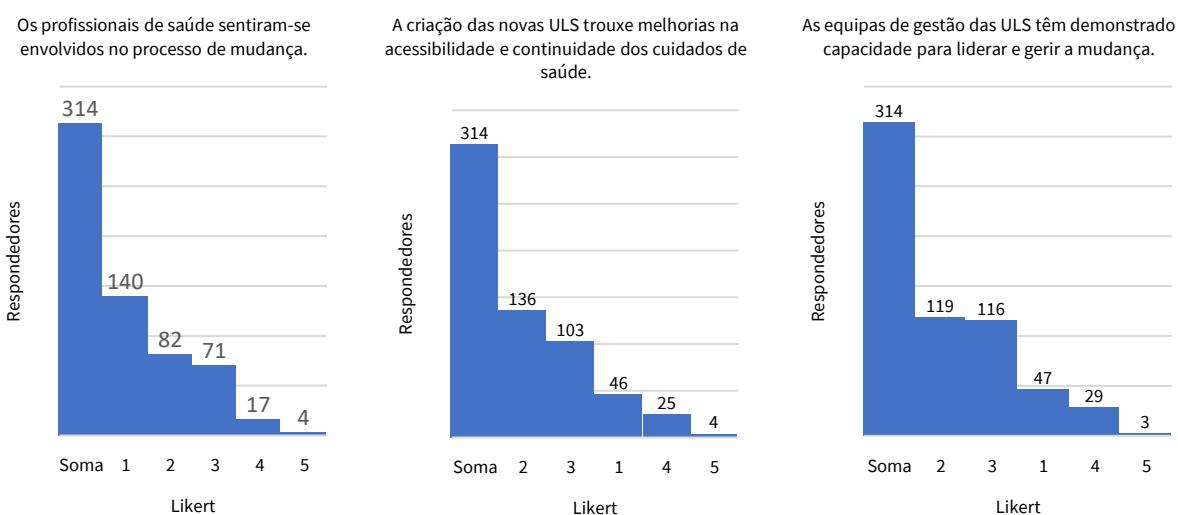
Já na afirmação 16 – “O novo modelo organizacional contribuiu para a redução de tempos de espera e maior eficiência dos serviços” –, a média foi ainda mais baixa (2,24), com um desvio padrão de 0,92. 62,7% dos respondentes discordaram, e apenas 8,9% concordaram (ver apêndice E, Tabela 6). A falta de reconhecimento de melhorias na eficiência operacional e na gestão de tempos de espera compromete a aceitação da reforma e pode refletir limitações na implementação, escassez de recursos ou falhas na comunicação de eventuais ganhos.

Por fim, a afirmação 17 – “O envolvimento das administrações das ULS foi fundamental para a implementação bem-sucedida das mudanças” – reforça o diagnóstico de liderança institucional fragilizada: média de 2,32, desvio padrão 0,98, com 57,9% a discordarem e menos de 11% a concordarem (ver apêndice E, Tabela 7).

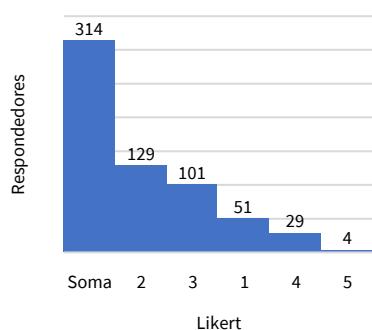
A maioria dos profissionais não reconhece nas administrações das ULS um papel ativo ou eficaz na condução do processo de mudança, o que levanta preocupações quanto à capacidade estratégica e de mobilização das lideranças locais.

Olhando para o gráfico 3, que espelha as médias estatísticas da seção 3, percebe-se que todas as afirmações têm médias abaixo de 2,5.

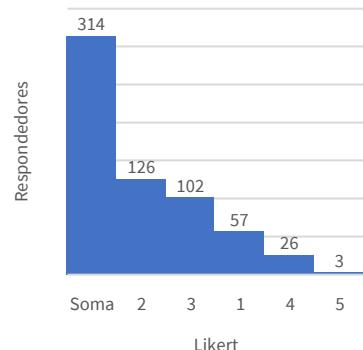
**Gráfico 3 – Estatísticas das afirmações da seção 3**



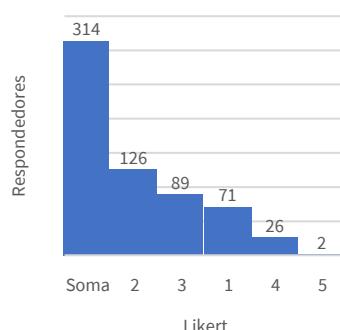
O novo modelo organizacional permitiu uma melhor articulação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde



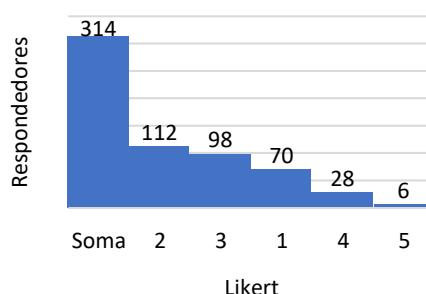
A experiência dos utentes melhorou após a implementação das ULS



O novo modelo organizacional contribuiu para a redução de tempos de espera e maior eficiência dos serviços



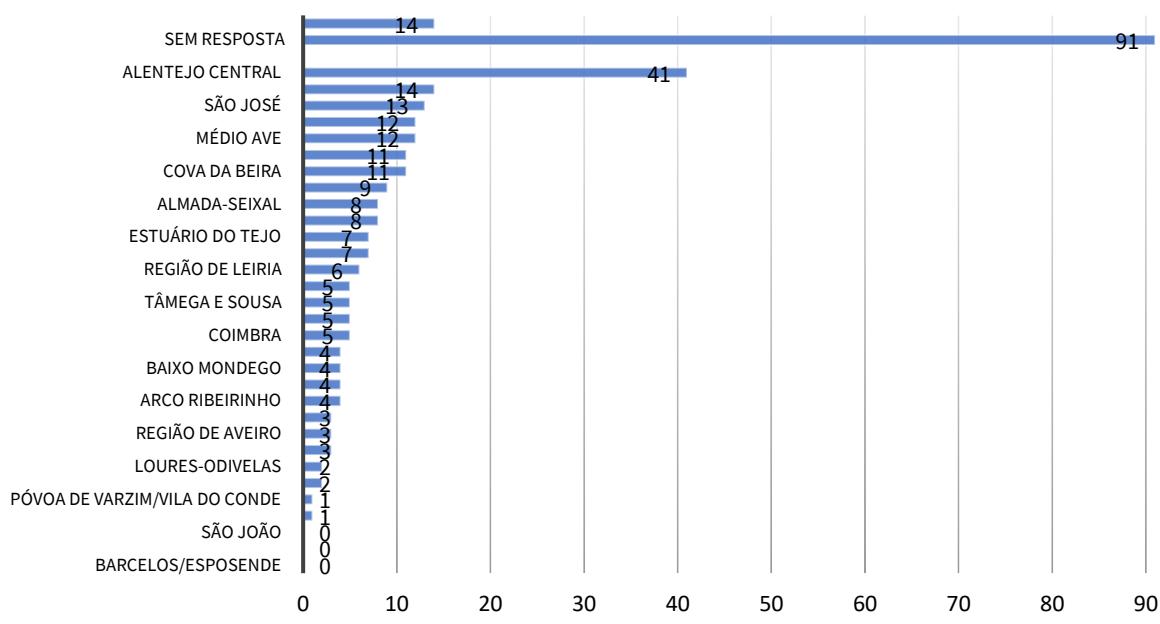
O envolvimento das administrações das ULS foi fundamental para a implementação bem-sucedida das mudanças.



**Fonte:** Elaboração Própria

Todas as afirmações obtiveram médias abaixo de 3, das 3 seções avaliadas. Esse valor é visivelmente impactante no gráfico 4 que a seguir se apresenta.

**Gráfico 4 – Estatísticas de todas as afirmações**

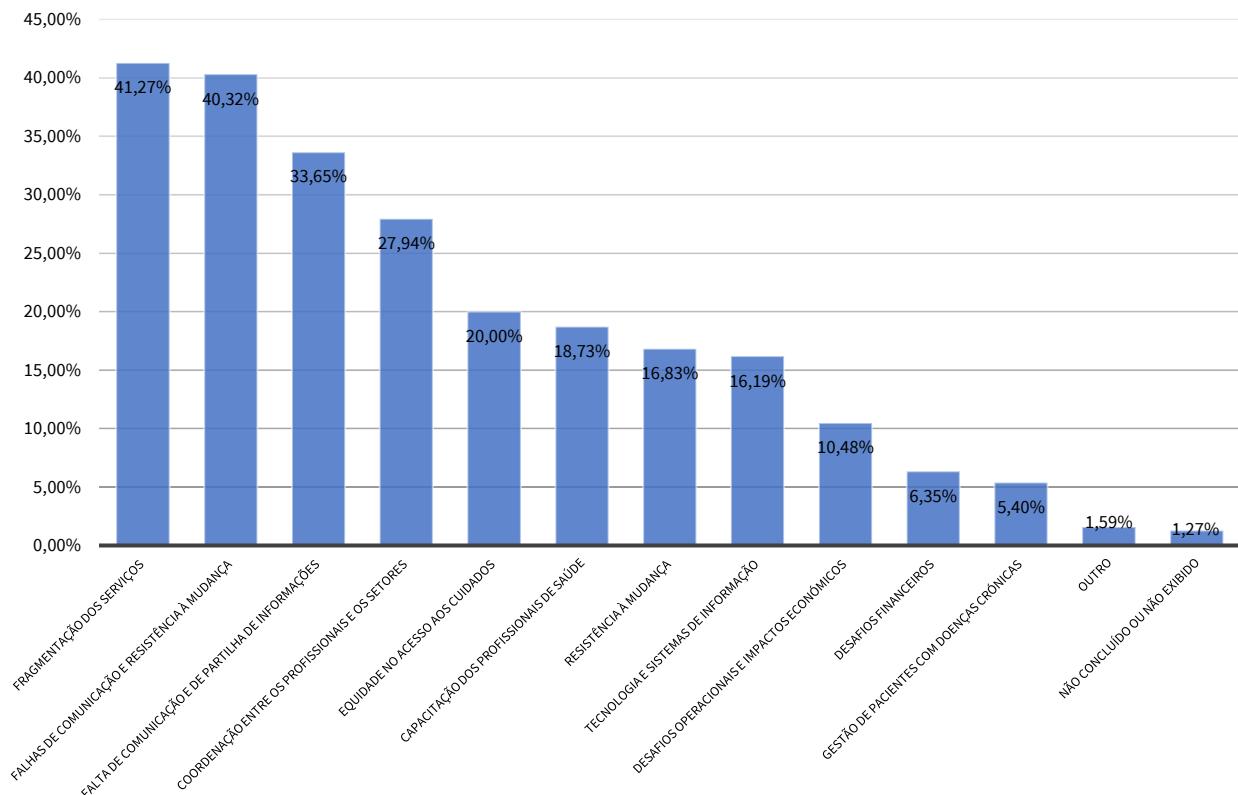


**Fonte:** Elaboração Própria

A **secção 4** do questionário corresponde às considerações finais, entrando-se na avaliação qualitativa da transição para o modelo de Unidades Locais de Saúde (ULS).

Na análise das respostas à pergunta aberta “*Na sua opinião, quais foram os maiores desafios da transição para o modelo de ULS?*”, observa-se uma percepção globalmente crítica por parte dos profissionais de saúde, como mostra o gráfico 5.

**Gráfico 5 – Maiores desafios identificados**



**Fonte:** Elaboração Própria

Os comentários revelam diversos obstáculos que, segundo os respondentes, comprometeram a eficácia e a implementação bem-sucedida da reforma do SNS (ver apêndice F, tabela 1).

Entre os desafios mais frequentemente mencionados, destacam-se:

- A fragmentação dos serviços (41,3%) e as falhas de comunicação (40,3%), muitas vezes associadas à resistência à mudança, apontam para um contexto organizacional ainda marcado por desarticulação e falta de coesão interna.
- A ausência de partilha de informação (33,6%) e a falta de coordenação entre profissionais e setores (27,9%) reforçam a percepção de uma articulação frágil entre os diferentes níveis de cuidados e entre instituições.

- A falta de capacitação adequada dos profissionais (18,7%) e as limitações tecnológicas e nos sistemas de informação (16,2%) foram igualmente salientadas, sinalizando dificuldades operacionais na adaptação ao novo modelo.
- A própria resistência à mudança foi referida por 16,8% dos participantes, evidenciando barreiras de natureza cultural e organizacional.

Além destes aspectos, muitos profissionais identificaram ainda problemas como burocracia excessiva, gestão ineficaz de recursos humanos, falta de preparação em áreas específicas dos serviços e perda de autonomia nos cuidados de saúde primários.

Conjuntamente, estes dados sugerem que a transição para as ULS foi percecionada, por uma parte significativa dos profissionais, como um processo mal preparado, pouco participativo e insuficientemente suportado por estratégias estruturais e comunicacionais robustas (ver apêndice F, Tabela 1).

De forma geral, os dados revelam uma avaliação tendencialmente negativa ou neutra relativamente à estratégia de mudança, destacando barreiras estruturais, organizacionais e humanas que comprometem a consolidação das ULS como um modelo integrado de prestação de cuidados de saúde.

As dificuldades de comunicação, coordenação e liderança, aliadas à falta de envolvimento e capacitação dos profissionais, surgem como fatores críticos a serem considerados em futuras estratégias de implementação e melhoria contínua no Serviço Nacional de Saúde.

Olhando para a questão - “**Que sugestões tem para melhorar a implementação e o funcionamento das novas ULS?**” - as 314 respostas dadas foram analisadas com recurso à AI (ChatGPT) e identificam-se vários temas (ver apêndice F, tabela 2; ver apêndice L):

- Autonomia e Gestão – Maior autonomia das ULS e USF, gestão descentralizada e participativa.
- Participação e Comunicação – Envolvimento ativo dos profissionais na mudança, escuta e comunicação clara e bidirecional.
- Integração de Cuidados – Coordenação efetiva entre cuidados primários, hospitalares e continuados.
- Sistemas de Informação – Unificação e modernização dos sistemas informáticos, interoperabilidade.
- Planeamento Estratégico – Necessidade de planos claros, definidos e ajustados à realidade de cada ULS.
- Valorização dos CSP – Reforço da atenção primária com foco na prevenção.
- Recursos Humanos – Problemas com mobilidade, escassez e formação de profissionais.
- Financiamento e Contratualização – Modelo de financiamento por resultados e metas claras.

- Cultura Organizacional – Mudança de mentalidade e valorização da ética e empatia.
- Inovação e Melhoria Contínua – Incentivo a projetos-piloto, tecnologias e novas metodologias de gestão.

A última parte do questionário é a caracterização da população. “Qual a sua função na ULS?”, “A sua formação de base é da área das ciências da saúde?” e “Indique, se assim o entendera, a sua ULS”.

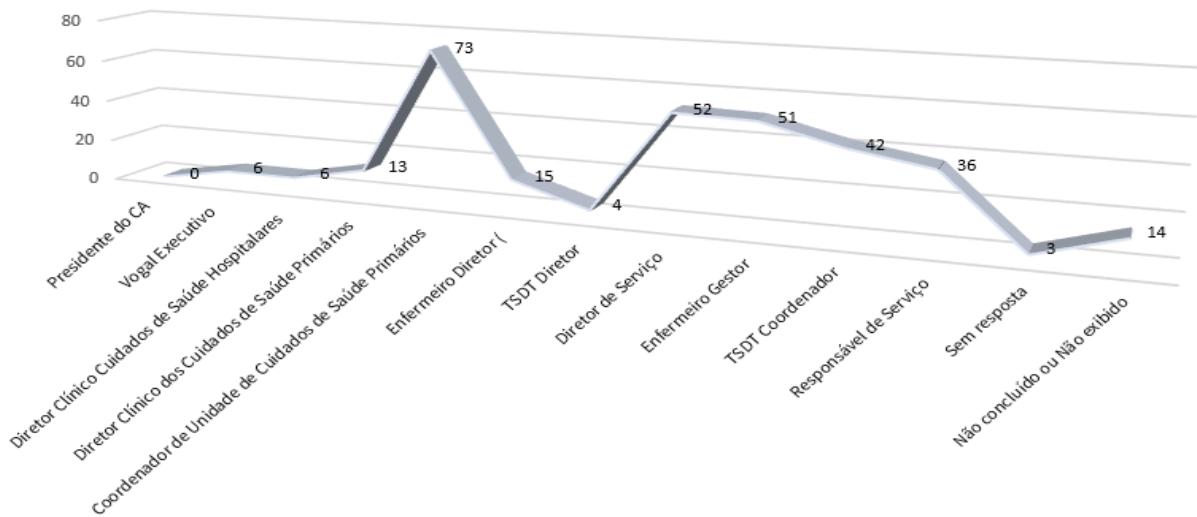
Quanto á questão -“**Qual a sua função na ULS?**”, as hipóteses de resposta eram, Presidente do CA, Vogal do CA, Diretor Clínico, Enfermeiro Diretor, Técnico Diretor, Diretor de Serviço, Enfermeiro Gestor e TSDT Coordenador, cuja percentagem está representada no gráfico 6.

A função mais representada foi a de Coordenador de Unidade de Cuidados de Saúde Primários (23,17%), seguida de Diretor de Serviço (16,51%) e Enfermeiro Gestor (16,19%). Estes três grupos perfazem mais de 55% da amostra.

Outros cargos relevantes incluíram TSDT Coordenador (13,33%), Responsável de Serviço (11,43%) e Diretor Clínico dos Cuidados de Saúde Primários (4,13%). Registou-se uma baixa representação de funções de topo, como Presidente do Conselho de Administração (0,00%) e Vogal Executivo (1,90%) (ver apêndice F, tabela 3).

Este dado pode indicar alguma limitação na representação estratégica ao nível da administração das ULS na amostra recolhida.

**Gráfico 6 - Função dos Respondentes na ULS**

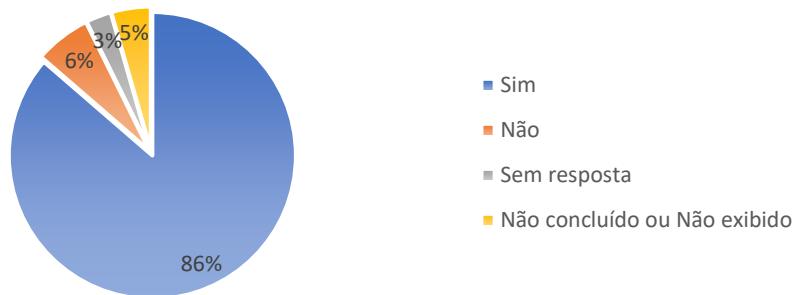


**Fonte:** Elaboração Própria

À questão -“A sua formação de base é da área das ciências da saúde?” – representada no gráfico 7, a larga maioria dos participantes (272 respondedores, 86,35%) declarou ter formação na área das ciências da saúde. Apenas 6,35% (20 respondedores) indicaram não ter formação de base nesta área,

o que pode refletir perfis ligados a área da gestão ou administração, também relevantes para o funcionamento das ULS. Um total de 23 respostas (7,3%) ficaram em branco (ver apêndice F, tabela 4)

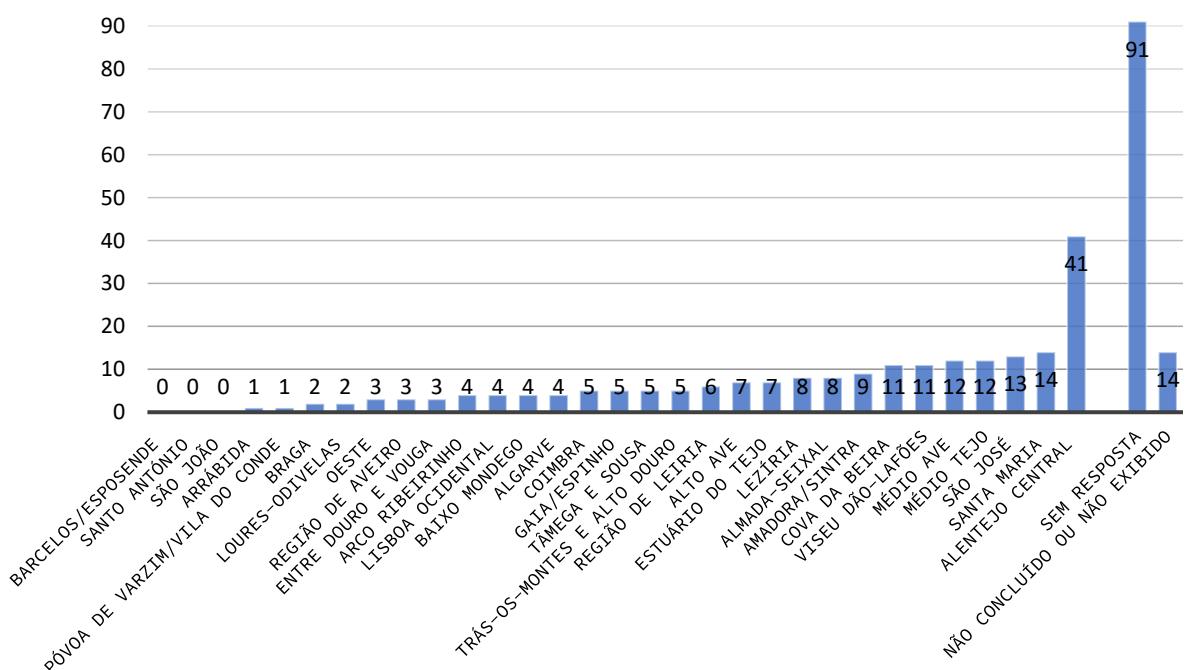
**Gráfico 7 - Formação de base é da área das ciências da saúde?**



**Fonte:** Elaboração Própria

Relativamente à questão, -“Indique, se assim o entender, a sua ULS”,- os dados apresentados oferecem uma visão detalhada da distribuição de respostas provenientes de diversas Unidades Locais de Saúde. No total, foram contabilizadas 314 respostas, das quais 91 (28,89%) corresponderam a omissão de resposta, enquanto 14 (4,44%) foram registrados como não concluídos ou não exibidos. O gráfico 8 representa essas percentagens.

**Gráfico 8 – ULS a que pertence o respondente**



**Fonte:** Elaboração Própria

A Unidade Local de Saúde do Alentejo Central destacou-se como a mais representativa, obtendo 41 respostas, o que equivale a 13,02% do total. Em contraste, a ULS do Algarve apenas gerou 4 respostas, correspondendo a 1,27%. Outras ULS com participação reduzida foram encontradas, como Almada-Seixal com 8 respostas (2,54%), e a Amadora/Sintra com 9 respostas (2,86%). No entanto, algumas ULS tiveram resultados ainda mais baixos, como Barcelos/Esposende, Santo António e São João, todas com 0 respostas. Olhando para o número de respostas temos a ULS Cova da Beira e Viseu Dão-Lafões, ambas com 11 respostas (3,49%), seguidas por Lezíria e Santa Maria, que contaram com 8 (2,54%) e 14 (4,44%) respostas, respetivamente. (ver apêndice F, tabela 5).

#### **4.2.1 Análise Inferencial - Diretores Clínicos de Cuidados Primários vs. Diretores Clínicos de Hospitalares**

A comparação entre Diretores Clínicos de Cuidados Primários e Hospitalares teve como objetivo explorar possíveis diferenças na percepção de satisfação e barreiras organizacionais entre os dois contextos institucionais com funções de gestão equiparadas. A análise estatística foi conduzida através do teste t de Student para amostras independentes, após verificação da normalidade das distribuições por meio dos testes de curtose e assimetria.

Os resultados revelaram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos nas várias dimensões avaliadas — nomeadamente, na satisfação geral, nas subescalas S1, S2 e S3, e na percepção de barreiras ( $p > 0,05$  em todos os casos). Esta homogeneidade pode estar associada uma percepção homogeneia quanto à aplicação das políticas, conforme sugerido por estudos prévios sobre liderança em saúde (Mintzberg, 1997; Ham et al., 2011).

Assim conclui-se que não existe diferenças na percepção de Satisfação geral entre os Diretores Clínicos de Cuidados Primários e os Diretores Clínicos de Hospitalares, não existe também diferença nas seções S1, S2 e S3. Também não existe diferenças na percepção das barreiras. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma dimensão. Esta homogeneidade pode refletir uma gestão coerente e aplicação transversal de políticas no SNS, sustentada por valores profissionais comuns (ver apêndice G, tabela 1 e 2).

#### **4.2.2 Análise Inferencial - Enfermeiro Diretor vs. TSDT Diretor**

A análise entre Enfermeiros Diretores e Diretores TSDT procurou compreender se as percepções de liderança, satisfação e obstáculos institucionais diferem entre estes dois grupos equiparados. Utilizando igualmente o teste t de Student para amostras independentes, foram analisadas as mesmas variáveis.

Os resultados não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em nenhuma das dimensões estudadas. A satisfação geral e as subescalas (S1, S2, S3), bem como a escala de barreiras, apresentaram valores semelhantes ( $p > 0,05$ ), (ver apêndice H, tabela 1 e 2). Esta constatação vai ao encontro da literatura que defende a profissionalização transversal das funções de liderança, onde competências de gestão, comunicação e tomada de decisão se sobrepõem ao domínio técnico específico (Goleman, 2000; Yukl, 2013).

#### **4.2.3 Análise Inferencial - Diretores de Serviço Vs. Enfermeiro Gestor**

De modo idêntico às comparações anteriores entre outros dois profissionais com funções de gestão equiparadas, analisou-se a percepção de satisfação e barreiras entre Diretores de Serviço e os Enfermeiros Gestores. Também aqui não se registaram diferenças estatisticamente significativas nas variáveis consideradas.

Estes dados apontam para uma percepção partilhada das condições organizacionais e da satisfação no desempenho das funções, independentemente da posição hierárquica no seio da estrutura de enfermagem ou da administração do serviço (ver apêndice I, tabela 1 e 2). Esta convergência de opiniões poderá ser interpretada como um sinal de alinhamento estratégico entre os níveis intermédio e superior de gestão, condição essencial para o funcionamento eficaz de estruturas de saúde complexas (Shortell & Kaluzny, 2006). condições organizacionais.

#### **4.2.4 Análise Inferencial - Formação em Saúde vs. Formação Não-Saúde**

Esta análise teve como propósito perceber se a formação académica na área da saúde influencia os níveis de satisfação e a percepção de barreiras no desempenho de funções de direção. Para tal, a amostra foi segmentada entre profissionais com formação em saúde e aqueles sem essa formação (incluindo respostas “N/A” e “Não”).

Verificou-se uma disparidade expressiva no número de respondentes entre os dois grupos, sendo claramente superior o número de profissionais com formação na área da saúde. Este desequilíbrio foi tido em consideração na interpretação dos resultados, pois pode condicionar a representatividade das conclusões, sobretudo no que respeita às percepções dos profissionais sem formação em saúde.

Apesar disso, os dados revelaram uma diferença estatisticamente significativa na satisfação global, com os profissionais com formação em saúde a apresentarem níveis médios de satisfação mais elevados (37,9 vs. 34,6;  $p = 0,05$ ). Por outro lado, na seção S1 e S2, não se observaram diferenças significativas entre os dois grupos. Curiosamente, na seção S3, os profissionais com formação em saúde revelaram-se menos satisfeitos do que os restantes (15,8 vs. 17,6;  $p = 0,042$ ), o que pode, à primeira vista, parecer contraditório. No entanto, esta tendência poderá refletir uma maior exigência

e consciência crítica por parte destes profissionais, que, pela sua experiência prática e conhecimento aprofundado dos processos clínicos e organizacionais, tendem a ser mais sensíveis a determinados aspetos estruturais ou de gestão (ver Apêndice J, Tabelas 1 e 2). Estes achados reforçam a literatura existente, que aponta para a influência da formação académica e da socialização profissional na forma como os indivíduos percecionam a qualidade do seu desempenho e o grau de satisfação no trabalho (Benner, 2001; Schön, 1983).

#### **4.2.5 Comparação entre Regiões**

Foi ainda realizada uma análise comparativa entre diferentes regiões geográficas, recorrendo à análise de variância (ANOVA) de uma via, para testar a hipótese de diferenças regionais nas percepções de satisfação e barreiras.

Os resultados indicam ausência de diferenças estatisticamente significativas entre regiões em todas as dimensões analisadas. Esta uniformidade regional pode ser interpretada como reflexo da aplicação transversal das diretrizes institucionais, garantindo uma experiência profissional relativamente homogénea em diferentes zonas do país (ver apêndice K, tabela 1 e 2).

Estudos anteriores apontam que sistemas de saúde centralizados tendem a reduzir a variabilidade regional na percepção de qualidade e nos níveis de satisfação (Saltman et al., 2007). Esta uniformidade pode refletir o impacto de políticas centralizadas no SNS que reduzem variações regionais na gestão e percepção do modelo ULS. Analisou-se separadamente as ULS da zona de Lisboa com a ULS do Alentejo Central de forma a aferir se esta separação apresentava diferenças, o que não se verificou.

### **4.3 Discussão de Resultados**

A discussão dos resultados visa interpretar criticamente os dados obtidos no questionário realizado, sobre a percepção da implementação das novas Unidades Locais de Saúde. Esta análise permite compreender os principais constrangimentos vivenciados e identificar as fragilidades estruturais e processuais que têm condicionado o sucesso da reforma em curso no SNS. Os resultados apontam para um cenário de percepção crítica, particularmente nas dimensões de envolvimento dos profissionais, do planeamento estratégico e da preparação das infraestruturas. Apesar disso, a ausência de diferenças marcantes entre grupos e regiões sugere um nível elevado de uniformidade organizacional no SNS. Os resultados demonstram uma percepção generalizada de ausência de estratégia de mudança clara, articulada e adaptada aos contextos locais. A maioria dos profissionais não reconheceu a existência de um plano de transição estruturado. Esta percepção é coerente com os

desafios frequentemente apontados na literatura sobre reformas organizacionais em sistemas de saúde públicos, nomeadamente a tendência para processos de mudança centralizados, tecnocráticos e com fraca participação dos atores locais (Ferlie & Shortell, 2001; Mintzberg, 2015).

A falta de uma abordagem participativa compromete a legitimidade da reforma e reduz a adesão dos profissionais, considerados atores chave na transformação organizacional (Kotter, 1996). A fraca avaliação da atuação da Direção Executiva do SNS enquanto coordenadora do processo reforça a ideia de um défice de liderança estratégica e de comunicação institucional.

A transição para o modelo ULS foi percecionada como problemática a vários níveis, desde a insuficiência de recursos físicos e humanos até à falta de formação adequada. Estes dados refletem uma preparação insuficiente da mudança, o que pode ter gerado resistências e desmotivação entre os profissionais de saúde.

As falhas na formação identificadas pelos participantes são especialmente críticas, dado que o sucesso de qualquer mudança estrutural depende da capacitação das equipas e da criação de competências para operar em novos modelos de gestão integrada (Heifetz & Laurie, 1997). Além disso, a ausência de mecanismos de colaboração eficaz entre os diferentes níveis de cuidados evidencia uma desconexão entre o discurso da integração e a prática operacional, comprometendo um dos principais objetivos. A percepção de exclusão dos profissionais de saúde no processo de mudança revela um dos principais fatores de risco para o fracasso da implementação. A maioria dos inquiridos não sentiu a existência do envolvimento dos profissionais de saúde, o que aponta para um modelo de governação verticalizado e centrado na decisão administrativa. Esta realidade contraria os princípios da gestão da mudança sustentada, que defende o envolvimento ativo dos stakeholders em todas as fases do processo (Hiatt, 2006; Schein, 2010). A análise dos resultados aponta para uma resposta organizacional frágil e descoordenada perante a implementação das ULS. Os respondentes refletem dificuldades na articulação entre os níveis de cuidados, ausência de melhorias significativas na acessibilidade, aspetos que contrariam as premissas da reforma. A percepção de uma liderança pouco presente e ineficaz reforça este cenário de descontinuidade e baixa capacidade de adaptação organizacional. As principais barreiras identificadas foram a fragmentação dos serviços, as falhas de comunicação, a insuficiente capacitação e coordenação, são consistentes com os desafios enfrentados por outros países que adotaram modelos integrados de cuidados de saúde. No entanto, a presença de sugestões concretas por parte dos participantes no estudo, como a necessidade de reforçar a liderança, de melhorar a comunicação interna e de assegurar formação contínua, evidencia um potencial mobilizador significativo que pode e deve ser aproveitado.

A valorização da escuta ativa, da liderança partilhada e da contextualização das políticas públicas à realidade local são aspetos fundamentais para reverter o ciclo de descrédito e garantir a

sustentabilidade do modelo ULS, conforme refletem as respostas dadas na questão “Que sugestões tem para melhorar a implementação e o funcionamento das novas ULS?”

Como defendem vários autores, a reforma institucional deve ser acompanhada por um processo de mudança cultural que promova a confiança, a colaboração e a responsabilização dos profissionais (West et al., 2014). A ausência de decisores de topo entre os participantes limita a análise do ponto de vista estratégico e político. O contributo das lideranças intermédias é essencial, pois são estas que asseguram a implementação concreta das decisões e gerem diretamente as equipas nos contextos reais de prestação de cuidados.

A comparação de grupos de profissionais através do Teste T-Student mostra que não existem diferenças significativas entre os respondentes, nas diferentes secções do questionário. Existe apenas diferença significativa nas respostas dos profissionais com e sem formação em saúde como mostra a tabela 13.

**Tabela 13 -** Comparação de Grupos

Comparação	Satisfação Geral	Secção 1	Secção 2	Secção 3	Teste Estatístico	Significância
<b>Diretores Clínicos Primários vs. Hospitalar</b>	Sem diferenças	Sem diferenças	Sem diferenças	Sem diferenças	t de Student	ns
<b>Enfermeiro Diretor vs. TSDT Diretor</b>	Sem diferenças	Sem diferenças	Sem diferenças	Sem diferenças	t de Student	ns
<b>Enfermeiro Gestor vs. Direção Serviço</b>	Sem diferenças	Sem diferenças	Sem diferenças	Sem diferenças	t de Student	ns
<b>Formação Saúde vs. Não-Saúde</b>	<b>Saúde &gt; Não (p = 0,05)</b>	Sem diferenças	Sem diferenças	<b>Saúde &lt; Não (p = 0,042)</b>	t de Student	<b>Significativo</b>
<b>Regiões</b>	Sem diferenças	—	—	—	ANOVA (One-Way)	ns

**Fonte:** Elaboração Própria

A origem do diretor clínico (cuidados primários ou hospitalares) não influencia a sua satisfação global por secções. Não existem diferenças na satisfação entre o Enfermeiro Diretor e o TSDT Diretor.

Na análise percebe-se que não existem diferenças na satisfação entre o Enfermeiro Gestor e o Diretor de Serviço.

No quarto parâmetro analisado o resultado é misto, ou seja, em geral quem apresenta formação em saúde apresenta maior satisfação ( $p = 0,05$ ) em termos gerais. No entanto na Secção 3 o nível de satisfação é mais elevado nos que não têm formação em saúde ( $p = 0,042$ ). Nas Secções 1 e 2 não existem diferenças.

Assim podemos dizer que a formação de base influencia a percepção de satisfação de forma significativa, mas os efeitos variam consoante a secção avaliada, isso pode indicar que quem tem

formação em saúde tem uma visão mais positiva geral, mas menos favorável em aspectos específicos da Secção 3 que caracteriza a resposta à mudança.

Quanto à comparação de regiões utilizou-se o teste estatístico ANOVA (One-Way) que não revelou nenhuma diferença significativa, ou seja, a localização geográfica não interfere na avaliação de satisfação.

## CAPÍTULO V – CONCLUSÕES

A gestão em saúde enfrenta complexidades crescentes que exigem liderança consciente, colaborativa e próxima do terreno, substituindo modelos tradicionais centralizados por abordagens horizontais e pós-heroicas. A liderança assume um papel decisivo na transformação do SNS, mobilizando e capacitando equipas para enfrentar mudanças complexas com visão, escuta e compromisso.

A criação, em 2024, de 31 Unidades Locais de Saúde representa uma mudança de paradigma, pretendendo integrar cuidados e promover uma maior proximidade entre estruturas e cidadãos. Este estudo destacou a importância de compreender não apenas a estratégia, mas também os obstáculos, fatores facilitadores e percepções dos profissionais, evidenciando que a sustentabilidade da reforma depende da participação e experiência de quem diariamente dá vida ao SNS.

### 5.1 Conclusões Gerais

Este estudo visou aprofundar, com base em evidência empírica, a compreensão da mudança organizacional no SNS, promovendo conhecimento orientado para a melhoria contínua dos cuidados. A criação das novas Unidades Locais de Saúde em 2024, apesar do elevado potencial reformista, revelou fragilidades estruturais, lacunas de comunicação e falta de alinhamento estratégico, particularmente evidenciadas por profissionais clínicos e de liderança.

A implementação mostrou-se homogénea entre regiões, cargos e formações, mas não necessariamente eficaz, com níveis de satisfação baixos em todas as dimensões. Destacam-se a ausência de um plano de transição claro, a limitada adaptação às realidades locais e uma liderança percebida como distante, pouco participativa e desarticulada.

Problemas operacionais adicionais incluíram infraestruturas inadequadas, escassez de recursos, formação insuficiente e articulação deficiente entre níveis de cuidados. O baixo envolvimento das lideranças intermédias gerou resistência, desmotivação e desapontamento, comprometendo desde o início a eficácia da reforma.

De forma consistente, os profissionais de saúde com funções de gestão não reconheceram melhorias significativas decorrentes da criação das ULS. As médias das suas respostas situaram-se entre 2 e 2,5 numa escala de 1 a 5, refletindo uma clara discordância em relação aos benefícios esperados.

Apesar das fragilidades identificadas, destaca-se a atitude construtiva dos profissionais, que apresentaram sugestões claras e viáveis, incluindo a valorização dos cuidados de saúde primários, o

reforço da interoperabilidade dos sistemas de informação, lideranças mais próximas e capacitadas, e a inclusão efetiva dos profissionais nas decisões estratégicas.

A criação das ULS é estruturalmente promissora, mas a sua implementação foi percebida como centralizadora, descoordenada e pouco participativa, colocando em risco a concretização dos objetivos da reforma. Ainda assim, o corpo profissional atento, crítico e empenhado constitui um recurso estratégico fundamental para a melhoria contínua do SNS.

## **5.2 Limitações do Estudo**

A escassa participação de dirigentes de topo — nomeadamente Presidentes dos Conselhos de Administração — representa uma limitação relevante deste estudo, ao restringir o acesso a uma compreensão mais profunda e estruturada da visão estratégica institucional sobre a reforma em curso. A ausência destas vozes retira amplitude à análise, precisamente num momento em que o alinhamento entre liderança e base operacional é crucial para o sucesso da mudança. Acresce ainda que não é possível assegurar que todos os profissionais elegíveis tenham tido oportunidade efetiva de participar no inquérito, uma vez que se registou ausência total de respostas em três das Unidades Locais de Saúde incluídas no estudo. Este facto poderá refletir obstáculos no processo de disseminação do questionário ou, de forma mais preocupante, indícios de desconexão institucional ou desmotivação dos profissionais envolvidos.

Estes constrangimentos reforçam a urgência de criar mecanismos mais eficazes de escuta ativa e envolvimento estratégico, especialmente junto dos níveis de decisão, para que futuras iniciativas possam beneficiar de uma participação mais ampla, representativa e transformadora.

## **5.3 Sugestões e Implicações Práticas**

Com base nas evidências recolhidas, o estudo identifica um conjunto de recomendações estratégicas essenciais à sustentabilidade da reforma das ULS. Estas orientações, alicerçadas nas percepções dos profissionais e na literatura científica sobre gestão da mudança, sublinham a necessidade de uma liderança participativa e transparente, assente em espaços regulares de escuta ativa, especialmente dirigidos às lideranças intermédias.

Destaca-se a ausência de um plano de transição robusto, recomendando-se a definição de cronogramas realistas, metas claras e indicadores mensuráveis. Paralelamente, urge implementar um programa nacional de formação contínua, com foco em gestão em saúde, liderança colaborativa, literacia digital e trabalho em equipa, enquanto motor de transformação organizacional. A articulação entre cuidados primários, hospitalares e continuados deve ser operacionalizada através

de protocolos claros, partilha segura de informação clínica e interoperabilidade dos sistemas informáticos. A reforma só será sólida se assentar na valorização dos Cuidados de Saúde Primários, dotando-os de autonomia, contratualização baseada em resultados e maior proximidade às comunidades.

Para além das mudanças estruturais, impõe-se uma mudança cultural, orientada para a comunicação aberta, a colaboração interdisciplinar e a confiança nas lideranças. Finalmente, recomenda-se a criação de mecanismos de monitorização e avaliação contínua, assegurando transparência e os ajustes necessários. Estas propostas não pretendem apenas suprir fragilidades, mas antes promover um modelo de gestão em saúde resiliente, inclusivo e centrado nas pessoas, capaz de transformar a reforma das ULS num verdadeiro marco histórico para o SNS.

#### **5.4 Estudos Futuros**

Para compreender, monitorizar e aprimorar a transformação em curso no Serviço Nacional de Saúde, é fundamental adotar uma abordagem investigativa contínua, profunda e integrada, capaz de sustentar decisões informadas e promover a melhoria contínua. Recomenda-se a realização de estudos longitudinais, que permitam acompanhar a evolução da prontidão organizacional e o impacto estrutural das reformas ao longo do tempo.

A comparação entre diferentes modelos organizacionais, nacionais e internacionais, possibilita a identificação de boas práticas e a adaptação estratégica fundamentada. É igualmente crucial o aprofundamento qualitativo das percepções dos profissionais, através de entrevistas ou grupos focais, para captar emoções, significados e experiências que os dados quantitativos não revelam.

Por fim, a inclusão de indicadores de desempenho clínico e económico permite avaliar de forma robusta se as reformas resultam em melhores cuidados, maior acesso e utilização eficiente dos recursos públicos. Investigar com rigor constitui, assim, um ato de responsabilidade institucional, criando bases para lideranças mais preparadas e um SNS mais eficaz, justo e sustentável.

## BIBLIOGRAFIA:

- Almada, L., & Policarpo, R. V. S. (2016). A relação entre o estilo de liderança e a resistência à mudança dos indivíduos em um processo de fusão. *REGE – Revista de Gestão*, 23(1), 10–19. <https://doi.org/10.1016/j.rege.2015.11.002>
- Andersson, T., Ekman, I., & Jonsson, H. (2018). Autonomy of health professionals and organizational change: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 18(1), Article 254. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3052-6>
- Araújo, L. C. G. (1982). *Mudança organizacional na administração pública federal brasileira* (Tese de doutoramento). Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getulio Vargas.
- Azevedo, M. F. T. de. (2023). *A resistência à mudança nos processos de mudança organizacional: A influência da liderança partilhada, do suporte organizacional percebido e da comunicação da mudança* (Dissertação de mestrado). ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10071/30925>
- Azevedo, P. F. (1996). Integração vertical e outros arranjos. In *Anais do Encontro Nacional de Economia* (pp. 1327–1344).
- Bak, D., & Bak, S. (2024). Change management in healthcare: A scoping literature review. *E-mentor*, 2(104), 23–33. <https://doi.org/10.15219/em104.1652>
- Baganha, M. I., Ribeiro, J. S., & Pires, S. (2002). *O sector da saúde em Portugal: Funcionamento e caracterização socioprofissional*. Oficina do CES.
- Barbosa, R. G., & Pereira, T. N. F. (2023a). Organizational change: A systematic literature review. *Revista Ibero-Americana de Estratégia*, 22(1), e24224. <https://doi.org/10.5585/2023.24224>
- Barbosa, R. G., & Pereira, T. N. F. (2023b). A mudança organizacional: Uma revisão sistemática da literatura. *Iberoamerican Journal of Strategic Management*, 22(1), e24224. <https://doi.org/10.5585/2023.24224>
- Barros, P. M. A. (2012). *Determinantes da integração vertical: Uma análise de empresas portuguesas* (Tese de doutoramento). Universidade do Minho.
- Barros, P. P. (2013). *Economia da saúde* (3.ª ed.). Almedina.
- Barros, P. P., & Gomes, J.-P. (2002). *Os sistemas nacionais de saúde da União Europeia: Principais modelos de gestão hospitalar e eficiência no sistema hospitalar português*. GANEC – Gabinete de Análise Económica.
- Beer, M., & Nohria, N. (2000). Cracking the code of change. *Harvard Business Review*, 78(3), 133–141.
- Benner, P. (2001). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Prentice Hall.

- Bentes, M., Dias, C. M., Sakellarides, C., & Bankauskaite, V. (2004). *Health care systems in transition: Portugal*. WHO Regional Office for Europe / European Observatory on Health Systems and Policies.
- Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*, 288(14), 1775–1779. <https://doi.org/10.1001/jama.288.14.1775>
- Bohmer, R. (2016). Leadership and the implementation of change in health organizations. *Health Affairs*, 35(5), 937–942. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0027>
- Bohmer, R. M. J. (2016a). The hard work of health care transformation. *New England Journal of Medicine*, 375(8), 709–711. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1606458>
- Bohmer, R. M. J. (2016b). *The toughest job in healthcare: A physician's leadership guide to change*. Harvard Business Press.
- Brown, M., & McCool, B. (1986). Vertical integration: Exploration of a popular strategic concept. *Health Care Management Review*, 11(3), 7–19.
- Bruno-Faria, M. F. F. (2000). *Análise da relação entre os conceitos de criatividade, inovação e mudança organizacional* (Manuscrito não publicado).
- Burnes, B. (2014). *Managing change* (6th ed.). Pearson Education.
- Burnes, B. (2017). *Managing change* (7th ed.). Pearson Education.
- Burnes, D. S., & Bradley-Ewing, A. (2006). Managing change in healthcare: Reclaiming employee engagement and productivity. *Journal of Healthcare Management*, 51(3), 193–206.
- Busetto, L., Luijckx, K., Calciolari, S., Ortiz, L. G. G., & Vrijhoef, H. J. M. (2018). Barriers and facilitators to workforce changes in integrated care. *International Journal of Integrated Care*, 18(2), Article 17. <https://doi.org/10.5334/ijic.3587>
- Cameron, K. S., & Quinn, R. E. (2011). *Diagnosing and changing organizational culture* (3rd ed.). Jossey-Bass.
- Campos, A., & Simões, J. (2011). *O percurso da saúde: Portugal na Europa*. Almedina.
- Constituição da República Portuguesa. (2002). *Constituição da República Portuguesa*. Almedina.
- Dalkir, K. (2013). *Knowledge management in theory and practice*. Routledge.
- Diário da República. (1990). *Lei n.º 48/90, de 24 de agosto*.
- Diário da República. (2008). *Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro*.
- Diário da República. (2009). *Despacho n.º 10143/2009*.
- Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde. (2022). *Criação e orgânica da Direção Executiva do SNS*. Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/52-2022-18704981>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Orientação n.º 002/2013: Processos assistenciais integrados*. DGS.
- Doppelt, B. (2017). *Leading change toward sustainability: A change-management guide for business, government, and civil society* (2nd ed.). Routledge.

Entidade Reguladora da Saúde. (2011). *Estudo sobre a organização e desempenho das Unidades Locais de Saúde*. ERS.

Entidade Reguladora da Saúde. (2015). *Estudo sobre o desempenho das Unidades Locais de Saúde*. ERS.

Erlingsdottir, G., Jonsson, H., & Ekman, I. (2018). Involvement of healthcare professionals in change processes: A key factor for success. *Journal of Health Organization and Management*, 32(5), 668–680.

Falces, C., Andrea, R., Heras, M., Vehí, C., Sorribes, M., Sanchis, L., et al. (2011). Integración entre cardiología y atención primaria: Impacto sobre la práctica clínica. *Revista Española de Cardiología*, 64, 564–571. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2011.02.021>

Forra da Silva, S. (2021). Gestão do processo de mudança nas organizações de saúde: Revisão narrativa da literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, 29, 483–504. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2021.10227>

Ford, J. D., & Ford, L. W. (1995). The role of conversations in producing intentional change in organizations. *Academy of Management Review*, 20(3), 541–570.

Gaspar, S. (2011). *Contributo dos gabinetes de apoio à gestão na tomada de decisão em unidades integradas de cuidados de saúde* (Dissertação de mestrado). Universidade da Beira Interior.

Goleman, D. (2000). Leadership that gets results. *Harvard Business Review*, 78(2), 78–90.

Gonçalves, J., & Gonçalves, R. (2012). Overcoming resistance to changes in information technology organizations. *Procedia Technology*, 5, 293–301.

Goodwin, N., Dixon, A., Anderson, G., & Wodchis, W. (2012). *Providing integrated care for older people with complex needs: Lessons from seven international case studies*. The King's Fund. <https://www.kingsfund.org.uk/publications/providing-integrated-care-older-people>

Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Quarterly*, 82(4), 581–629. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2004.00325.x>

Ham, C., Berwick, D., & Dixon, J. (2011). *Improving quality in the English NHS: A strategy for action*. The King's Fund.

Harrison, R., Fischer, S., Walpola, R. L., Chauhan, A., Babalola, T., Mears, S., & Le-Dao, H. (2021). Where do models for change management, improvement and implementation meet? *Journal of Healthcare Leadership*, 13, 85–108.

Harrison, R., Moore, C., & Hwang, D. (2021). Change management methodologies in healthcare organizations: A systematic review. *International Journal of Health Services*, 51(3), 276–289. <https://doi.org/10.1177/00207314211001845>

- Hiatt, J. M., & Creasey, T. J. (2018). *Change management: The people side of change* (2nd ed.). Prosci Learning Center Publications.
- Hillestad, R., Bigelow, J., Bower, A., & Chern, S. (2005). Can electronic medical record systems transform health care? *Health Affairs*, 24(5), 1234–1245. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.24.5.1234>
- Instituto da Segurança Social, I. P. (2014). *Guia prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. ISS, I. P.
- Kotter, J. (2001). What leaders really do. *Harvard Business Review*, 2–12.
- Kotter, J. P. (1996). *Leading change*. Harvard Business School Press.
- Kotter, J. P., & Schlesinger, L. A. (2008). Choosing strategies for change. *Harvard Business Review*, 57(2), 106–114.
- Lawrence, P. R., & Lorsch, J. W. (1967). Differentiation and integration in complex organizations. *Administrative Science Quarterly*, 12, 1–47.
- Lewin, K. (1947). Frontiers in group dynamics. *Human Relations*, 1(1), 5–41. <https://doi.org/10.1177/001872674700100103>
- Lewin, K. (1951). *Field theory in social science*. Harper & Row.
- Ling, T., Brereton, L., Conklin, A., Newbould, J., & Roland, M. (2012). Barriers and facilitators to integrating care: Experiences from the English Integrated Care Pilots. *International Journal of Integrated Care*, 12, Article e129. <https://doi.org/10.5334/ijic.982>
- Maria, F. B. S. M. D., Duarte, M. I. C. F. B., & Tavares, P. D. S. (2018). O modelo de financiamento das unidades de saúde verticalmente integradas em Portugal: Desafios e oportunidades.
- Matos, F. (2013). O impacto das Unidades Locais de Saúde na qualidade dos cuidados e na eficiência económica. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(2), 355–364. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000200012>
- Matos, I. (2013). *Análise comparativa do impacto das ULS (Unidades Locais de Saúde) e dos ACeS (Agrupamentos de Centros de Saúde) no processo de articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde hospitalares* (Dissertação de mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.
- Miguel, L. S., & Brito de Sá, A. (2010). *Cuidados de saúde primários em 2011–2016: Reforçar, expandir*. Ministério da Saúde.
- Milella, F., Ianniello, G., & Falco, R. (2021). Resistance in healthcare organizations: Analyzing structural and human factors in change processes. *Journal of Health Organization and Management*, 35(5), 623–637. <https://doi.org/10.1108/JHOM-06-2020-0295>
- Milella, F., et al. (2021). Structural and human resistances to organizational change in healthcare. *Journal of Health Systems*, 23(2), 57–71.

- Millar, E., Dowell, A., Lawrenson, R., Mangin, D., & Sarfati, D. (2018). Clinical guidelines: What happens when people have multiple conditions? *New Zealand Medical Journal*, 131, 1472.
- Ministério da Saúde. (2021). Adaptação e resposta do Sistema Nacional de Saúde às necessidades da população. *Revista de Saúde Pública*, 45(2), 123–135.
- Myers, P., Hulks, S., & Wiggins, L. (2012). *Organizational change: Perspectives on theory and practice*. Oxford University Press.
- Nelson, S. L., & Quick, J. C. (2013). *Organizational behavior: Science, the real world, and you*. Cengage Learning.
- Noh, J. (2025). Towards the knowledge society: A definition, measurements, and limits. *Journal of Innovation & Knowledge*, 12, Article 100873. <https://doi.org/10.1016/j.jik.2025.100873>
- Nolte, E., & Pitchforth, E. (2014). *What is the evidence on the economic impacts of integrated care?*. World Health Organization.
- Nunes, A. (2024). A integração vertical nos cuidados de saúde e a satisfação dos doentes: Uma análise exploratória das reformas portuguesas. *Sustainability*, 16, 1078. <https://doi.org/10.3390/su16031078>
- Nunes, A., & Harfouche, A. (2015). A reforma da administração pública aplicada ao setor da saúde. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*.
- Nunes, C., et al. (2012). *Interligação e integração entre cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares*. Ministério da Saúde.
- Oliver, D. (2019). Radical pragmatism and medical leadership. *BMJ*. <https://www.bmjjournals.org/content/365/bmj.l4339>
- Organizational transformation: A management research perspective. (2024). In *Organizational transformation* (pp. 303–330). Springer.
- Pearson, C. M., & Clair, J. A. (1998). Reframing crisis management. *Academy of Management Review*, 23(1), 59–76.
- Perry, M. K. (1989). Vertical integration: Determinants and effects. In *Handbook of industrial organization* (pp. 185–255). North-Holland.
- Pettigrew, A. M., & Whipp, R. (1993). *Managing change for competitive success*. Blackwell.
- Pîslă, A., Irimiaş, T., & Muntean, R. (2010). Elements for modeling change management. *Proceedings in Manufacturing Systems*, 5(3), 163–166.
- Porter, M. E. (1985). *Competitive advantage: Creating and sustaining superior performance*. Free Press.
- Porras, J. I., & Robertson, P. J. (1992). Organizational development: Theory, practice, and research. In M. D. Dunnette & L. M. Hough (Eds.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 719–822). Consulting Psychologists Press.

Prosci. (2020). *O que é o ADKAR Model: O lado humano das mudanças*. Prosci Brasil – People, Change, Results.

Rieg, N. A., Gatersleben, B., & Christie, I. (2021). Organizational change management for sustainability in higher education institutions: A systematic quantitative literature review. *Sustainability*, 13(13), 7299. <https://doi.org/10.3390/su13137299>

Robbins, S. P. (1999). *Organizational behavior: Concepts, controversies, and applications* (8th ed.). Prentice Hall.

Robbins, S. P., Judge, T. A., & Sobral, F. (2010). *Comportamento organizacional: Teoria e prática no contexto brasileiro* (14.ª ed.). Pearson Prentice Hall.

Robbins, S. P., & Judge, T. A. (2013). *Organizational behavior* (15th ed.). Pearson.

Rocha, M. M. d. (2002). *Integração vertical e incerteza*. Universidade de São Paulo.

Román, J., Pereira, P. A., & Ribeiro, C. (2019). Empowerment estructural: Potenciando la capacidad innovadora de las organizaciones. *Gestão e Desenvolvimento*, 27, 55–80.

Rummery, K., & Fine, M. (2012). *Social care and integration: Policy and practice*. Policy Press.

Sakellarides, C. (2020a). Organizational culture and communication during change in healthcare. *Healthcare Management Review*, 45(2), 157–163. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000225>

Sakellarides, C. (2020b). National health service: Responding to current challenges through necessary transformations. *Acta Médica Portuguesa*, 33(2), 133–142. <https://doi.org/10.20344/amp.12626>

Saltman, R. B., Bankauskaite, V., & Vrangbæk, K. (Eds.). (2007). *Decentralization in health care: Strategies and outcomes*. McGraw-Hill Education.

Santana, R. (2011). *O financiamento por captação ajustada pelo risco em contexto de integração vertical de cuidados de saúde* (Tese de doutoramento). Escola Nacional de Saúde Pública.

Santos, A. (2005). Resistance to organizational change: A study of healthcare institutions. *Journal of Organizational Change Management*, 18(4), 365–378.

Schein, E. H. (2010). *Organizational culture and leadership* (4th ed.). Jossey-Bass.

Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic Books.

Silva, S. F. (2021). Gestão do processo de mudança nas organizações de saúde. *Gestão e Desenvolvimento*, 29, 29–47. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2021.10227>

Simões, J. (2004a). As parcerias público-privadas no sector da saúde em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 79–90.

Simões, J. (2004b). *Retrato político da saúde: Dependência do percurso e inovação em saúde – Da ideologia ao desempenho*. Almedina.

Smith, P. C., Mossialos, E., Papanicolas, I., & Leatherman, S. (2014). *Performance of health systems in Europe: A summary report*. European Observatory on Health Systems and Policies.

- SNS – Serviço Nacional de Saúde. (s.d.). *Quem somos*. <https://www.sns.min-saude.pt/quem-somos/>
- Svensson, L., & Lundberg, J. (2013). Collaborative intelligence in healthcare: An interprofessional perspective. *Journal of Interprofessional Care*, 27(6), 426–432.
- Timmins, N. (2015a). *The practice of system leadership: Being comfortable with chaos*.
- Timmins, N. (2015b). *The post-heroic leadership model in healthcare organizations*. Sage Publications.
- West, M., Eckert, R., Steward, K., & Pasmore, B. (2014). *Developing collective leadership for healthcare*.
- West, M. A., Armit, K., Loewenthal, L., Eckert, R., West, T., & Lee, A. (2014). *Leadership and leadership development in health care: The evidence base*. The King's Fund.
- WHO – World Health Organization. (2008). *Integrated health services: What and why?*
- Wood, T. (Coord.). (2000). *Mudança organizacional*. Atlas.
- World Health Organization. (1978). *Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care*. WHO.
- Yukl, G. (2013). *Leadership in organizations* (8th ed.). Pearson.

# **ANEXOS**

## Anexo 1

### Questionário 1 : Prontidão Organizacional para Implementação de Mudança (ORIC)

Este questionário tem como objetivo avaliar a prontidão da sua organização para a implementação de uma mudança. Por favor, leia cada afirmação e indique o quanto concorda com ela, usando a seguinte escala:

Opção de Resposta	Pontuação
<b>Discordo totalmente</b>	1
<b>Discordo parcialmente</b>	2
<b>Neutro</b>	3
<b>Concordo parcialmente</b>	4
<b>Concordo totalmente</b>	5

#### Change Efficacy – Crença na Capacidade de Implementar a Mudança

#	Questão	1	2	3	4	5
1	As pessoas que trabalham aqui se sentem confiantes de que a organização poderá fazer com que as pessoas se envolvam na implementação dessa mudança	<input type="checkbox"/>				
2	As pessoas que trabalham aqui se sentem confiantes de que conseguirão acompanhar o progresso da implementação dessa mudança.	<input type="checkbox"/>				
3	As pessoas que trabalham aqui se sentem confiantes de que a organização dará apoio às pessoas enquanto elas se adaptam a essa mudança.	<input type="checkbox"/>				
4	As pessoas que trabalham aqui se sentem confiantes de que conseguirão manter o ritmo da implementação dessa mudança	<input type="checkbox"/>				
5	As pessoas que trabalham aqui se sentem confiantes de que conseguirão enfrentar os desafios que possam surgir na implementação dessa mudança.	<input type="checkbox"/>				
6	As pessoas que trabalham aqui se sentem confiantes de que poderão coordenar tarefas para que a implementação seja realizada sem problemas.	<input type="checkbox"/>				
7	As pessoas que trabalham aqui se sentem confiantes de que poderão administrar a política de implementação dessa mudança.					

#### Change Commitment – Motivação e Engajamento na Mudança

#	Questão	1	2	3	4	5
8	As pessoas que trabalham aqui estão empenhadas na implementação dessa mudança.	<input type="checkbox"/>				
9	As pessoas que trabalham aqui farão tudo que for necessário para implementar essa mudança.	<input type="checkbox"/>				
10	As pessoas que trabalham aqui querem implementar essa mudança.	<input type="checkbox"/>				
11	As pessoas que trabalham aqui estão determinadas a implementar essa mudança	<input type="checkbox"/>				
12	As pessoas que trabalham aqui estão motivadas a implementar essa mudança.	<input type="checkbox"/>				

## Anexo 2

### Questionário 2: *Organizational Readiness for Change (ORC)/* Prontidão Operacional para Mudança (POM)

Opção de Resposta	Pontuação
<b>Discordo totalmente</b>	1
<b>Discordo parcialmente</b>	2
<b>Neutro</b>	3
<b>Concordo parcialmente</b>	4
<b>Concordo totalmente</b>	5

#### Parte 1: Capacidade Organizacional para Implementar a Mudança (*Change Efficacy*)

#	Questão	1	2	3	4	5
<b>1</b>	A organização possui os recursos necessários para implementar mudanças.	<input type="checkbox"/>				
<b>2</b>	A organização tem a capacidade de superar os obstáculos durante a implementação da mudança.	<input type="checkbox"/>				
<b>3</b>	A liderança tem competência para guiar a mudança de forma eficaz.	<input type="checkbox"/>				
<b>4</b>	Existem processos e sistemas adequados para apoiar a mudança.	<input type="checkbox"/>				
<b>5</b>	A organização tem as habilidades e conhecimentos necessários para implementar mudanças.	<input type="checkbox"/>				

#### Parte 2: Compromisso com a Mudança (*Change Commitment*)

#	Questão	1	2	3	4	5
<b>6</b>	A liderança está comprometida com a implementação da mudança.	<input type="checkbox"/>				
<b>7</b>	Os colaboradores estão motivados para apoiar a mudança.	<input type="checkbox"/>				
<b>8</b>	A mudança é vista como uma oportunidade positiva para a organização.	<input type="checkbox"/>				
<b>9</b>	Os membros da organização acreditam que a mudança será benéfica a longo prazo.	<input type="checkbox"/>				
<b>10</b>	Existe um compromisso organizacional claro e consistente com a mudança.	<input type="checkbox"/>				

# **APÊNDICES**

## Apêndice - A

Questionário adaptado e distribuído para este estudo

### Objetivo do Questionário

Este questionário de Prontidão Organizacional para a Implementação da Mudança (ORIC), foi adaptado à realidade Portuguesa a fins de estudar os desafios organizacionais na gestão da mudança do Serviço Nacional de Saúde (SNS) português, decorrentes da criação das 31 novas Unidades Locais de Saúde (ULS). Pretende-se, analisar as estratégias de mudança para o Novo Modelo do SNS, identificar as barreiras e obstáculos organizacionais na gestão da mudança e caracterizar a resposta à mudança.

### Instruções

Pedimos a sua colaboração no preenchimento deste questionário. As respostas são anónimas e destinam-se exclusivamente a fins desta.

Para cada afirmação, indique o seu grau de concordância utilizando a seguinte escala:

Opção de Resposta	Pontuação
Discordo totalmente	1
Discordo parcialmente	2
Neutro	3
Concordo parcialmente	4
Concordo totalmente	5

### Secção 1: Estratégia de Mudança para o Novo Modelo do SNS

#	Questão	1	2	3	4	5
1	A criação das novas ULS foi acompanhada por uma estratégia de mudança bem definida.	<input type="checkbox"/>				
2	Houve um plano de transição estruturado para a implementação das novas ULS.	<input type="checkbox"/>				
3	A estratégia de mudança teve em consideração as especificidades regionais e locais das ULS.	<input type="checkbox"/>				
4	A criação da DE-SNS contribuiu para uma melhor coordenação e gestão das mudanças no SNS	<input type="checkbox"/>				

### Secção 2: Barreiras e Obstáculos Organizacionais na Gestão da Mudança

#	Questão	1	2	3	4	5
5	A transição para o modelo de ULS enfrentou resistência por parte dos profissionais de saúde	<input type="checkbox"/>				
6	As infraestruturas e os recursos das ULS estavam preparados para a implementação do novo modelo.	<input type="checkbox"/>				

<b>7</b>	O financiamento e a alocação de recursos foram adequados para suportar a mudança.	<input type="checkbox"/>				
<b>8</b>	Os processos administrativos e burocráticos representaram um obstáculo à implementação das ULS.	<input type="checkbox"/>				
<b>9</b>	A formação e capacitação dos profissionais foram adequadas para a adaptação ao novo modelo de gestão.	<input type="checkbox"/>				
<b>10</b>	A colaboração entre as unidades hospitalares e os cuidados de saúde primários melhorou após a implementação das ULS.					

### Secção 3: Caracterização da Resposta à Mudança

#	Questão	1	2	3	4	5
<b>11</b>	Os profissionais de saúde sentiram-se envolvidos no processo de mudança.	<input type="checkbox"/>				
<b>12</b>	A criação das novas ULS trouxe melhorias na acessibilidade e continuidade dos cuidados de saúde.	<input type="checkbox"/>				
<b>13</b>	As equipas de gestão das ULS têm demonstrado capacidade para liderar e gerir a mudança.	<input type="checkbox"/>				
<b>14</b>	O novo modelo organizacional permitiu uma melhor articulação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde.	<input type="checkbox"/>				
<b>15</b>	A experiência dos utentes melhorou após a implementação das ULS.	<input type="checkbox"/>				
<b>16</b>	O novo modelo organizacional contribuiu para a redução de tempos de espera e maior eficiência dos serviços.					
<b>17</b>	O envolvimento das administrações das ULS foi fundamental para a implementação bem-sucedida das mudanças.					

### Secção 4: Considerações Finais

#### 18- Na sua opinião, quais foram os maiores desafios da transição para o modelo de ULS?

- Equidade no acesso aos cuidados
- Fragmentação dos serviços
- Gestão de pacientes com doenças crónicas
- Coordenação entre profissionais e setores
- Falta de comunicação e de partilha de informações
- Tecnologia e sistemas de informação
- Falhas de comunicação e de partilha de informação
- Capacitação dos profissionais de saúde
- Desafios operacionais e impactos económicos
- Desafios Financeiros
- Outro : \_\_\_\_\_

#### 19 - A sua formação de base é da área das ciências da saúde?

Sim

Não

#### 20- Que sugestões tem para melhorar a implementação e o funcionamento das novas ULS? (Resposta aberta)

**21- Qual a sua função na ULS?**

- Presidente do CA
- Vogal do CA
- Diretor Clínico Cuidados de Saúde Hospitalares
- Diretor Clínico dos Cuidados de Saúde Primários
- Coordenador de Unidade de Cuidados de Saúde Primários
- Enfermeiro Diretor
- TSDT Diretor
- Diretor de Serviço
- Enfermeiro Gestor
- TSDT Coordenador
- Responsável de Serviço

**22 - Indique, se assim o entendera, a sua ULS:**

<input type="checkbox"/> ULS do Alto Ave	<input type="checkbox"/> ULS do Baixo Mondego	<input type="checkbox"/> ULS de Santa Maria
<input type="checkbox"/> ULS de Barcelos/Espinho	<input type="checkbox"/> ULS da Cova da Beira	<input type="checkbox"/> ULS de São José
<input type="checkbox"/> ULS de Braga	<input type="checkbox"/> ULS de Viseu Dão-Lafões	<input type="checkbox"/> ULS do Oeste
<input type="checkbox"/> ULS da Póvoa de Varzim/Vila do Conde	<input type="checkbox"/> ULS da Região de Leiria	<input type="checkbox"/> ULS do Médio Tejo
<input type="checkbox"/> ULS do Médio Ave	<input type="checkbox"/> ULS de Coimbra	<input type="checkbox"/> ULS da Arrábida
<input type="checkbox"/> ULS do Tâmega e Sousa	<input type="checkbox"/> ULS da Região de Aveiro	<input type="checkbox"/> ULS de Lisboa Ocidental
<input type="checkbox"/> ULS de Gaia/Espinho	<input type="checkbox"/> ULS de Amadora/Sintra	<input type="checkbox"/> ULS do Arco Ribeirinho
<input type="checkbox"/> ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro	<input type="checkbox"/> ULS de Almada-Seixal	<input type="checkbox"/> ULS do Alentejo Central
<input type="checkbox"/> ULS de Entre Douro e Vouga	<input type="checkbox"/> ULS da Lezíria	<input type="checkbox"/> ULS do Algarve
<input type="checkbox"/> ULS de São João	<input type="checkbox"/> ULS do Estuário do Tejo	
<input type="checkbox"/> ULS de Santo António	<input type="checkbox"/> ULS de Loures-Odivelas	

## Apêndice - B

### TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

#### **Título do Estudo:**

Estratégias de Gestão da Mudança em Organizações de Saúde:  
O Caso da Transformação Organizacional do SNS

**Investigador Responsável:** Cláudia Sofia Mendes Magro Russo

[m56953@alunos.uevora.pt](mailto:m56953@alunos.uevora.pt)

**Instituição:** Universidade de Évora – Escola de Ciências Sociais

#### **Objetivos:**

A gestão da mudança nas organizações de saúde, é um processo complexo e necessário para a facilitar mudanças organizacionais significativas. O desenvolvimento robusto e coeso das organizações de saúde, bem como a articulação com a sociedade, é fundamental na implementação com êxito de políticas de saúde (Sakellarides, 2020). Quanto mais forte for a gestão e a liderança da organização, melhor será a sua capacidade de implementar novas mudanças.

O **objetivo geral** deste trabalho é identificar os desafios organizacionais na gestão da mudança do SNS a quando da criação das novas ULS. Analisar as razões e propósitos subjacentes à criação da DE-SNS. Perceber quais as melhorias registadas após a criação das novas ULS.

#### **Como objetivos específicos:**

- Identificar a estratégia de mudança para o novo modelo de organização do SNS;
- Identificar as barreiras e os obstáculos organizacionais na gestão da mudança;
- Caracterizar a resposta à mudança;

#### **Procedimento:**

A participação neste estudo consiste no preenchimento de um questionário online, com uma duração estimada de 10 minutos. O questionário inclui perguntas relacionadas com a

perceção dos participantes sobre o processo de implementação das ULS, os desafios encontrados e os impactos observados.

**Confidencialidade e Anonimato:**

A sua participação é anónima e voluntária. Nenhuma informação que possa identificá-lo(a) pessoalmente será recolhida. Todos os dados serão analisados de forma agregada e utilizados exclusivamente para fins científicos. A sua identidade não será, em momento algum, associada às respostas fornecidas.

**Direitos do Participante:**

A participação neste estudo é voluntária, podendo recusar-se a participar ou desistir a qualquer momento sem necessidade de justificação e sem qualquer prejuízo.

**Consentimento:**

Ao prosseguir para o preenchimento do questionário, confirma que:

- Leu e compreendeu as informações apresentadas acima.
- Está ciente de que a sua participação é voluntária e pode desistir a qualquer momento.
- Autoriza a utilização dos seus dados de forma anónima e exclusiva para fins científicos.

Se tiver alguma dúvida sobre o estudo, pode contactar o investigador responsável através do e-mail [m56953@alunos.uevora.pt](mailto:m56953@alunos.uevora.pt)

Muito obrigado pela sua participação!

## Apêndice - C

### 1 - Margem de erro do questionário

$$ME = z \times \sqrt{\frac{p(1-p)}{n} \times \frac{N-n}{N-1}}$$

População (N) = 2800

Amostra (n) = 314

Nível de confiança = 95% → z = 1,96

Proporção estimada (p) = geralmente usa-se 0,5 para máxima margem de erro (caso não haja proporção conhecida)

$$p(1-p) = 0,5 \times 0,5 = 0,25$$

$$\frac{p(1-p)}{n} = \frac{0,25}{314} \approx 0,000796$$

$$\text{Correção para população finita: } \frac{N-n}{N-1} = \frac{2800-314}{2800-1} = \frac{2486}{2799} \approx 0,888$$

$$\text{Produto: } 0,000796 \times 0,888 \approx 0,000707$$

$$\text{Raiz quadrada: } \sqrt{0,000707} \approx 0,0266$$

$$\text{Multiplicar por z: } 1,96 \times 0,0266 \approx 0,0522$$

**Nota:** A margem de erro é aproximadamente 5,22% para um nível de confiança de 95%.

## Análise Seção 1

**Tabela 1** – Análise estatística da afirmação 1

<b>1- A criação das novas ULS foi acompanhada por uma estratégia de mudança bem definida.</b>			
Resposta	Contagem	Percentagem	Soma
1 (1)	59	18,79%	47,13%
2 (2)	89	28,34%	
3 (3)	127	40,45%	40,45%
4 (4)	36	11,46%	12,42%
5 (5)	3	0,96%	
Soma (Opções de respostas)	314	100,00%	100,00%
Número de casos	0	0,00%	
Sem resposta	0	0,00%	0,00%
Não concluído ou Não exibido	1	0,32%	0,00%
Média aritmética	2,47		
Mediana	3		
Moda	3		
Desvio Padrão	0,96		

**Fonte:** Elaboração Própria

**Tabela 2** – Análise estatística da afirmação 2

<b>2- Houve um plano de transição estruturado para a implementação das novas ULS.</b>			
Resposta	Contagem	Percentagem	Soma
1 (1)	49	15,61%	56,69%
2 (2)	129	41,08%	
3 (3)	104	33,12%	33,12%
4 (4)	31	9,87%	10,19%
5 (5)	1	0,32%	
Soma (Opções de respostas)	314	100,00%	100,00%
Número de casos	0	0,00%	
Sem resposta	0	0,00%	0,00%
Não concluído ou Não exibido	1	0,32%	0,00%
Média aritmética	2,38		
Mediana	2		
Moda	2		
Desvio Padrão	0,88		

**Fonte:** Elaboração Própria

**Tabela 3** – Análise estatística da afirmação 3

<b>3- A estratégia de mudança teve em consideração as especificidades regionais e locais das ULS</b>			
Resposta	Contagem	Percentagem	Soma
1 (1)	55	17,52%	61,78%
2 (2)	139	44,27%	
3 (3)	88	28,03%	28,03%
4 (4)	31	9,87%	10,19%
5 (5)	1	0,32%	
Soma (Opções de respostas)	314	100,00%	100,00%
Número de casos	0	0,00%	
Sem resposta	0	0,00%	0,00%
Não concluído ou Não exibido	1	0,32%	0,00%
Média aritmética	2,31		
Mediana	2		
Moda	2		
Desvio Padrão	0,89		

**Fonte:** Elaboração Própria

**Tabela 4** – Análise estatística da afirmação 4

<b>4- A criação da DE-SNS contribuiu para uma melhor coordenação e gestão das mudanças no SNS</b>			
Resposta	Contagem	Percentagem	Soma
1 (1)	39	12,42%	48,41%
2 (2)	113	35,99%	
3 (3)	123	39,17%	39,17%
4 (4)	34	10,83%	12,42%
5 (5)	5	1,59%	
Soma (Opções de respostas)	314	100,00%	100,00%
Número de casos	0	0,00%	
Sem resposta	0	0,00%	0,00%
Não concluído ou Não exibido	1	0,32%	0,00%
Média aritmética	2,53		
Mediana	3		
Moda	3		
Desvio Padrão	0,9		

**Fonte:** Elaboração Própria

## Apêndice - D

### Análise Seção 2

**Tabela 1** – Análise estatística da afirmação 5

<b>5- A transição para o modelo de ULS enfrentou resistência por parte dos profissionais de saúde</b>			
Resposta	Contagem	Percentagem	Soma
1 (1)	33	10,51%	33,44%
2 (2)	72	22,93%	
3 (3)	142	45,22%	45,22%
4 (4)	54	17,20%	21,34%
5 (5)	13	4,14%	
Soma (Opções de respostas)	314	100,00%	100,00%
Número de casos	0	0,00%	
Sem resposta	0	0,00%	0,00%
Não concluído ou Não exibido	1	0,32%	0,00%
Média aritmética	2,82		
Mediana	3		
Moda	3		
Desvio Padrão	0,98		

**Fonte:** Elaboração Própria

**Tabela 2** – Análise estatística da afirmação 6

<b>6- As infraestruturas e os recursos das ULS estavam preparados para a implementação do novo modelo.</b>			
Resposta	Contagem	Percentagem	Soma
1 (1)	56	17,83%	57,64%
2 (2)	125	39,81%	
3 (3)	104	33,12%	33,12%
4 (4)	28	8,92%	9,24%
5 (5)	1	0,32%	
Soma (Opções de respostas)	314	100,00%	100,00%
Número de casos	0	0,00%	
Sem resposta	0	0,00%	0,00%
Não concluído ou Não exibido	1	0,32%	0,00%
Média aritmética	2,34		
Mediana	2		
Moda	2		
Desvio Padrão	0,88		

**Fonte:** Elaboração Própria

**Tabela 3** – Análise estatística da afirmação 7

<b>7-O financiamento e a alocação de recursos foram adequados para suportar a mudança.</b>			
Resposta	Contagem	Percentagem	Soma
1 (1)	57	18,15%	54,46%
2 (2)	114	36,31%	
3 (3)	114	36,31%	36,31%
4 (4)	28	8,92%	9,24%
5 (5)	1	0,32%	
Soma (Opções de respostas)	314	100,00%	100,00%
Número de casos	0	0,00%	
Sem resposta	0	0,00%	0,00%
Não concluído ou Não exibido	1		0,00%
Média aritmética	2,37		
Mediana	2		
Moda	2		
Desvio Padrão	0,89		

**Fonte:** Elaboração Própria

**Tabela 4** – Análise estatística da afirmação 8

<b>8- Os processos administrativos e burocráticos representaram um obstáculo à implementação das ULS.</b>			
Resposta	Contagem	Percentagem	Soma
1 (1)	39	12,42%	48,73%
2 (2)	114	36,31%	
3 (3)	100	31,85%	31,85%
4 (4)	51	16,24%	19,43%
5 (5)	10	3,18%	
Soma (Opções de respostas)	314	100,00%	100,00%
Número de casos	0	0,00%	
Sem resposta	0	0,00%	0,00%
Não concluído ou Não exibido	1	0,32%	0,00%
Média aritmética	2,61		
Mediana	3		
Moda	2		
Desvio Padrão	1		

**Fonte:** Elaboração Própria

**Tabela 5** – Análise estatística da afirmação 9

<b>9- A formação e capacitação dos profissionais foram adequadas para a adaptação ao novo modelo de gestão.</b>			
Resposta	Contagem	Percentagem	Soma
1 (1)	68	21,66%	63,06%
2 (2)	130	41,40%	
3 (3)	85	27,07%	27,07%
4 (4)	30	9,55%	9,87%
5 (5)	1	0,32%	
Soma (Opções de respostas)	314	100,00%	100, %
Número de casos	0	0,00%	
Sem resposta	0	0,00%	0,00%
Não concluído ou Não exibido	1	0,32%	0,00%
Média aritmética	2,25		
Mediana	2		
Moda	2		
Desvio Padrão	0,91		

**Fonte:** Elaboração Própria

**Tabela 6** – Análise estatística da afirmação 10

<b>10- A colaboração entre unidades hospitalares e cuidados de saúde primários melhorou após a implementação das ULS.</b>			
Resposta	Contagem	Percentagem	Soma
1 (1)	70	22,29%	59,87%
2 (2)	118	37,58%	
3 (3)	87	27,71%	27,71%
4 (4)	34	10,83%	12,42%
5 (5)	5	1,59%	
Soma (Opções de respostas)	314	100,00%	100,00%
Número de casos	0	0,00%	
Sem resposta	0	0,00%	0,00%
Não concluído ou Não exibido	1	0,32%	0,00%
Média aritmética	2,32		
Mediana	2		
Moda	2		
Desvio Padrão	0,99		

**Fonte:** Elaboração Própria

## Apêndice - E

### Análise Seção 3

**Tabela 1** – Análise estatística da afirmação 11

11- Os profissionais de saúde sentiram-se envolvidos no processo de mudança.			
Resposta	Contagem	Percentagem	Soma
1 (1)	140	44,59%	70,70%
2 (2)	82	26,11%	
3 (3)	71	22,61%	22,61%
4 (4)	17	5,41%	6,69%
5 (5)	4	1,27%	
Soma (Opções de respostas)	314	100,00%	100,00%
Número de casos	0	0,00%	
Sem resposta	0	0,00%	0,00%
Não concluído ou Não exibido	1	0,32%	0,00%
Média aritmética	1,93		
Mediana	2		
Moda	1		
Desvio Padrão	1		

**Fonte:** Elaboração Própria

**Tabela 2** – Análise estatística da afirmação 12

12- A criação das novas ULS trouxe melhorias na acessibilidade e continuidade dos cuidados de saúde.			
Resposta	Contagem	Percentagem	Soma
1 (1)	46	14,65%	57,96%
2 (2)	136	43,31%	
3 (3)	103	32,80%	32,80%
4 (4)	25	7,69%	9,24%
5 (5)	4	1,27%	
Soma (Opções de respostas)	314	100,00%	100,00%
Número de casos	0	0,00%	
Sem resposta	0	0,00%	0,00%
Não concluído ou Não exibido	1	0,32%	0,00%
Média aritmética	2,38		
Mediana	2		
Moda	2		
Desvio Padrão	0,88		

**Fonte:** Elaboração Própria

**Tabela 3 – Análise estatística da afirmação 13**

<b>13- As equipas de gestão das ULS têm demonstrado capacidade para liderar e gerir a mudança.</b>			
Resposta	Contagem	Percentagem	Soma
1 (1)	47	14,97%	52,87%
2 (2)	119	37,90%	
3 (3)	116	36,94%	36,94%
4 (4)	29	9,24%	10,19%
5 (5)	3	0,96%	
Soma (Opções de respostas)	314	100,00%	100,00%
Número de casos	0	0,00%	
Sem resposta	0	0,00%	0,00%
Não concluído ou Não exibido	1	0,32%	0,00%
Média aritmética	2,43		
Mediana	2		
Moda	2		
Desvio Padrão	0,89		

**Fonte:** Elaboração Própria

**Tabela 4 – Análise estatística da afirmação 14**

<b>14- O novo modelo organizacional permitiu uma melhor articulação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde.</b>			
Resposta	Contagem	Percentagem	Soma
1 (1)	47	14,97%	52,87%
2 (2)	119	37,90%	
3 (3)	116	36,94%	36,94%
4 (4)	29	9,24%	10,19%
5 (5)	3	0,96%	
Soma (Opções de respostas)	314	100,00%	100,00%
Número de casos	0	0,00%	
Sem resposta	0	0,00%	0,00%
Não concluído ou Não exibido	1	0,32%	0,00%
Média aritmética	2,38		
Mediana	2		
Moda	2		
Desvio Padrão	0,91		

**Fonte:** Elaboração Própria

**Tabela 5 – Análise estatística da afirmação 15**

<b>15- A experiência dos utentes melhorou após a implementação das ULS</b>			
Resposta	Contagem	Percentagem	Soma
1 (1)	57	18,15%	58,28%
2 (2)	126	40,13%	
3 (3)	102	32,48%	32,48%
4 (4)	26	8,28%	9,24%
5 (5)	3	0,96%	
Soma (Opções de respostas)	314	100,00%	100,00%
Número de casos	0	0,00%	
Sem resposta	0	0,00%	0,00%
Não concluído ou Não exibido	1	0,32%	0,00%
Média aritmética	2,34		
Mediana	2		
Moda	2		
Desvio Padrão	0,9		

**Fonte:** Elaboração Própria

**Tabela 6 – Análise estatística da afirmação 16**

<b>16- O novo modelo organizacional contribuiu para a redução de tempos de espera e maior eficiência dos serviços</b>			
Resposta	Contagem	Percentagem	Soma
1 (1)	71	22,61%	62,74%
2 (2)	126	40,13%	
3 (3)	89	28,34%	28,34%
4 (4)	26	8,28%	8,92%
5 (5)	2	0,64%	
Soma (Opções de respostas)	314	100,00%	100,00%
Número de casos	0	0,00%	
Sem resposta	0	0,00%	0,00%
Não concluído ou Não exibido	1	0,32%	0,00%
Média aritmética	2,24		
Mediana	2		
Moda	2		
Desvio Padrão	0,92		

**Fonte:** Elaboração Própria

**Tabela 7 – Análise estatística da afirmação 17**

<b>17- O envolvimento das administrações das ULS foi fundamental para a implementação bem-sucedida das mudanças.</b>			
Resposta	Contagem	Percentagem	Soma
1 (1)	70	22,29%	57,96%
2 (2)	112	35,67%	
3 (3)	98	31,21%	31,21%
4 (4)	28	8,92%	10,83%
5 (5)	6	1,91%	
Soma (Opções de respostas)	314	100,00%	100,00%
Número de casos	0	0,00%	
Sem resposta	0	0,00%	0,00%
Não concluído ou Não exibido	1	0,32%	0,00%
Média aritmética	2,32		
Mediana	2		
Moda	2		
Desvio Padrão	0,98		

**Fonte:** Elaboração Própria

## Apêndice - F

### Análise Seção 4

**Tabela 1** - Análise estatística da Questão 18

<b>18 -Na sua opinião, quais foram os maiores desafios da transição para o modelo de ULS?</b>		
Fragmentação dos serviços	130	41,27%
Falhas de comunicação e resistência à mudança	127	40,32%
Falta de comunicação e de partilha de informações	106	33,65%
Coordenação entre os profissionais e os setores	88	27,94%
Equidade no acesso aos cuidados	63	20,00%
Capacitação dos profissionais de saúde	59	18,73%
Resistência à mudança	53	16,83%
Tecnologia e sistemas de informação	51	16,19%
Desafios operacionais e impactos económicos	33	10,48%
Desafios financeiros	20	6,35%
Gestão de pacientes com doenças crónicas	17	5,40%
Outro	5	1,59%
Não concluído ou Não exibido	4	1,27%

**Fonte:** Elaboração Própria

**Tabela 2** - Análise do vocabulário da Questão 19

<b>Vocabulário</b>	<b>Palavras associadas</b>
<b>Participação</b>	envolvimento, escuta, diálogo, colaboração, cooperação
<b>Gestão</b>	autonomia, liderança, administração, decisão, responsabilidade
<b>Integração</b>	coordenação, continuidade, articulação, protocolos, equipas
<b>Informação</b>	sistemas, interoperabilidade, dados, registos, tecnologia
<b>Planeamento</b>	metas, objetivos, avaliação, cronograma, monitorização
<b>Valorização</b>	prevenção, CSP, atenção comunitária, saúde básica
<b>Recursos</b>	profissionais, contratação, incentivos, mobilidade, formação
<b>Financiamento</b>	orçamento, eficiência, resultados, contratos, desempenho
<b>Cultura</b>	valores, ética, confiança, motivação, solidariedade
<b>Inovação</b>	projetos, metodologias, melhoria contínua, boas práticas

**Fonte:** Elaboração Própria

**Tabela 3** - Análise estatística Análise estatística da Questão “Qual a sua função na ULS?”

<b>Qual a sua função na ULS?</b>			
Resposta	Contagem	Percentagem	
Presidente do CA	0	0,00%	
Vogal Executivo	6	1,90%	
Diretor Clínico Cuidados de Saúde Hospitalares	6	1,19%	
Diretor Clínico dos Cuidados de Saúde Primários	13	4,13%	
Coordenador de Unidade de Cuidados de Saúde Primários	73	23,17%	
Enfermeiro Diretor	15	4,76%	
TSDT Diretor	4	1,27%	
Diretor de Serviço	52	16,51%	
Enfermeiro Gestor	51	16,19%	
TSDT Coordenado	42	13,33%	
Responsável de Serviço	36	11,43%	
Sem resposta	3	0,95%	
Não concluído ou Não exibido	14	4,44%	

**Fonte:** Elaboração Própria

**Tabela 4**- Análise estatística da Questão “A sua formação de base é da área das ciências da saúde?”

<b>A sua formação de base é da área das ciências da saúde?</b>		
Resposta	Contagem	Percentagem
Sim	272	86,35%
Não	20	6,35%
Sem resposta	9	2,86%
Não concluído ou Não exibido	14	4,44%

**Fonte:** Elaboração Própria

**Tabela 5-** Análise estatística Análise estatística da afirmação “Indique, se assim o entendera, a sua ULS”

<b>“Indique, se assim o entendera, a sua ULS”</b>					
<b>Resposta</b>	<b>Contagem</b>	<b>Percentagem</b>	<b>Resposta</b>	<b>Contagem</b>	<b>Percentagem</b>
		<b>m</b>			
<b>Alentejo Central</b>	41	13,02%	<b>Lisboa Ocidental</b>	4	1,27%
<b>Algarve</b>	4	1,27%	<b>Loures-Odivelas</b>	2	0,63%
<b>Almada-Seixal</b>	8	2,54%	<b>Médio Ave</b>	12	3,81%
<b>Alto Ave</b>	7	2,22%	<b>Médio Tejo</b>	12	3,81%
<b>Amadora/</b> <b>Sintra</b>	9	2,86%	<b>Oeste</b>	3	0,95%
<b>Arco Ribeirinho</b>	4	1,27%	<b>Póvoa de</b> <b>Varzim/Vila do</b> <b>Conde</b>	1	0,32%
<b>Arrábida</b>	1	0,32%	<b>Região de Aveiro</b>	3	0,95%
<b>Baixo Mondego</b>	4	1,27%	<b>Região de Leiria</b>	6	1,90%
<b>Barcelos/</b> <b>Esposende</b>	0	0,00%	<b>Santa Maria</b>	14	4,44%
<b>Braga</b>	2	0,63%	<b>Santo António</b>	0	0,00%
<b>Coimbra</b>	5	1,59%	<b>São João</b>	0	0,00%
<b>Cova da Beira</b>	11	3,49%	<b>São José</b>	13	4,13%
<b>Entre Douro e</b> <b>Vouga</b>	3	0,95%	<b>Tâmega e Sousa</b>	5	1,59%
<b>Estuário do Tejo</b>	7	2,22%	<b>Trás-os-Montes e</b> <b>Alto Douro</b>	5	1,59%
<b>Gaia/</b> <b>Espinho</b>	5	1,59%	<b>Viseu Dão-Lafões</b>	11	3,49%
<b>Lezíria</b>	8	2,54%	<b>Sem resposta</b>	91	28,89%

**Fonte:** Elaboração Própria

## Apêndice - G

**Tabela 1** - Comparação Diretor Clínico Cuidados de Saúde Primários Vs. Hospitalares

Estatísticas de grupo					
	função_ULT	N	Média	Desvio Padrão	Erro de média padrão
satisfação_geral	Diretor Clínico dos Cuidados de Saúde Primários	13	39,0769	5,36130	1,48696
	Diretor Clínico Cuidados de Saúde Hospitalares	6	44,8333	17,16294	7,00674
S1	Diretor Clínico dos Cuidados de Saúde Primários	13	10,3077	1,49358	,41424
	Diretor Clínico Cuidados de Saúde Hospitalares	6	10,8333	4,87511	1,99025
S2	Diretor Clínico dos Cuidados de Saúde Primários	13	11,1538	1,72463	,47833
	Diretor Clínico Cuidados de Saúde Hospitalares	6	11,6667	5,16398	2,10819
S3	Diretor Clínico dos Cuidados de Saúde Primários	13	17,6154	4,53759	1,25850
	Diretor Clínico Cuidados de Saúde Hospitalares	6	22,3333	7,73736	3,15876
Barreiras	Diretor Clínico dos Cuidados de Saúde Primários	13	5,9231	1,11516	,30929
	Diretor Clínico Cuidados de Saúde Hospitalares	6	7,1667	2,04124	,83333

**Fonte:** Elaboração própria com recurso ao software informático IBM SPSS

**Tabela 2** – Análise de Variâncias Diretor Clínico Cuidados de Saúde Primários

Teste de amostras independentes										
Teste de Levene para igualdade de variâncias			teste-t para Igualdade de Médias							
	Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades )	Diferença média	Erro de diferença padrão	95% Intervalo de Confiança da Diferença		
satisfação_geral	Variâncias iguais assumidas	2,717	,118	-1,128	17	,275	-5,75641	5,10356	-16,52397	5,01115
	Variâncias iguais não assumidas			-,804	5,456	,455	-5,75641	7,16279	-23,71566	12,20284
S1	Variâncias iguais assumidas	4,419	,051	-,364	17	,720	-,52564	1,44441	-3,57307	2,52179
	Variâncias iguais não assumidas			-,259	5,438	,805	-,52564	2,03291	-5,62721	4,57593
S2	Variâncias iguais assumidas	9,995	,006	-,330	17	,746	-,51282	1,55626	-3,79624	2,77059
	Variâncias iguais não assumidas			-,237	5,522	,821	-,51282	2,16177	-5,91549	4,88985
S3	Variâncias iguais assumidas	,345	,565	-1,686	17	,110	-4,71795	2,79811	-10,62144	1,18554
	Variâncias iguais não assumidas			-,1388	6,644	,210	-4,71795	3,40024	-12,84650	3,41060
Barreiras	Variâncias iguais assumidas	2,622	,124	-1,737	17	,100	-1,24359	,71578	-2,75376	,26658
	Variâncias iguais não assumidas			-,1399	6,422	,208	-1,24359	,88888	-3,38445	,89727

**Fonte:** Elaboração própria com recurso ao software informático IBM SPSS

## Apêndice - H

**Tabela 1** - Comparação Enfermeiro Diretor Vs. TSDT Diretor

### Estatísticas de grupo

	função_ULS	N	Média	Desvio Padrão	Erro de média padrão
satisfação_geral	Enfermeiro Diretor	15	38,5333	9,77509	2,52392
	TSDT Diretor	4	33,0000	8,83176	4,41588
S1	Enfermeiro Diretor	15	10,2667	3,28344	,84778
	TSDT Diretor	4	11,2500	2,21736	1,10868
S2	Enfermeiro Diretor	15	10,3333	2,69037	,69465
	TSDT Diretor	4	9,2500	3,59398	1,79699
S3	Enfermeiro Diretor	15	17,9333	5,37809	1,38862
	TSDT Diretor	4	12,5000	3,87298	1,93649
Barreiras	Enfermeiro Diretor	15	6,2667	1,53375	,39601
	TSDT Diretor	4	5,7500	2,98608	1,49304

**Fonte:** Elaboração própria com recurso ao software informático IBM SPSS

**Tabela 2** – Análise de Variâncias Enfermeiro Diretor Vs. TSDT Diretor

### Teste de amostras independentes

		Teste de Lévene para igualdade de variâncias		t	df	teste-t para Igualdade de Médias			95% Intervalo de Confiança da Diferença	
		Z	Sig.			Sig. (2 extremidades )	Diferença média	Erro de diferença padrão	Inferior	Superior
satisfação_geral	Variâncias iguais assumidas	,001	,976	1,023	17	,321	5,53333	5,41086	-5,88258	16,94925
	Variâncias iguais não assumidas			1,088	5,162	,325	5,53333	5,08627	-7,41878	18,48544
S1	Variâncias iguais assumidas	,421	,525	,560	17	,583	-,98333	1,75677	-4,68980	2,72314
	Variâncias iguais não assumidas			-,705	7,020	,504	-,98333	1,39567	-4,28169	2,31502
S2	Variâncias iguais assumidas	,567	,462	,671	17	,511	1,08333	1,61536	-2,32478	4,49145
	Variâncias iguais não assumidas			,562	3,945	,604	1,08333	1,92658	-4,29541	6,46208
S3	Variâncias iguais assumidas	,380	,546	1,877	17	,078	5,43333	2,89501	-,67461	11,54128
	Variâncias iguais não assumidas			2,280	6,510	,059	5,43333	2,38291	-,28856	11,15522
Barreiras	Variâncias iguais assumidas	3,314	,086	,490	17	,630	,51667	1,05439	-1,70791	2,74125
	Variâncias iguais não assumidas			,334	3,433	,757	,51667	1,54467	-4,06614	5,09947

**Fonte:** Elaboração própria com recurso ao software informático IBM SPSS

## Apêndice - I

**Tabela 1** - Comparação Diretores de Serviço Vs. Enfermeiro Gestor

### Estatísticas de grupo

	função_ULS	N	Média	Desvio Padrão	Erro de média padrão
satisfação_geral	Diretor de Serviço	52	35,5962	12,19492	1,69113
	enfermeiro gestor	51	32,6275	8,92628	1,24993
S1	Diretor de Serviço	52	10,0769	3,38883	,46995
	enfermeiro gestor	51	9,2745	2,87804	,40301
S2	Diretor de Serviço	52	9,6154	3,61453	,50125
	enfermeiro gestor	51	8,6078	2,73553	,38305
S3	Diretor de Serviço	52	15,9038	6,06585	,84118
	enfermeiro gestor	51	14,7451	4,93495	,69103
Barreiras	Diretor de Serviço	52	5,0385	1,93990	,26902
	enfermeiro gestor	51	5,1961	1,80022	,25208

**Fonte:** Elaboração própria com recurso ao software informático IBM SPSS

**Tabela 2** – Análise de Variâncias Diretores de Serviço Vs. Enfermeiro Gestor

### Teste de amostras independentes

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias				95% Intervalo de Confiança da Diferença	
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades )	Diferença média	Erro de diferença padrão	Inferior
satisfação_geral	Variâncias iguais assumidas	7,096	,009	1,408	101	,162	2,96870	2,10916	-1,21529
	Variâncias iguais não assumidas			1,412	93,484	,161	2,96870	2,10291	-1,20698
S1	Variâncias iguais assumidas	,401	,528	1,294	101	,199	,80241	,62007	-,42763
	Variâncias iguais não assumidas			1,296	98,988	,198	,80241	,61908	-,42598
S2	Variâncias iguais assumidas	6,733	,011	1,593	101	,114	1,00754	,63254	-,24724
	Variâncias iguais não assumidas			1,597	94,936	,114	1,00754	,63085	-,24487
S3	Variâncias iguais assumidas	3,328	,071	1,062	101	,291	1,15875	1,09080	-1,00511
	Variâncias iguais não assumidas			1,064	97,684	,290	1,15875	1,08863	-1,00169
Barreiras	Variâncias iguais assumidas	,220	,640	-,427	101	,670	-,15762	,36893	-,88948
	Variâncias iguais não assumidas			-,428	100,695	,670	-,15762	,36867	-,88898

**Fonte:** Elaboração própria com recurso ao software informático IBM SPSS

## Apêndice - J

**Tabela 1** - Comparação Grupos com Formação base em Saúde Vs. os que Não Têm

### Estatísticas de grupo

	Formação2	N	Média	Desvio Padrão	Erro de média padrão
satisfação_geral	sim	272	34,5699	9,83868	,59656
	nao ou N/A	42	37,8571	11,60440	1,79060
S1	sim	272	9,5772	3,00085	,18195
	nao ou N/A	42	10,5000	3,47289	,53588
S2	sim	272	9,2059	3,04364	,18455
	nao ou N/A	42	9,7857	3,09631	,47777
S3	sim	272	15,7868	5,14356	,31187
	nao ou N/A	42	17,5714	6,12131	,94454
Barreiras	sim	272	5,4007	1,76405	,10696
	nao ou N/A	42	5,6190	1,60718	,24799

**Fonte:** Elaboração própria com recurso ao software informático IBM SPSS

**Tabela 2** – Análise de Variâncias Grupos com Formação base em Saúde

Vs. os que Não Têm

### Teste de amostras independentes

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias					95% Intervalo de Confiança da Diferença	
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades )	Diferença média	Erro de diferença padrão	Inferior	Superior
satisfação_geral	Variâncias iguais assumidas	3,424	,065	-1,965	312	,050	-3,28729	1,67254	-6,57817	,00359
	Variâncias iguais não assumidas			-1,742	50,513	,088	-3,28729	1,88736	-7,07721	,50263
S1	Variâncias iguais assumidas	3,012	,084	-1,815	312	,071	-,92279	,50848	-1,92328	,07769
	Variâncias iguais não assumidas			-1,631	50,896	,109	-,92279	,56593	-2,05900	,21341
S2	Variâncias iguais assumidas	,006	,937	-1,146	312	,252	-,57983	,50576	-1,57496	,41530
	Variâncias iguais não assumidas			-1,132	53,966	,263	-,57983	,51217	-1,60669	,44703
S3	Variâncias iguais assumidas	1,476	,225	-2,038	312	,042	-1,78466	,87576	-3,50781	-,06152
	Variâncias iguais não assumidas			-1,794	50,337	,079	-1,78466	,99469	-3,78224	,21291
Barreiras	Variâncias iguais assumidas	,301	,583	-,755	312	,451	-,21831	,28918	-,78729	,35067
	Variâncias iguais não assumidas			-,808	57,373	,422	-,21831	,27008	-,75906	,32243

**Fonte:** Elaboração própria com recurso ao software informático IBM SPSS

## Apêndice - K

**Tabela 1** - Comparação de Regiões

### Estatísticas Descritivas

regiao		N	Média	Desvio padrão
Norte	satisfação_geral	38	32,4737	9,92876
	S1	38	8,8421	3,15823
	S2	38	8,5000	3,06462
	S3	38	15,1316	5,11580
	Barreiras	38	5,4474	1,75063
	N válido (de lista)	38		
Centro	satisfação_geral	54	33,6296	8,57442
	S1	54	9,2963	2,77883
	S2	54	8,4815	2,51592
	S3	54	15,8519	4,57807
	Barreiras	54	5,7963	1,84677
	N válido (de lista)	54		
Sul	satisfação_geral	118	33,6271	10,37073
	S1	118	9,2712	3,20699
	S2	118	9,0169	3,09944
	S3	118	15,3390	5,26271
	Barreiras	118	5,3051	1,88339
	N válido (de lista)	118		

**Fonte:** Elaboração própria com recurso ao software informático IBM SPSS

**Tabela 2** – ANOVA - Regiões

ANOVA					
		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z
S3	Entre Grupos	13,969	2	6,985	,272
	Nos grupos	5319,598	207	25,699	
	Total	5333,567	209		
Barreiras	Entre Grupos	8,943	2	4,472	1,305
	Nos grupos	709,171	207	3,426	
	Total	718,114	209		
satisfação_geral	Entre Grupos	41,464	2	20,732	,213
	Nos grupos	20127,659	207	97,235	
	Total	20169,124	209		
S1	Entre Grupos	5,966	2	2,983	,312
	Nos grupos	1981,634	207	9,573	
	Total	1987,600	209		
S2	Entre Grupos	14,410	2	7,205	,825
	Nos grupos	1806,948	207	8,729	
	Total	1821,357	209		

**Fonte:** Elaboração própria com recurso ao software informático IBM SPS

## Apêndice - L

**Tabela 1** - Comparação de ULS da Zona de Lisboa Vs. ULS Alentejo Central

### Estatísticas de grupo

	Periferia_lisboa	N	Média	Desvio Padrão	Erro de média padrão
satisfação_geral	ULSAC	41	35,7073	14,26051	2,22712
	Lisboa	39	32,8974	7,18110	1,14990
S1	ULSAC	41	9,6585	3,95354	,61744
	Lisboa	39	9,2308	2,80471	,44911
S2	ULSAC	41	9,6585	4,15698	,64921
	Lisboa	39	8,9487	2,05130	,32847
S3	ULSAC	41	16,3902	6,98884	1,09147
	Lisboa	39	14,7179	4,13552	,66221
Barreiras	ULSAC	41	5,6341	2,33191	,36418
	Lisboa	39	5,5128	1,57065	,25151

**Fonte:** Elaboração própria com recurso ao software informático IBM SPSS

**Tabela 2** – Análise de Variâncias ULS da Zona de Lisboa vs. ULS Alentejo Central

Teste de amostras independentes									
	Teste de Levene para igualdade de variâncias			teste-t para Igualdade de Médias					95% Intervalo de Confiança da Diferença
	Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades )	Diferença média	Erro de diferença padrão	Inferior	
satisfação_geral	Variâncias iguais assumidas	16,858	<.001	1,104	78	,273	2,80988	2,54453	-2,25588 7,87564
	Variâncias iguais não assumidas			1,121	59,703	,267	2,80988	2,50645	-2,20429 7,82405
S1	Variâncias iguais assumidas	4,388	,039	,556	78	,580	,42777	,76992	-1,10502 1,96055
	Variâncias iguais não assumidas			,560	72,238	,577	,42777	,76350	-1,09416 1,94969
S2	Variâncias iguais assumidas	29,107	<.001	,961	78	,340	,70982	,73887	-,76116 2,18080
	Variâncias iguais não assumidas			,976	59,029	,333	,70982	,72758	-,74604 2,16568
S3	Variâncias iguais assumidas	12,308	<.001	1,294	78	,199	1,67230	1,29231	-,90049 4,24508
	Variâncias iguais não assumidas			,310	65,523	,195	1,67230	1,27665	-,87697 4,22156
Barreiras	Variâncias iguais assumidas	10,140	,002	,272	78	,787	,12133	,44682	-,76822 1,01088
	Variâncias iguais não assumidas			,274	70,397	,785	,12133	,44259	-,76130 1,00395

**Fonte:** Elaboração própria com recurso ao software informático IBM SPSS

## Apêndice - M

**Tabela 1** – Médias de por afirmação

	N	Média	Desvio padrão
A criação das novas ULS foi acompanhada por uma estratégia de mudança bem definida.	314	2,47	,956
Houve um plano de transição estruturado para a implementação das novas ULS	314	2,38	,876
A estratégia de mudança teve em consideração as especificidades regionais e locais das ULS.	314	2,31	,885
A criação da DE-SNS contribuiu para uma melhor coordenação e gestão das mudanças no SNS	314	2,53	,901
A transição para o modelo de ULS enfrentou resistência por parte dos profissionais de saúde	314	2,82	,978
As infraestruturas e os recursos das ULS estavam preparados para a implementação do novo modelo.	314	2,34	,884
O financiamento e a alocação de recursos foram adequados para suportar a mudança.	314	2,37	,892
Os processos administrativos e burocráticos representaram um obstáculo à implementação das ULS.	314	2,61	1,002
A formação e capacitação dos profissionais foram adequadas para a adaptação ao novo modelo de gestão.	314	2,25	,914
A colaboração entre unidades hospitalares e cuidados de saúde primários melhorou após a implementação das ULS.	314	2,32	,989
Os profissionais de saúde sentiram-se envolvidos no processo de mudança.	314	1,93	1,001
A criação das novas ULS trouxe melhorias na acessibilidade e continuidade dos cuidados de saúde.	314	2,38	,875
As equipas de gestão das ULS têm demonstrado capacidade para liderar e gerir a mudança.	314	2,43	,889
O novo modelo organizacional permitiu uma melhor articulação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde	314	2,38	,908
A experiência dos utentes melhorou após a implementação das ULS	314	2,34	,901
O novo modelo organizacional contribuiu para a redução de tempos de espera e maior eficiência dos serviços.	314	2,24	,918
O envolvimento das administrações das ULS foi fundamental para a implementação bem-sucedida das mudanças.	314	2,32	,980
N válido (de lista)	314		

**Tabela 2** – Cálculo de Alfa Cronbach

### Resumo de processamento de casos

Casos	N		%
	Válido	314	
	Excluídos <sup>a</sup>	1	
Total		315	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

### Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,934	,935	17

**Fonte:** Elaboração própria com recurso ao software informático IBM SPS

## Apêndice - N

### Sugestão de melhorar a implementação e o funcionamento das novas ULS

• Participação ativa dos profissionais de saúde
• Nos Cuidados de saúde Primários (CSP) a implementação de novos modelos de gestão, tendo por base as reais necessidades dos utentes e não por listas de utentes por profissionais ou micro-equipas (USF) a funcionar, no sentido de rentabilizar os recursos (humanos, materiais, equipamento, instalações...). Investimento em outros técnicos (terapeutas, psicólogos...) e não só modelo biomédico, muito redutor nas respostas à população. Serviços de "urgências básicas" nos Centros de saúde para respostas imediatas simples e triagens para melhorar a acessibilidade às verdadeiras urgências. Não duplicação de serviços (Ex. visitas domiciliarias hospitalares, visitas domiciliarias dos CSP, ECCI etc) na ULS. Modelos de contratualização adequados, sistemas informáticos integrados e facilitadores dos processos clínicos e de gestão.
• Ter mais atenção as decisões e procedimentos que continuam a ser "hospitalocentricos" à semelhança de outras de ULS do passado, melhorar a comunicação com os profissionais e pela transparência
• Maior proximidade entre conselhos de administração e colaboradores. Não diferenciação entre colaboradores hospitalares e dos cuidados de saúde primários
• Voltar a gestão por ACeS
• Autonomia USF
• equidade funcional
• Envolver as equipas de profissionais na mudança
• A autonomia das USF está comprometida, considerando que a ULS não nos respeita. Não há negociações na realização da PAUF mas sim imposições por parte do CA da ULS. Há assédio moral em relação à realização de horas extras programadas para realização de consultas a utentes não inscritos na nossa USF.
• As ULS darem mais autonomia aos C. de Saúde.
• melhoria dos sistemas de comunicação entre os cuidados de saúde primários e hospitalares, de forma a facilitar a comunicação e envolvimento dos profissionais, o que de certa forma poderia melhorar a acessibilidade dos utentes
• melhorar as condições de trabalho dos e atratividade médica, é a única maneira do SNS voltar a funcionar
• Melhorar a comunicação entre CSP e cuidados hospitalares.
• Voltamos ao tempo do hospitalocentrismo, os gestores de topo, neste caso a administração não tem conhecimento do funcionamento das unidades funcionais do centro de saúde.
• todo o processo deveria ter sido precedido do devido planeamento e acuteladas as múltiplas variáveis
• Maior proximidade aos Cuidados de Saúde Primários (CSP) Maior valorização dos CSP Desburocratização de procedimentos
• Piorou bastante a questão das mobilidades de profissionais entre ULS, com USF literalmente paradas à espera de profissionais para compensar os que se reformam.
• Formação dos profissionais nos sistemas de informação, estabilizar as lideranças intermédias, aplicar incentivos financeiros às equipas de saúde
• Envolver os profissionais
• Apostar em gestores de caso para os doentes crónicos
• Criação de Planos de Cuidados Integrados
• Ouvir os profissionais de todas as carreiras e envolvê-los nos processos de mudança; Gestores mais próximos dos profissionais que levem em conta as suas sugestões;
• Maior autonomia
• Articulação real entre Cuidados de Saúde Primários e Hospitalares
• equipas multidisciplinares conjuntas
• Estabelecer auditorias independentes e benchmarks entre ULS
• Ajustar a dimensão e cobertura das ULS à realidade regional, evitar modelos "iguais para todos".
• envolvimento dos profissionais
• comunicar aos colaboradores as mudanças que se pretender efetuar
• Melhorar sistemas de informação

• Ouvir os profissionais de saúde
• autonomia de gestão
• comunicação eficaz
• devem envolver os profissionais e conhecer a realidade de cada ULS
• houve falhas claras de comunicação e de planeamento
• Deve haver um maior respeito pelos profissionais e envolver os colaboradores nas decisões
• deveria ter havido uma apresentação previa do novo modelo de gestão
• Transmitir aos profissionais de saúde os objetivos do novo modelo de gestão
• Envolvimento dos profissionais
• maior equidade entre os profissionais de saúde dos cuidados hospitalares e dos cuidados de saúde primários
• envolver os responsáveis de serviço para melhorar o processo de mudança
• deve começar por haver um maior respeito pelos profissionais de saúde, são esses que realmente conhecem as necessidades da ULS e nunca foram ouvidos
• a maior falha foi a de comunicação, nunca envolveram os profissionais
• Plano de mudança bem definido
• Dar autonomia de gestão dos serviços
• Não concordo com este modelo de gestão
• Dar às ULS autonomia na afetação de recursos, contratação e organização interna.
• Criar um sistema nacional de monitorização de ULS
• Definir objetivos de saúde específicos por território
• Assegurar coordenação efetiva entre hospitais e centros de saúde, com equipas partilhadas.
• Criar protocolos clínicos conjuntos e circuitos de referênciação diretos entre níveis de cuidados.
• Dar voz ativa aos profissionais na mudança da ULS.
• Dar às ULS autonomia na gestão de recursos humanos, orçamento e organização dos serviços.
• Comunicação
• Plano estratégico personalizado
• Criar um sistema informático único e intuitivo, que permita aos profissionais acederem facilmente ao histórico clínico do utente em qualquer ponto da ULS.
• Investir em formações práticas, workshops e sessões de esclarecimento sobre o novo modelo organizacional, gestão integrada e novos fluxos de comunicação.
• Criar conselhos consultivos locais com representantes de profissionais de saúde
• Criar indicadores claros de desempenho
• Criar um sistema informático único e partilhado entre hospitais e centros de saúde.
• Capacitar os profissionais sobre o novo modelo organizacional.
• Promover formações sobre gestão integrada e trabalho em rede.
• Envolver profissionais de saúde nos processos de decisão.
• Criar conselhos consultivos locais nas ULS.
• Criar canais de comunicação diretos e envolver os profissionais de saúde.
• Unificação dos sistemas de informação. O processo do cliente é único e mantém se fragmentado
• deve haver um Sistema informático unificado e de fácil acesso
• Gestão participativa e local dos profissionais de saúde.
• Unificar os registos clínicos entre hospitais e centros de saúde.
Oferecer formação contínua sobre o modelo ULS.
• Adaptar estratégias às realidades regionais e envolver os profissionais na tomada de decisão.
• Comunicação clara e eficaz e envolvimento dos profissionais.
• Definir uma missão clara centrada na integração de cuidados e no utente.
• Garantir que todos os níveis da organização partilhem objetivos comuns.
• Criar conselhos estratégicos com representantes de hospitais, cuidados primários, municípios e utentes

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover uma gestão baseada em dados, evidência e diálogo.</li> <li>• Associar metas claras aos contratos-programa de direção clínica e operacional.</li> <li>• Investir em tecnologias de apoio à decisão clínica e gestão.</li> <li>• Apoiar projetos-piloto de inovação local com impacto mensurável.</li> <li>• É necessário que a visão estratégica seja clara e transmitida aos profissionais.</li> <li>• Envolvimento de todos os grupos profissionais e internalização dos MCDT</li> <li>• Melhorar o envolvimento e a comunicação entre profissionais e CA, perceber os objetivos reais da DE-SNS.</li> <li>• Comunicação dos objetivos e planos estratégicos</li> <li>• Capacitação dos serviços com profissionais</li> <li>• Comunicação fluida entre equipas.</li> <li>• Seria importante envolver os profissionais e gestores na tomada de decisões locais.</li> <li>• Comunicar os objetivos e as metas.</li> <li>• Facilitar a comunicação entre entidades.</li> <li>• Deveria haver mais comunicação e dadas ferramentas de trabalho para uma melhor integração de cuidados.</li> <li>• dispersão geográfica entre serviços deve haver mais facilidade de acessos a MCDT's</li> <li>• Penso que deve haver equidade de tratamento dos profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários e os hospitalares.</li> <li>• O plano estratégico deve ser bem definido e transmitido entre gestão de topo e os colaboradores.</li> <li>• Parece-me que este tipo de gestão em saúde é demasiado complexo para que a implementação seja feita sem o envolvimento de todos os colaboradores das ULS</li> <li>• A maior falha são as Lideranças frágeis e pouco conhedoras, devem ser envolvidos todos os líderes da ULS.</li> <li>• Os profissionais não podem ser eles a definir estas políticas estratégicas, mas devem sempre participar e colaborar na implementação da mudança.</li> <li>• Proponho a criação de uma plataforma integrada de gestão e coordenação de cuidados, que promova a articulação real entre os diferentes níveis de cuidados (primários, hospitalares e continuados). Esta integração deve assentar numa liderança clínica capacitada, circuitos assistenciais bem definidos, interoperabilidade dos sistemas de informação, monitorização contínua de indicadores e apostar na humanização e literacia em saúde. A participação ativa dos profissionais e dos utentes é essencial para garantir o sucesso do modelo ULS.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• O fator mais importante será sempre um bom plano de ação.</li> <li>• não concordo com este tipo de sistema de Gestão</li> <li>• deve haver delegação de funções por setores de ação</li> <li>• Dar às ULS capacidade de decisão local sobre recursos humanos, organização dos serviços e investimento.</li> <li>• Conceder às ULS competências na gestão de recursos humanos e organização interna.</li> <li>• ULS com melhor acesso, maior proximidade, continuidade de cuidados</li> <li>• Estabelecer fluxos claros desde os cuidados primários até ao hospital, passando por cuidados continuados e domiciliários.</li> <li>• Unificar os cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e domiciliários sob uma mesma lógica assistencial.</li> <li>• Ajustar o financiamento às reais necessidades da instituição, incluindo recursos humanos. Verificar que os equipamentos dos CSP transitaram em péssimas condições para as ULS e ajustar o apoio a este nível, por forma a melhorar as condições de trabalho dos profissionais.</li> <li>• Dar poder real às administrações locais para recrutar, adaptar horários e decidir investimentos.</li> <li>• Dar maior autonomia às administrações das ULS para gerirem a ULS</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• É importante que a verdadeira integração de cuidados ocorra, dado que até agora não foi notada grande alteração relativamente ao que existia. Os CSP deverão ser mais valorizados e mais providos de recursos para que possam desenvolver o seu trabalho , principalmente no que refere à promoção da saúde e prevenção da doença, dado que daí poderão advir ganhos em saúde que serão sentidos em todos os níveis de cuidados.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mapear a capacidade instalada (equipas, hospitais, centros de saúde) e criar planos realistas.</li> <li>• Criar administrações locais com poder real de decisão e responsabilidade direta pelos resultados em saúde.</li> </ul>

- Dar às ULS a capacidade real para reorganizar equipas, criar soluções locais e adaptar a resposta às necessidades específicas de cada população.
- Deve haver um plano eficaz para a mudança e um envolvimento ativos dos profissionais.
- Penso que a chave está nos líderes, uma boa liderança define o sucesso da mudança.
- Devem ser estabelecidos indicadores de desempenho para avaliar a eficácia das ULS e da integração vertical de cuidados, permitindo ajustes conforme necessário.
- Devem ser estabelecidos indicadores de desempenho para avaliar a eficácia das ULS e da integração vertical de cuidados.
- Devem ser bem definidos claramente os papéis e as responsabilidades de cada nível de cuidado (primário, secundário e terciário) para evitar sobreposição e confusão.
- Deviam existir protocolos claros de encaminhamento de utentes entre os diversos níveis de cuidados para garantir uma transição fluída e eficaz.
- Comunicação ativa e transparente. Sem ela nada pode ser feito
- devem ser estudados modelos baseados em evidência para otimizar recursos no SNS.
- Deve haver maior comunicação e transparência nos objetivos a atingir.
- Antes que qualquer implementação os profissionais gestores devem ser envolvidos de forma a poder envolver os colaboradores e motivar para a mudança.
- os administradores devem consultar os colaboradores que estão no terreno e perceber os verdadeiros problemas e obstáculos que identificam para juntos os poderem ultrapassar.
- Deve haver uma partilha de planos de atividades.
- A prioridade será sempre ter em conta as necessidades de cada ULS e envolver todos os elementos das equipas na implementação da mudança.
- Melhoria/implementação de sistemas de informação bidirecional entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde hospitalares, para entrega de resultados dos exames realizados, com vista à diminuição da duplicação dos pedidos.
- Promover a comunicação e partilha de informação entre cuidados de saúde primários e hospital. Envolver mais as equipas dos CSP na tomada de decisão. Adaptar rapidamente os sistemas de informação e promover o acesso à intranet do hospital.
- A comunicação é fundamental.
- A maior barreira será sempre a capacidade de liderança no processo de mudança
- planeamento cuidadoso, capacitação das equipas, uma comunicação eficaz e um acompanhamento constante. Integração da gestão, na otimização dos recursos e na proximidade com o utente e profissionais.
- Deve haver uma boa estratégia para que a mudança seja mais fácil
- devem ser identificadas as barreiras à implementação da mudança
- Cada ULS enfrenta os seus desafios, as estratégias de implementação devem ser adequadas a cada realidade.
- Comunicação clara
- O segredo está na liderança. Se a liderança não for forte não se conseguirá implementar nada
- Deve haver equidade na delegação de funções
- A metodologia de implementação deve ser clara e simples de forma a serem envolvidos todos os profissionais.
- Deve ser elaborado um plano estratégico personalizado a cada ULS
- Cooperação entre serviços.
- A mudança deve ser gradual e planeada para que ocorra de forma calma e eficaz.
- Deve haver partilha de estratégias entre ULS.
- Deve haver um partilha de informação sobre as estratégias de gestão por parte da DE-SNS a todos os gestores envolvidos na mudança
- Uma comunicação transparente e motivadora combate as resistências e ajuda na implementação eficaz.
- Ignorar os medos e as inseguranças dos colaboradores leva sempre a uma falha na implementação seja de que mudança se trate. É importante ouvir os colaboradores e esclarecer as suas dúvidas.
- O plano de mudança deve ser bem estruturado e deve refletir as metas, o cronograma e os recursos devem ser definidos.
- Não devemos esquecer que as mudanças afetam pessoas e comportamentos, não só os sistemas.

<ul style="list-style-type: none"> <li>As mudanças exigem tempo, orçamento, pessoas e ferramentas.</li> </ul> <p>A falta de qualquer um deles pode comprometer a implementação.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>As mudanças exigem tempo, pessoas e ferramentas se assim não for a implementação da mudança pode ser comprometida.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Objetivos devem ser bem definidos e realistas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Envolver as pessoas desde o início, ouvindo as suas ideias e preocupações, aumentando assim o sentimento de envolvimento.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Alocar tempo, orçamento, tecnologias e pessoal suficientes garante condições reais de implementação.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Adaptar a mudança à cultura da empresa ou trabalhar paralelamente na transformação cultural aumenta a aceitação da mudança.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>comunicação e de partilha de informações</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>O fundamental será a ESTABILIDADE POLÍTICA.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Estabelecer um plano de ação com prazos e responsabilidades</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Estabelecer uma liderança envolvida.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Equipas sobrecarregadas tendem a resistir à adoção de novas mudanças, a liderança deve realocar recursos humanos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Reestruturação das equipas e possíveis realocações</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Os sistemas dos ACeS e hospitais devem estar complementarmente alinhados.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>A ULS deve ter autonomia real na gestão.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>É essencial que exista uma reorganização dos processos de trabalho e de coordenação interna.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>É fundamental que haja recursos adequados para que não se comprometa a implementação da mudança</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>É fundamental que as ULS estejam preparadas para lidar com inúmeras questões, adotando estratégias adequadas para superá-las e garantir uma transição bem-sucedida.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>É importante entender os modelos adotados pela DE-SNS, a importância da liderança e da motivação para a gestão da mudança é crucial.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Como em qualquer implementação o mais importante será sempre o envolvimento dos profissionais e a comunicação.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>A principal dificuldade do modelo ULS tem sido a substituição de profissionais que saem das USF por motivo de reforma e a mobilidade de profissionais entre ULS, com graves repercussões nas equipas, que se vêm obrigadas a recorrer a horas extras, profissionais reformados, dada a morosidade dos processos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Desenvolvimento Profissional Conjunto - Criando programas de intercâmbio e desenvolvimento profissional entre as diferentes ULS para promover a troca de conhecimentos e boas práticas;</li> </ul>
<p>Autonomia e Responsabilidade - Fomentando o aumento da autonomia das lideranças e implementando ferramentas de avaliação para garantir que as decisões são tomadas de forma eficiente, eficaz e responsável;</p>
<p>Integração de Cuidados - Facilitando a integração entre os diferentes níveis de cuidados (primários, secundários e continuados) para assegurar uma abordagem mais holística e contínua ao tratamento dos utentes e famílias;</p>
<p>Recursos e Infraestruturas - Investindo na melhoria das infraestruturas e na otimização dos recursos disponíveis para garantir que as ULS têm as condições necessárias para prestar cuidados de qualidade, elevando os padrões de boas práticas;</p>
<p>Avaliação e Melhoria Contínua - Implementando sistemas de monitorização e avaliação contínua para identificar áreas de melhoria e garantir que as ULS estão a funcionar de forma eficiente e eficaz, produzindo valor em saúde.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Um dos desafios mais preocupantes é a falta de profissionais no SNS. As ULS deveriam ter autonomia de contratação e organização.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Colmatar as falhas organizacionais estratégicas. Estudos como este são fundamentais para a real preceção dos profissionais de saúde que estão em campo e conhecem as verdadeiras necessidades para que a mudança seja eficaz. os erros devem ser corrigidos e a estratégia deve ser revista com atenção</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mudanças mal coordenadas, sem uma liderança clara ou um plano estratégico, vão sempre falhar.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Muitas mudanças são implementadas sem base sólida sem evidência científica e sem avaliação adequada do seu impacto. Essa é a primeira fala no sucesso da implementação.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Um ano depois da tentativa de implementar a mudança no SNS nenhum estudo foi feito ninguém consultou os gestores sobre como esta a correr a mudança. o feedback parece-me ser fundamental.</li> </ul>

- As principais falhas que comprometem uma mudança eficaz são sem dúvida as falhas de comunicação entre as equipas, entre a gestão de topo e os seus colaboradores, isso leva a equipas desmotivadas.
- Criar verdadeiros modelos de interligação de cuidados, MCDTs prescritos no hospital, realizados fora, descentralização de algumas consultas hospitalares, criação de verdadeiras acessórias de especialidades hospitalares como forma de libertar cuidados hospitalares, que tantas vezes recusam consultas...
- Coordenação eficaz
- Apostar na comunicação para mitigar a resistência à mudança
- Existirão sempre resistências à implementação da mudança, mas penso que uma comunicação clara e eficaz pode fazer a diferença
- A coordenação eficaz é fundamental para gerir possíveis conflitos que possam existir e levar a resistências.
- Uma forte capacidade de gestão e comunicação ativa são importantes. Deve ter-se em conta a realidade de cada ULS e da região do país onde se encontra bem como a população alvo.
- O objetivo das ULS deve estar bem definido, o plano estratégico deve ser claro e transmitido, devem ser delegadas responsabilidades para que a implementação seja bem sucedida
- É importante a existência e a partilha de um cronograma, para que sejam públicas as metas das ULS.
- Para que haja melhorias na implementação das ULS a aceitação da mudança é muito importante para evitar resistência. O envolvimento dos profissionais e a comunicação dos objetivos é muito importante neste processo.
- Auscultação dos RH
- Abertura às mudanças necessárias de todos os profissionais das ULS e respeito por todas as valências envolvidas na intervenção ao doente de forma a que seja o doente o cerne da questão.
- Terminar com o «feudo» das USF, que são unidades completamente blindadas e incapazes de sair fora do regulamento das mesmas, mesmo para bem do doente.
- Maior envolvimento nos processos de mudança
- É importante haver um alinhamento de ideias e estratégias entre os serviços das ULS e a Gestão de topo.
- Ter maior atenção ao tipo de trabalho executado a nível de cuidados de saúde primários, a ULS não está preparada para lidar com a realidade dos CSP.
- DEVE Haver CAPACIDADE DE COMUNICAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS E AS CHEFIAS
- melhor articulação entre CSP e CSH, maior proximidade, implementação de protocolos
- Melhorar a informação aos intervenientes no processo de mudança
- É importante fazer-se um estudo de custo eficácia deste tipo de gestão aplicado à realidade de cada região.
- terá que haver um aumento a eficiência sem comprometer a qualidade dos cuidados.
- Deve haver uma estratégia dirigida a cada realidade e região do país, tendo em conta a literacia em saúde, a densidade populacional e a capacidade de acesso.
- Tendo em conta os recursos são limitados, as ULS deveriam ter mais autonomia para reestruturação das suas valências e de contratação.
- O SNS organiza-se a nível territorial por níveis de saúde, e a nível funcional, por níveis de cuidados. Essa essência nunca se poderá perder e a sua gestão deve ser autónoma. Cada um deve ter os seus instrumentos próprios de gestão.
- Os objetivos do Serviço Nacional de Saúde devem ser claros e transmitidos a todos os envolvidos na mudança e na implementação das ULS.
- Os Cuidados de Saúde Primários são a primeira linha de contacto dos indivíduos, das suas famílias e da comunidade com o sistema de saúde, continuamos na minha ótica a esquecer essa premissa e dar mais relevo aos cuidados de saúde hospitalares.
- A Qualidade é cada vez mais a arma, segundo a qual as organizações de saúde sobrevivem e melhoram a sua produtividade. Deve apostar-se na qualidade da implementação e para isso a comunicação é fundamental.
- Um dos desafios, é a forma como os líderes e os gestores motivam os seus colaboradores. Gestor e líder, devem agir de forma a que a motivação seja uma constante.
- Unificar hospitais, centros de saúde e cuidados continuados sob uma mesma gestão pode gerar dificuldades na coordenação de práticas e normas. A Liderança é o fator mais importante.
- A definição clara de responsabilidades entre as várias entidades envolvidas deve ser expressa desde o primeiro momento.
- Dotar os serviços de recursos e de formação para uma melhor resposta, e mais articulada entre os diferentes serviços/unidades;

<p>Agilizar a articulação entre os diferentes serviços, o que em muitos casos se tornou mais burocrática, demorada e difícil.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A transformação organizacional exige uma liderança forte, com competências específicas em gestão da mudança, planeamento estratégico e gestão de equipas multidisciplinares. Parabéns pela coragem e bom trabalho.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impor menos e cooperar mais. Conhecimento da cultura organizacional dos CSP. Dar formação às estruturas de suporte aos recursos humanos. Adotar o sistema de gestão material clínico e farmacêutico da ARSS Norte.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• O modelo USF, por natureza do seu financiamento, é contrário à livre circulação de utentes dentro do SNS. Por isso o modelo de financiamento deve ser revisto.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Especificidades dos csp deve ser tido em conta e não centrar toda a atenção na área hospitalar</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• É fundamental uma análise de custos por ULS e por realidade. Não pode haver um único plano de ação. as ULS são todas diferentes, o número de utentes varia bem como as necessidades.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discordo completamente deste tipo de gestão em saúde.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• os CSP devem ter um destaque tão importante como os Cuidados Hospitalares, só assim a resposta à população pode melhorar nomeadamente nos tempos de espera do SU hospitalar. Deve ser dada a devida importância aos cuidados de proximidade.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• As mudanças essenciais no SNS envolvem tornar o sistema de saúde mais eficiente e ampliar os recursos disponíveis, assegurando assim a qualidade dos serviços prestados à população.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• É importante investir na modernização tecnológica dos hospitais e centros de saúde, isso pode agilizar diagnósticos e tratamentos, reduzindo assim os tempos de espera, os TMRG.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apostar na prevenção e educação para a saúde para reduzir a pressão sobre os serviços de urgência e melhorar a qualidade de vida da população. Melhorar a articulação entre os cuidados primários, hospitalares e continuados para contribuir para um acompanhamento mais eficiente dos utentes.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não concordo com este tipo de Gestão. Descentralizar a gestão permite uma resposta mais adaptada às necessidades locais e regionais.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforçar o financiamento do SNS e das ULS é fundamental para garantir meios humanos e materiais suficientes para responder às necessidades da população.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar sistemas de gestão mais eficientes nas ULS pode reduzir desperdícios e melhorar a alocação de recursos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para fortalecer as ULS, é essencial apostar numa gestão mais eficiente dos recursos humanos e materiais, garantindo que os profissionais de saúde estejam distribuídos de forma equitativa e que as unidades disponham dos meios necessários para responder com qualidade às exigências da população.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A criação de incentivos atrativos para fixar médicos, enfermeiros e TSDT em zonas com carência de profissionais, especialmente nas regiões do interior, pode reduzir desigualdades no acesso aos cuidados de saúde e reforçar o papel das ULS como resposta de proximidade.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• É urgente repensar os modelos de financiamento do SNS, atribuindo orçamentos às ULS com base em critérios de desempenho e necessidades populacionais, incentivando a melhoria contínua da qualidade dos serviços.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A integração real e funcional entre os diferentes níveis de cuidados – primários, hospitalares e continuados – através das ULS deve ser uma prioridade, promovendo um percurso de cuidados mais coordenado, centrado no utente e evitando redundâncias e falhas de comunicação.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A descentralização de competências e a autonomia das ULS na gestão dos seus recursos podem torná-las mais ágeis, eficazes e alinhadas com as necessidades concretas das comunidades que servem.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A adoção de boas práticas de governança, com liderança técnica competente e Accountability, pode reforçar a confiança no sistema de saúde e garantir uma gestão mais ética, eficiente e orientada para resultados.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A implementação eficaz das ULS exige uma estratégia nacional bem estruturada, que defina com clareza os objetivos, os modelos de governança e os mecanismos de monitorização, garantindo uma transição organizada e alinhada com as especificidades regionais.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• É essencial assegurar que as ULS sejam dotadas de autonomia administrativa e financeira, permitindo-lhes adaptar os serviços às necessidades reais das populações que servem, com maior rapidez e eficácia.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A criação de equipas multidisciplinares integradas, que promovam a continuidade dos cuidados desde a prevenção até à reabilitação, é uma condição fundamental para que as ULS possam oferecer respostas globais e centradas no utente.</li> </ul>

• Desburocratizar e simplificar para aproximar os serviços do utente.
• É importante que a gestão das ULS seja regional e dedicada a cada realidade.
• Aumenta a eficiência sem comprometer a qualidade dos cuidados
• Desenvolver uma visão clara e comunicar essa visão a todos os colaboradores.
• Ancorar mudanças na cultura.
• Uma liderança forte e próxima dos profissionais garante o alinhamento entre gestão e prática assistencial.
• As ULS existem para integrar cuidados primários, hospitalares e continuados, mas isso muitas vezes não se concretiza na prática. Devem ser estabelecidos planos de cuidados partilhados, com equipas multidisciplinares, protocolos únicos e sistemas de informação interoperáveis.
• Mudanças bem-sucedidas precisam do envolvimento de quem será diretamente impactado.
• A integração exige mudança de mentalidades e práticas.
• Maior envolvimento dos administradores e consciencialização da realidade dos serviços para tomada de decisões adequadas e realizáveis
• Promover a educação em saúde para empoderar os cidadãos sobre a gestão de sua saúde e utilização adequada dos serviços disponíveis.
• Mais autonomia dos CA
• É fundamental uma Comunicação efetiva durante o processo de mudança
• Devia haver elementos responsáveis de ligação entre os CSH e os CSP.
• O maior obstáculo a uma implementação eficaz é na minha ótica a instabilidade política e da Gestão de topo
• Superação da resistência individual e coletiva
• é importante uma reorganização das equipas multidisciplinares, e realocação de RH
• Alinhamento dos RH à missão e visão da organização
• Promoção de atitudes proativas frente à mudança
• Criação de equipas multidisciplinares e de gestão por caso, cada ULS é diferente da outra, bem como as unidades de cuidados de saúde primários
• Criar modelos de liderança compartilhada entre cuidados primários e hospitalares
• Definir objetivos comuns de desempenho para todos os níveis (Ex: tempos de resposta, continuidade de cuidados).
• Promover formação conjunta entre profissionais de diferentes níveis de cuidados (hospitalar, cuidados primários, cuidados continuados).
• Implementar uma mobilidade facilitada de profissionais entre serviços e equipas.
• Criar indicadores partilhados entre níveis de cuidados, acessíveis em tempo real.
• Definir indicadores de sucesso claros e públicos
• Promover literacia em saúde para incentivar o uso adequado dos serviços.
• Testar modelos de financiamento baseados em captação ajustada ao risco (orçamento por população e complexidade).
• Permitir maior autonomia de gestão orçamental às ULS, com responsabilização.
• Incentivar projetos piloto de inovação organizacional dentro das ULS.
• Criar laboratórios de inovação em saúde locais
• Estimular o uso de metodologias como Lean Healthcare, design thinking e melhoria contínua
• Planeamento conjunto com objetivos partilhados entre ACES e hospital
• maior articulação entre unidades de saúde primária e hospitalar
• A implementação das ULS deveria permitir Mobilidade funcional entre unidades, de forma a realocar RH.
• É importante que haja uma avaliação de custo-efetividade dos serviços
• Propõe-se que a contratação entre o Estado e as ULS seja baseada não apenas em volumes de atividade, mas também em resultados em saúde e indicadores de qualidade (Ex: taxa de re-hospitalizações evitáveis, controlo de doenças crónicas, satisfação dos utentes). Isso alinha os incentivos à melhoria contínua e à eficiência.
• Definir objetivos de desempenho regionais (ex.: diminuição de idas às urgências por causas evitáveis).
• Dar às ULS autonomia real na gestão dos seus orçamentos, com flexibilidade para contratar, investir ou adaptar recursos às necessidades locais.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criar uma resposta conjunta integrada para casos de dependência, fragilidade social ou alta hospitalar complexa.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uma das principais formas de promover uma cultura de integração real nas novas ULS é investir na formação conjunta e interprofissional. A capacitação de médicos, enfermeiros, técnicos e gestores com foco na articulação entre níveis de cuidados (primários, hospitalares e continuados) promove melhor comunicação, compreensão mútua de funções e alinhamento de práticas clínicas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A escuta ativa à população permite adaptar os serviços às reais necessidades do território e aumenta a confiança da comunidade no sistema de saúde. A co-criação de soluções com os utentes não só legitima a mudança, como contribui para a sua eficácia.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nas zonas rurais e de baixa densidade populacional, como muitas áreas abrangidas pelas ULS, é crucial levar os cuidados à comunidade. A criação de equipas móveis multidisciplinares permite realizar visitas domiciliárias, rastreios, apoio a doentes crónicos e acompanhamento de alta hospitalar</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para garantir responsabilidade e melhoria contínua, é essencial definir metas concretas de desempenho para cada ULS, adaptadas às especificidades regionais. Estes indicadores devem incluir métricas clínicas de satisfação dos utentes e de eficiência operacional</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muitos dos utentes que recorrem frequentemente ao sistema de saúde têm necessidades que ultrapassam o plano clínico, exigindo uma abordagem social e comunitária. Por isso, é urgente reforçar a articulação formal entre as ULS e os serviços de ação social, autarquias e IPSS. A integração entre saúde e apoio social permite respostas mais completas em casos de alta hospitalar, dependência ou situações de risco social. Esta integração reduz internamentos desnecessários e melhora significativamente a qualidade de vida dos utentes.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para garantir uma integração efetiva dos serviços na ULS, é necessário desenvolver uma cultura colaborativa entre os profissionais de diferentes áreas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover uma melhor implementação das Unidades Locais de Saúde exige uma abordagem estratégica, centrada nas pessoas (profissionais e utentes), na integração real dos cuidados e na criação de condições organizacionais e políticas adequadas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir um cronograma realista com fases bem delimitadas (diagnóstico, transição, consolidação)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não concordo com este tipo de gestão</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todo o sistema de funcionamento tem de melhorar em termos de sistemas de informação, de gestão de recurso humanos, de gestão financeira e de dispositivos clínicos. São necessárias novas formas de organização para que todos sejam parte de uma solução e não de um grande problema, que nos foi criado.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Devem ser estabelecidas metas claras e mensuráveis com indicadores de desempenho clínico e organizacional.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criar grupos de trabalho mistos (cuidados primários, hospitalares, administração) para fomentar a cultura de co-construção.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os profissionais devem ser valorizados com formação contínua em gestão integrada, comunicação interprofissional e liderança.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• O sucesso das ULS depende, em grande medida, do envolvimento ativo dos profissionais de saúde, que são os principais agentes da mudança. A participação dos médicos, enfermeiros, técnicos e administrativos nos processos de decisão e planeamento promove o sentimento de pertença e reduz a resistência à mudança.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Devem ser criados fóruns de consulta, comissões multidisciplinares e grupos de trabalho colaborativos. Além disso, é essencial investir na valorização dos profissionais, através da formação contínua em temas como trabalho em equipa, gestão integrada de cuidados, liderança clínica e uso de tecnologias digitais.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uma boa implementação das ULS exige uma estrutura de governação clara, eficaz e participativa.</li> </ul> <p>É importante que os órgãos de gestão das ULS incluam representantes dos diferentes setores de cuidados e promovam uma tomada de decisão partilhada, com base em critérios clínicos, organizacionais e financeiros.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A definição precisa de funções e responsabilidades ajuda a evitar conflitos.</li> </ul> <p>A promoção de uma cultura de liderança colaborativa, baseada na transparência e na prestação de contas, é essencial para garantir a confiança e o alinhamento estratégico.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A sustentabilidade das ULS depende de um modelo de financiamento que reflita as suas necessidades reais e estimule a melhoria contínua dos cuidados.</li> </ul> <p>Deve existir um orçamento inicial robusto que cubra os custos da transição, nomeadamente em infraestruturas, sistemas de informação e formação.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• É fundamental que as ULS se organizem em torno das necessidades reais das pessoas e não das estruturas organizacionais.</li> </ul> <p>Os cuidados devem ser prestados de forma coordenada ao longo do tempo, em todos os níveis, com foco na continuidade, personalização e humanização.</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• É fundamental que a reforma das ULS vá além da integração administrativa e fortaleça verdadeiramente os cuidados de saúde primários, tornando-os o ponto de entrada preferencial no sistema</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não basta reorganizar estruturas; é necessário promover uma mudança cultural dentro das organizações. Isso envolve, incentivar a confiança mútua entre os serviços, reforçar valores como a solidariedade, ética e empatia. Estimular a aprendizagem organizacional e o reconhecimento do mérito.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deveria ser criada uma equipa técnica especializada para apoiar a fase de implementação, seria responsável por acompanhar prazos, resolver entraves e garantir alinhamento entre serviços.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criar contratos-programa internos entre unidades, que estabeleçam metas e recursos específicos para centros de saúde e hospitais dentro da ULS. Assim podem promover responsabilização, eficiência e cumprimento de objetivos comuns</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular intercâmbio de profissionais entre unidades. Deviam ser promovidas trocas temporária de funções (Ex: médico de CS trabalha temporariamente no hospital). Para um aumento da compreensão mútua, empatia e fluidez na articulação.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deveriam se realizar reuniões de “reflexão clínica” interserviços. Encontros regulares entre médicos, enfermeiros e técnicos dos vários níveis de cuidados. Para discussão de casos complexos e propostas de melhoria conjunta.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• As ULS são hospitalocêntricas e não houve desenvolvimento na articulação dos CSP com os hospitais que venham colmatar as necessidades nas unidades de saúde. Os gestores hospitalares não estavam preparados para integrar a realidade das USF e isto limitou muitos avanços. Os circuitos de contatos para melhor orientar as necessidades nas USF's deveriam ter sido acauteladas e divulgados antes da implementação no terreno das ULS. Centralizar todos os processos burocráticos, sem previamente reforçar as equipas trouxe muitos transtornos. Planificação prévia para as mudanças nas USF teria sido mais produtivo.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não concordando com este tipo de gestão parece me sensato envolver os profissionais de saúde no processo de mudança uma vez que são eles os principais agentes da mudança</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A mudança deve ser co construída, não imposta. Envolver desde o início, profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, TSDT's, administrativos).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A chave pode ser a criação de grupos de trabalho temáticos. Usar plataformas internas para explicar a mudança e recolher feedback e reforçar a liderança participativa e transparente.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antes de se escalar a mudanças, deveria haver projetos-piloto em cada ULS, respeitando as suas necessidades, com equipas motivadas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mais proximidade entre as diversas unidades da ULS.</li> </ul>

## Apêndice - O

Ano	Autor	Título	Palavras-chave	Objeto de Estudo	Método	Principais Resultados	Conclusões	Resumo / Visão Geral da Obra	Aplicação ao Trabalho	Limitações / Contexto de Aplicação	Seção Aplicável na Dissertação	
2009	Ferreira De Sousa, Paulino Artur	O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios	Sistema de saúde português, evolução histórica, desafios	Analise do desenvolvimento do sistema de saúde em Portugal, com enfoque na sua evolução e principais reformas	Não especificado	Não disponível	Enfatiza-se a Reforma da Saúde como elemento central no processo de desenvolvimento institucional do SNS	Analisa criticamente os avanços e retrocessos do sistema de saúde português, contribuindo para a compreensão do contexto atual	Contextualização histórica e estrutural da saúde em Portugal	Não indicado	Mudança na Saúde - Portugal	
2014	Hayes, John	The Theory and Practice of Change Management	Gestão da mudança	Gestão da mudança, capítulos 2 a 7	Analise teórica e prática da gestão da mudança organizacional	Não especificado	Não disponível	Não disponível	Apresenta ferramentas práticas e quadros teóricos sobre os modelos de mudança aplicáveis a instituições de saúde	Útil para desenvolver uma compreensão geral sobre os modelos de mudança aplicáveis a instituições de saúde	Livro académico geral, não direcionado à saúde	Gestão da Mudança - Modelos
2015	Maziero, Vanessa Gomes; Rossit, Fernanda Lúcia	<i>Influence of organizational culture on participation in the management of a Brazilian public hospital.</i>	Cultura organizacional, modelos organizacionais, participação	Estudo sobre como a cultura organizacional influencia a gestão participativa num hospital público brasileiro	Revisão integrativa da literatura (bases de dados: Scopus, Web of Science, etc.)	De 450 artigos iniciais, apenas 14 foram selecionados para análise aprofundada	A cultura organizacional determina o nível de envolvimento dos profissionais nos processos de gestão	Aborda o impacto da cultura institucional na adoção de modelos de gestão participativa	Mostra como diferentes culturas organizacionais podem facilitar ou dificultar mudanças	Estudos limitados à realidade brasileira	Gestão na Saúde no Geral	
2018	Burke, W. MacKenzie	Organizational Change: Theory and Practice	Organizational Change	Livro, capítulos 1, 2, 10, 13	Reflexão sobre a mudança organizacional como fenômeno contínuo e adaptativo	Não especificado	As organizações mudam constantemente em resposta ao ambiente	As tentativas de mudança falham frequentemente por falta de alinhamento interno evisão	Explora os principais fatores que facilitam ou impedem a mudança organizacional sustentável	Foco genérico, requer adaptação ao contexto da saúde	Mudança na Saúde - Modelos	
2020	Sakellaridis, Constantino	Serviço Nacional de Saúde: Desafios da Atualidade ao Futuro	Serviço Nacional de Saúde	Disparidades na assistência, indicadores de qualidade, inovação	Identificação dos principais desafios enfrentados pelo SNS face às transformações contemporâneas	Revisão de literatura	Defende uma abordagem integrar informação, estratégica e centrada no cidadão para superar desafios do SNS	Destaca a necessidade de integrar conhecimento e planeamento estratégico na gestão pública da saúde	Fundamenta o diagnóstico dos desafios atuais da saúde pública	Mudança na Saúde - Portugal		

Fonte: Elaboração própria