



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Escola Nacional de Saúde Pública

Doutoramento em Saúde Pública



LIDERANÇA E ESTRATÉGIA EM CONTEXTO DE INOVAÇÃO

NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE: ESTUDOS DE CASO

Luís Manuel Dias Fialho de Moraes

Orientador:

Professor Doutor Luís Manuel da Graça Henriques

Co-orientador:

Professor Doutor Jorge Correia Jesuíno

LISBOA

2010



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Escola Nacional de Saúde Pública

Doutoramento em Saúde Pública



LIDERANÇA E ESTRATÉGIA EM CONTEXTO DE INOVAÇÃO

NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE: ESTUDOS DE CASO

Luís Manuel Dias Fialho de Moraes

Dissertação elaborada para a obtenção do Grau de Doutor em Saúde Pública,
especialização em Política, Gestão e Administração de Saúde
pela Escola Nacional de Saúde Pública
da Universidade Nova de Lisboa.

Orientador:

Professor Doutor Luís Manuel da Graça Henriques

Co-orientador:

Professor Doutor Jorge Correia Jesuíno

LISBOA

2010

“Leadership is not rank, privileges, titles or money. It is responsibility.”

Peter F. Drucker, 1996

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos

João Pedro e Luís Miguel

Pela aventura da vida

Aos meus pais

João e Idália

Pelo orgulho

À minha mulher

Goreti

Pela confiança

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Luís Graça, pela sua cumplicidade e pela reflectida visão que nos transmitiu em termos de apoio teórico-metodológico, estratégia, inovação e mudança, liderança e liderança na inovação, assim como, pelo constante incentivo que nos proporcionou ao longo deste trabalho.

Ao Professor Doutor Correia Jesuíno pela disponibilidade, pelos conselhos, novas perspectivas e preciosas sugestões que nos manifestou e que permitiu apresentar este trabalho.

À Professora Doutora Ana Escoval pelo incentivo, disponibilidade, novas abordagens e sugestões que permitiram apresentar este trabalho.

Ao Professor Doutor Vasco Reis pelo exemplo inspirador, conselhos, perspectivas e sugestões que nos manifestou.

Ao Professor Doutor António Sousa Uva e Dr. Manuel Delgado, que se prontificaram a colaborar e a abrir portas, no sentido da realização deste trabalho.

Agradeço igualmente aos Mestres Isabel Andrade e Pedro Aguiar a pronta disponibilidade e colaboração dada na pesquisa bibliográfica e na organização da respectiva bibliografia, assim como no esclarecimento de questões estatísticas.

A todos os professores e colegas, pelo trilhar deste difícil e longo caminho comum.

Aos Conselhos de Administração das Unidades por mim visitadas, assim como, aos que foram objecto do meu estudo de caso – Hospital das Descobertas, Hospital da Luz, Hospital de La Ribera, Hospital de S. Sebastião e Unidade Local de Saúde de Matosinhos – , em especial Eng. Isabel Vaz, Dr. António Manuel Nunes, Dr. Hugo Meireles, Dr. João Carlos Lopes Martins, Dr. Manuel Marin Ferrer, Dr. Nuno Morujão, a permissão e colaboração que nos proporcionou.

Um obrigado a todos os colaboradores dessas Unidades Hospitalares, que amavelmente e de forma voluntária se prestaram a fazer parte da amostra deste estudo e sem os quais este trabalho não teria sido possível.

Aos meus amigos e família que me apoiaram e acreditaram em mim.

Abreviaturas e siglas

ACES	– Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS	– Agência de Contratualização em Serviços de Saúde
ESSAUDE	– Espírito Santo Saúde
CA	– Conselho de Administração
CEO	– Chief Executive Office
CSP	– Cuidados de Saúde Primários
CSV	– Conselleria de Sanitat Valenciana
ENSP	– Escola Nacional de Saúde Pública
EPE	– Entidade Pública Empresarial
ERP	– Software de Gestão
EUPHA	– European Public Health Association
GES	– Grupo Espírito Santo
HCD	– Hospital Cuf Descobertas
HL	– Hospital da Luz
HR	– Hospital de La Ribera
HSS	– Hospital de S. Sebastião
I&D	– Investigação e Desenvolvimento
JCI	– Joint Commission International
LOFAGE	– Lei de Organização e Funcionamento da Administração Geral do Estado
NC	– Nota de Campo
NHS	– National Health Service
NPM	– New Public Management
OCDE	– Organização Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	– Organização Mundial de Saúde

OPSS	– Observatório Português de Sistemas de Saúde
p	– Grau ou nível de significância
PME	– Pequenas e Médias Empresas
PPP	– Parcerias Público Privado
SA	– Sociedade Anónima
SIADAP	– Sistema Integrado de Gestão e Avaliação de Desempenho da Administração Pública
SNS	– Serviço Nacional de Saúde
SPA	– Sector Público Administrativo
ULS	– Unidades Locais de Saúde
ULSM	– Unidade Local de Saúde de Matosinhos
UNL	– Universidade Nova de Lisboa
USF	– Unidades de Saúde Familiar
UTE	– União Temporal de Empresas
WB	– World Bank

RESUMO

A presente investigação procura descrever e compreender como a estratégia influencia a liderança e como esta por sua vez interage nos processos de inovação e mudança, em organizações de saúde. Desconhecem-se estudos anteriores, em Portugal, sobre este problema de investigação e da respectiva problemática teórica.

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo que envolveu 5 organizações de saúde, 4 portuguesas e 1 espanhola, 4 hospitais (dois privados e uma unidade local de saúde). Utilizou-se uma abordagem mista de investigação (qualitativa e quantitativa), que permitiu compreender, através do estudo de caso, como se articulam a estratégia, a liderança e a inovação nessas cinco organizações de saúde.

Os resultados do estudo empírico foram provenientes da recolha de dados efectuada através de observação directa e estruturada, entrevistas com actores-chave, documentos em suporte de papel e digital, e ainda inquérito por questionário de auto-resposta a uma amostra (n=165) de actores do *line* e do *staff* (Administradores, Directores de Serviço/Departamento, Enfermeiros Chefe e Técnicos Coordenadores) das cinco organizações de saúde.

Tanto o modelo de Miles & Snow (estratégia organizacional), como o modelo dos valores contrastantes de Quinn (cultura organizacional e liderança), devidamente adaptados, mostram-se heurísticos e provam poder aplicar-se às organizações de saúde, apesar a sua complexidade e especificidade. Tanto as organizações do sector público como do sector privado e organizações públicas concessionadas (parcerias público privadas) podem ser acompanhadas e monitorizadas nos seus processos de inovação e mudança, associados aos tipos de cultura, liderança ou estratégia organizacionais adoptadas.

As organizações de saúde coabitam num *continuum*, onde o ambiente (quer interno quer externo) e o tempo são factores decisivos que condicionam a estratégia a adoptar. Também aqui, em função da realidade dinâmica e complexa onde a organização se move, não há tipologias puras. Há, sim, uma grande plasticidade e flexibilidade organizacionais.

Quanto aos líderes, exercem habitualmente a autoridade formal, pela via da circular normativa. Não são pares (*nem primi inter pares*), colocam-se por vezes numa posição de superioridade, quando o mais adequado seria a relação de parceria, cooperação e procura de consensos, com todos os colaboradores, afim de serem eles os verdadeiros protagonistas e facilitadores da mudança e das inovações.

Como factores facilitadores da inovação e da mudança, encontrámos nas organizações de saúde estudadas o seguinte: facilidade de aprender; visão/missão adequadas; ausência de medo de falhar; e como factores inibidores: falta de articulação entre serviços/departamentos; estrutura organizacional (no sector público muito verticalizada e no sector privado mais horizontalizada); resistência à mudança; falta de tempo; falha no tempo de reacção (o tempo útil para a tomada de decisão é, por vezes, ultrapassado).

Palavras Chave

Estratégia, Liderança; Inovação, Mudança; Organizações de Saúde; Estudo de Caso

ABSTRACT

The present research seeks to describe and understand how strategy influences leadership and how this in turn interacts in the process of innovation and change in health organizations. Previous studies on these topics are unknown in Portugal, about this research problem and its theoretical problem.

This is an exploratory and descriptive study that involved 5 health organizations, 4 Portuguese and 1 Spanish. We used a mixed approach of research (qualitative and quantitative), which enabled us to understand, through case study, how strategy and leadership were articulated with innovation in these five health organizations.

The results of the empirical study came from data collection through direct observation, interviews with key actors, documents and survey questionnaire answered by 165 participants of *line* and *staff* (Administrators, Medical Directors of Service /Department, Head Nurses and Technical Coordinators) of the five health organizations.

Despite their complexity and specificity, both the model of Miles & Snow (organizational strategy) and the model of the Competing Values Framework of Quinn (organizational culture and leadership), suitably adapted, have proven heuristic power and able to be apply to healthcare organizations.

Both public sector organizations, private and public organizations licensed (public-private partnerships) can be tracked and monitored in their processes of innovation and change in order to understand its kind of culture, leadership or organizational strategy adopted.

Health organizations coexist in a *continuum*, where the environment (internal and external) and time are key factors which determine the strategy to adopt. Here too depending on the dynamic and complex reality where the organization moves, there are no pure types. There is indeed a great organizational plasticity and flexibility.

Leaders usually carry the formal authority by circular normative. They are not pairs (or *primi inter pares*). Instead they are, sometimes, in a position of superiority, when the best thing is partnership, collaboration, cooperation, building consensus and cooperation with all stakeholders, in order that they are the real protagonists and facilitators of change and innovation.

As factors that facilitate innovation and change, we found in health organizations studied, the following: ease of learning; vision / mission appropriate; absence of fear of failure, and as inhibiting factors: lack of coordination between agencies / departments; organizational structure (in the public sector it is too vertical and in the private sector it is more horizontal); resistance to change; lack of time and failure in the reaction time (the time for decision making is sometimes exceeded).

Keywords

Strategy, Leadership, Innovation, Change, Health Organizations, Case study

ÍNDICE

CAPITULO I – INTRODUÇÃO	1
CAPITULO II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	11
2.1. TEORIA DAS ORGANIZAÇÕES	11
2.1.1. OS HOSPITAIS COMO ORGANIZAÇÕES	16
2.1.2. PROFISSÕES ESPECIALIZADAS VERSUS ORGANIZAÇÕES ESPECIALIZADAS	18
2.1.3. A EMERGÊNCIA DE NOVOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	20
2.1.4. GOVERNAÇÃO CLÍNICA	25
2.2. ESTRATÉGIA ORGANIZACIONAL	29
2.2.1. O CONCEITO DE ESTRATÉGIA	29
2.2.2. EVOLUÇÃO DO PENSAMENTO ESTRATÉGICO	30
2.2.3. DEFINIÇÃO DE ESTRATÉGIAS ORGANIZACIONAIS	31
2.2.4. MODELOS DE ANÁLISE ESTRATÉGICA	32
2.2.4.1. O modelo Miles & Snow	33
2.2.4.2. Estratégia organizacional em organizações de saúde	40
2.3. LIDERANÇA	45
2.3.1. O CONCEITO DE LIDERANÇA	45
2.3.2. MODELOS DE LIDERANÇA	48
2.3.3. CARACTERÍSTICAS DA LIDERANÇA	54
2.3.4. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DOS LÍDERES	56
2.3.4.1. Características dos líderes do futuro	57
2.3.5. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DAS ORGANIZAÇÕES DE SUCESSO	57
2.3.6. LIDERANÇA NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE	58
2.3.7. PODER E INFLUÊNCIA	60
2.4. INOVAÇÃO E MUDANÇA	64
2.4.1. O CONCEITO DE INOVAÇÃO	64
2.4.2. O CONTEXTO DA INOVAÇÃO	67
2.4.3. TEORIAS E PRÁTICA DA INOVAÇÃO	76
2.4.3.1. Os Modelos de Inovação	77
2.4.4. A MUDANÇA E A MUDANÇA ORGANIZACIONAL	81

2.4.4.1. <i>Processos de gestão da mudança em Saúde</i>	85
2.4.4.2. <i>Falhas ou Barreiras à Inovação</i>	89
2.4.5. INOVAÇÃO NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE E SUAS DIFICULDADES.....	91
2.4.5.1. <i>Barreiras à inovação em saúde</i>	98
2.4.5.2. <i>Facilitadores da inovação em saúde</i>	101
2.5. LIDERANÇA NA INOVAÇÃO	104
2.5.1. O MODELO DOS VALORES CONTRASTANTES.....	107
2.5.2. LIDERANÇA EM CONTEXTO DE INOVAÇÃO EM ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE.....	117
 CAPÍTULO III – MATERIAIS E MÉTODOS	123
3.1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO.....	124
3.2. OBJECTIVOS.....	125
3.3. PROBLEMÁTICA TEÓRICA (TRIÁDE ESTRATÉGIA – LIDERANÇA – INOVAÇÃO).....	126
3.4. MODELO DE ANÁLISE.....	128
3.5. DESENHO DO ESTUDO.....	130
3.6. MÉTODOS E TÉCNICAS DE RECOLHA DE DADOS.....	133
3.6.1. <i>Entrevistas Exploratórias</i>	133
3.6.2. <i>Observação Directa e Estruturada</i>	134
3.6.3. <i>Entrevistas em Profundidade</i>	135
3.6.4. <i>Inquérito por Questionário</i>	136
3.6.5. <i>Pré-Teste</i>	139
3.7. MÉTODOS E TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS.....	140
3.7.1. <i>O tratamento estatístico</i>	140
3.8. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	141
3.8.1. OS CINCO CASOS.....	142
3.8.1.1. <i>Hospital S. Sebastião</i>	143
3.8.1.2. <i>Unidade Local de Saúde de Matosinhos</i>	144
3.8.1.3. <i>Hospital de La Ribera</i>	145
3.8.1.4. <i>Hospital da Luz</i>	145
3.8.1.5. <i>Hospital Cuf Descobertas</i>	146
3.9. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	148
3.10. LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	149
 CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	151
4.1. ENTREVISTAS EXPLORATÓRIAS.....	151

4.1.1. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS EXPLORATÓRIAS.....	151
4.2. ANÁLISE DA OBSERVAÇÃO DIRECTA E ESTRUTURADA.....	155
4.3. ANÁLISE DO QUESTIONÁRIO.....	158
4.3.1. <i>Questões sobre o modelo adaptado de Miles & Snow</i>	158
4.3.2. <i>Modelo dos Valores Contrastantes: cultura organizacional</i>	159
4.3.3. <i>Modelo dos Valores Contrastantes: liderança</i>	161
4.3.4. <i>Unidades de saúde em relação à estratégia</i>	162
4.3.5. <i>Unidades de saúde em relação à inovação</i>	163
4.3.6. <i>Unidades de saúde em relação à liderança</i>	163
4.3.7. <i>Unidades de Saúde (casos) versus a Estratégia, Inovação e Liderança</i>	164
4.3.8. <i>Relação entre a Estratégia Organizacional e a Inovação</i>	167
4.3.9. <i>Maiores Obstáculos à Inovação</i>	168
4.4. ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE.....	171
4.5. ANÁLISE DAS REFLEXÕES FEITAS PELOS CONSELHOS DE ADMINISTRAÇÃO.....	172

CAPÍTULO V – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 175

5.1. MODELO ADAPTADO DE MILES & SNOW.....	175
5.2. MODELO ADAPTADO DOS VALORES CONTRASTANTES DE QUINN.....	181
5.3. OUTRAS PONTOS QUE SUSCITAM SER ANALISADOS.....	189
5.4. ANÁLISE COMPARATIVA DOS CASOS.....	197

CAPÍTULO VI – CONCLUSÕES..... 207

Bibliografia

ANEXOS

ANEXO A – OS SERVIÇOS DE SAÚDE EM PORTUGAL

ANEXO B – OS SERVIÇOS DE SAÚDE EM ESPANHA

ANEXO C – O QUE SE PASSA FORA DE PORTAS

ANEXO D – INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

ANEXO D1 – INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO

ANEXO D2 – GUIÕES DE ENTREVISTAS EXPLORATÓRIAS

ANEXO D3 – GUIÃO DE ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE

ANEXO E – GRÁFICOS E QUADROS

ANEXO F – NOTA DE CAMPO

ANEXO G – ENTREVISTAS EXPLORATÓRIAS

ANEXO H – PEDIDOS E AUTORIZAÇÕES DOS CONSELHOS DE ADMINISTRAÇÃO

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº 1 – Componentes da governação clínica.....	26
Figura nº 2 – O ciclo adaptativo de Miles & Snow.....	35
Figura nº 3 – Modelo de liderança dos Valores Contrastantes (quadrantes e eixos).....	49
Figura nº 4 – Modelo adaptado de Kline e Rosenberg (1986).....	78
Figura nº 5 – Quadrante Superior Esquerdo do Modelo dos Valores Contrastantes de Quinn e colaboradores.....	111
Figura nº 6 – Quadrante Superior Direito do Modelo dos Valores Contrastantes de Quinn e colaboradores.....	112
Figura nº 7 – Quadrante Inferior Direito do Modelo dos Valores Contrastantes de Quinn e colaboradores.....	114
Figura nº 8 – Quadrante Inferior Esquerdo do Modelo dos Valores Contrastantes de Quinn e colaboradores.....	115
Figura nº 9 – Modelo dos Valores Contrastantes de Quinn e colaboradores.....	116
Figura nº 10 – Os quatro tipos de orientação estratégica (e o reflexo das ‘zonas de conforto estratégico’).....	271
Figura nº 11 – Modelo de análise.....	129
Figura nº 12 – Aplicação matricial da estratégia organizacional e da inovação.....	200
Figura nº 13 – Aplicação matricial da cultura organizacional e da inovação.....	202
Figura nº 14 – Aplicação matricial da liderança e da inovação.....	203

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1 – Número de respondentes do questionário por grupo etário e por Unidades de Saúde (n=165) (%).....	147
Gráfico nº 2 – Análise dos resultados dos respondentes ao questionário segundo o modelo adaptado de Miles & Snow.....	158

Gráfico nº 3 – Análise dos resultados dos respondentes ao questionário segundo o Modelo adaptado dos Valores Contrastantes (Cultura Organizacional).....	159
Gráfico nº 4 – Análise dos resultados dos respondentes ao questionário segundo o Modelo adaptado dos Valores Contrastantes (Liderança).....	162
Gráfico nº 5 – <i>Score</i> das Unidades de Saúde (inovação).....	166
Gráfico nº 6 – A estratégia organizacional está ligada e os processos de inovação.....	168
Gráfico nº 7 – Os três maiores obstáculos à inovação na sua organização de saúde	169
Gráfico nº 8 – Existência de portfólio de inovação na organização.....	169
Gráfico nº 9 – A organização utiliza <i>software</i> de gestão para apoiar os processos de mudança.....	170
Gráfico nº 10 – Existência de incentivos com expressão pecuniária.....	170

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1 – Descrição das componentes da governação clínica.....	27
Quadro nº 2 – Comparação entre estratégia militar e empresarial.....	29
Quadro nº 3 – Características das organizações defensivas segundo a tipologia de Miles & Snow.....	36
Quadro nº 4 – Características das organizações prospectivas segundo a tipologia de Miles & Snow...	37
Quadro nº 5 – Características das organizações analisadoras segundo a tipologia de Miles & Snow....	38
Quadro nº 6 – Estrutura da sociedade segundo Max Weber.....	45
Quadro nº 7 – Responsabilidades fundamentais da administração.....	47
Quadro nº 8 – Características de Comportamento dos líderes.....	50
Quadro nº 9 – Componentes da liderança transformacional e transaccional.....	51
Quadro nº 10 – Diferenças entre Gestores e Líderes.....	53
Quadro nº 11 – Características que um Líder deve ter na Gestão de pessoas.....	55
Quadro nº 12 – Principais Funções da Liderança Relativamente ao Grupo.....	56
Quadro nº 13 – Implementação das mudanças organizacionais segundo o modelo de Lewin-Schein	86
Quadro nº 14 – Características dos quatro quadrantes de acordo com o foco, valores, líder, situação, propósito, práticas, pessoas, ambiente e medidas.....	113
Quadro nº 15 – Natureza jurídica (estatutos) e sua descrição.....	120

Quadro nº 16 – Dimensões do ciclo adaptativo e características dos tipos estratégicos	
Organizacionais.....	138
Quadro nº 17 – Questionários aplicados e recolhidos à amostra das unidades de saúde.....	142
Quadro nº 18 – Dados sobre as unidades de análise em estudo.....	143
Quadro nº 19 – Número de respondentes ao questionário por género e por Unidade de Saúde (n=165).....	147
Quadro nº 20 – Distribuição dos resultados dos respondentes por cargo que desempenha na sua organização e por unidade de saúde (n=165).....	148
Quadro nº 21 – Distribuição dos resultados dos respondentes de acordo com o <i>line ‘versus’ staff</i> e pelas unidades de saúde (n=165).....	149
Quadro nº 22 – Quadro-Resumo da Observação Directa e Estruturada: Estratégia organizacional.....	156
Quadro nº 23 – Quadro-Resumo da Observação Directa e Estruturada: Inovação.....	157
Quadro nº 24 – Quadro-Resumo da Observação Directa e Estruturada: Liderança.....	157
Quadro nº 25 – Distribuição das médias, medianas e % de positivos nas unidades de saúde em relação à estratégia, inovação e liderança.....	164
Quadro nº 26 – <i>Scores</i> das unidades de saúde em relação à estratégia, inovação e liderança.....	166
Quadro nº 27 – <i>Scores</i> dos grupos profissionais (<i>Staff</i> e <i>Line</i>), em relação à estratégia, inovação e liderança.....	167
Quadro nº 28 – <i>Scores</i> das Unidade de Saúde (<i>Sector Público e Privado</i>), em relação à estratégia, inovação e liderança.....	167
Quadro nº 29 – Distribuição dos comentários por categorias.....	171
Quadro nº 30 – Distribuição dos comentários por categorias.....	172
Quadro nº 31 – Principais características das unidades de saúde (casos) em estudo.....	198
Quadro nº 32 – Gestão das organizações: modelo tradicional e modelo inovador	205

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

A escolha de um tema e a sua pertinência como objecto de estudo não são fruto do acaso. Nelas estão sempre implicados o investigador e os seus interesses ou preferências, de natureza científica, intelectual, profissional e até emocional. Com esta tese de dissertação – *Liderança e estratégia em contexto de inovação nas organizações de saúde: estudos de caso* – para obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública o seu autor também não foge à regra.

As questões da estratégia organizacional, bem como da liderança em contexto de inovação ou mudança no campo da saúde, são questões que já me acompanham, ao longo de uma experiência profissional de mais de duas décadas de anos, como Técnico Superior de Saúde no Hospital de Nossa Senhora da Graça – Tomar (hoje Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE). Aqui desempenhei entre outras funções, as de (i) coordenador do Departamento de Formação Permanente; (ii) membro da Comissão de Qualidade; e (iii) coordenador do grupo de Melhoria Contínua de Qualidade. Sou hoje (iv) responsável pelos sectores de Química Clínica e Imunologia do Laboratório de Patologia Clínica da mesma unidade.

Esta presença, que considero um privilégio e uma honra, no desempenho destas diversas actividades e funções em contexto hospitalar, assim como o desenvolvimento da Dissertação de Mestrado (*Comunicação intra-organizacional e processos de mudança. Estudo de caso num Centro Hospitalar*), defendida em 2006 na ENSP/UNL, em que recorri ao método do estudo de caso, levaram-me a tentar compreender melhor os processos de estratégia, liderança e mudança nas organizações de saúde.

Os resultados da dissertação de mestrado apontavam no sentido de a comunicação intra-organizacional ser um recurso estratégico para o processo de mudança organizacional em curso (neste caso a fusão e a integração de três Hospitais Distritais num Centro Hospitalar), não estando no entanto esse recurso a ser devidamente optimizado. Por outro lado, a comunicação formal deveria ser melhorada recorrendo a meios adequados (*intranet*, normas e informações escritas), diminuindo assim a comunicação informal e a possibilidade de resistência à mudança. Os directores de serviço, por seu turno, concentravam em si muita informação, mas não a partilhavam com os seus colaboradores, gerando incerteza, desconfiança, ansiedade e boato.

As organizações de saúde podem ser classificadas na categoria das organizações especializadas, ou seja, aquelas que são estabelecidas com o fim específico de criar, aplicar, manter ou comunicar o conhecimento, e empregando no mínimo 50% de especialistas ou

profissionais altamente qualificados. Estas organizações têm características muito distintas de outras, como as empresas de produção, nomeadamente no que toca aos diferentes actores em presença, como sejam: doentes, administradores hospitalares, médicos, enfermeiros, outro pessoal técnico especializado, pessoal administrativo e fornecedores externos (por exemplo, pessoal integrado nas operações, pessoal de limpeza e segurança). Neste contexto, a presente investigação vai limitar o seu âmbito apenas a alguns destes actores, nomeadamente administradores hospitalares, médicos, enfermeiros e outros técnicos de saúde, ou seja, aqueles cujas funções se podem enquadrar nos conceitos de *line* e *staff*.

Contrariamente ao que se passa nas empresas (nomeadamente na indústria transformadora), em que a autoridade do *staff* (p. ex., o engenheiro de organização e métodos, o informático, o especialista em comunicação e marketing) é limitada às funções especializadas, ao sistema técnico e organizacional de trabalho, nas organizações de saúde a autoridade dos especialistas ou *staff* (por ex., médicos, enfermeiros, farmacêuticos, investigadores) sobrepõe-se à autoridade administrativa (*line*), na medida em que eles têm o controlo efectivo das actividades-fins da organização. Habitualmente são as tecnoestruturas a tomar decisões que envolvem as organizações de saúde.

Na generalidade em qualquer tipo de organização, independentemente da sua natureza, a liderança e estratégia em contexto de inovação e mudança são fundamentais.

O principal objecto das organizações de saúde é a prestação de cuidados de saúde às pessoas (que são também cidadãos, contribuintes e clientes). Existe uma tendência generalizada, quer por parte dos poderes instituídos, quer por parte das populações, em considerar que a noção de rentabilidade (económico-financeira) que é formulada para a generalidade dos sectores da economia, não se deverá aplicar ao sector da saúde.

A orientação para o mercado é determinante para o bom desempenho de qualquer negócio. Nas organizações de saúde tem-se verificado uma orientação para o ambiente externo em diversos domínios: (i) a melhoria do *design* logístico das organizações de saúde (que se verifica, por exemplo, na triagem inicial que se utiliza nas organizações de saúde do sector privado); (ii) uma melhor organização dos serviços (ao nível administrativo com a sua integração/centralização e complementaridade entre eles); (iii) a melhoria da qualidade das instalações de recepção dos doentes e acompanhantes (a nível das amenidades, por

exemplo o Hospital da Luz, oferece quartos individuais, climatização, acesso a internet, entre outros).

Contudo, ao nível dos cuidados de saúde, e ao contrário de outros, pode-se viver uma situação única: utilizar os melhores meios, as melhores equipas e as melhores condições, mas o objectivo final do serviço, que deverá ser a resolução do problema que conduziu o doente até ele, pode não ser garantido. Ou seja, o utente pode ser assistido pelos melhores técnicos de saúde, ter acesso aos meios tecnológicos mais sofisticados, as condições físicas das organizações de saúde serem as mais modernas e eficazes, mas se o doente falece ou fica em situação de inferioridade ou de incapacidade permanente, qual será a percepção de qualidade de serviço por parte dos seus familiares, amigos e acompanhantes?

Apesar dos avanços relevantes, as pessoas exigem cada vez melhor nível de qualidade técnica e humana (incluindo a segurança do doente). Esta situação coloca enormes desafios às organizações de saúde e aos profissionais que nelas trabalham. As despesas com a saúde crescem exponencialmente, enquanto os locais e os horários de funcionamento das organizações de saúde não são os adequados às necessidades, expectativas e preferências dos utentes.

As reformas realizadas em vários países europeus, nos serviços de saúde, nomeadamente no Reino Unido e na Suécia, levaram a que o consumidor tivesse maior liberdade, o que no futuro pode ter efeitos perversos, podendo conduzir nomeadamente a uma explosão das despesas de saúde.

A liderança nas organizações de saúde afecta: (i) a maneira como o serviço é prestado; (ii) a maneira como os seus objectivos são alcançados; e (iii) o desempenho (*performance*).

Com a necessidade de inovação (e de mudança) quer ao nível organizacional quer ao nível técnico, e, com a pressão que se exerce nas organizações de saúde, para que sejam alcançados objectivos não só económicos (quantidade e qualidade da produção) mas também sociais (comportamentais, ambientais, políticos, como a efectivação do direito à saúde), exigem-se hoje líderes e lideranças fortes, que saibam estabelecer empatia com os seus colaboradores, mas, e acima de tudo, que saibam interpretar os sinais que a envolvente externa emite, que interajam com ela e que sejam flexíveis o suficiente de modo a responder em tempo oportuno.

As mudanças que afectam a vida das organizações têm levado à construção de modelos e teorias sobre estratégia, liderança e inovação que se observam ao nível organizacional, e onde a envolvente, externa e interna, é fundamental.

Existe uma grande lacuna na literatura de gestão sobre a problemática da liderança e estratégia em contexto de inovação nas organizações de saúde. Assim sendo, é colocada uma questão de investigação que se pretende, se não respondida, pelo menos melhor equacionada e compreendida, no fim deste trabalho: *Como se exerce a liderança e se define a estratégia em contexto de inovação nas organizações de saúde?*

O que se entende por inovação e o que a distingue do conceito de mudança? A inovação é a capacidade de criar e/ou aplicar, nas organizações, novo conhecimento ou de recombinar conhecimento existente, numa perspectiva sistémica, contribuindo para uma gestão mais eficaz, um desenvolvimento sustentado, a criação de valor e a obtenção de vantagens competitivas. O conceito de inovação capta três importantes características: (i) novidade; (ii) a componente de aplicação; e (iii) a intenção de uso.

Por sua vez, a mudança é a alteração da estrutura e forma de funcionamento de uma organização — o seu redesenho, se quisermos — com o propósito de a tornar mais competitiva e ajustada às realidades do mercado (ou do seu meio ambiente pertinente), ou seja corporiza um processo de transformação global da organização, alterando o funcionamento do sistema como um todo, o que encerra em si próprio uma ruptura dos equilíbrios existentes e das relações entre os seus subsistemas. A mudança é sempre sócio-técnica, sócio-organizacional, mais sistémica e mais global; a inovação pode ser apenas técnica, mais parcelar, mais pontual.

As estratégias inovadoras de que as organizações se dotam dizem respeito, a maior parte das vezes, a alterações estruturais e processuais e, mais raramente, a uma verdadeira mudança, aquela que reporta à globalidade da organização. De facto, é frequente as organizações (nomeadamente em Portugal) atribuírem uma elevada prioridade a uma inovação do tipo tecnológico — que é equiparada e assimilada a um garante de modernização e de competitividade empresarial —, e relegarem para segundo plano a inovação organizacional ou sócio-organizacional. Ora não se muda por decreto nem por simples determinismo tecnológico.

A debilidade das iniciativas de mudança organizacional reside, precisamente, no facto de, na maioria dos casos, se ignorar, escamotear ou negligenciar o subsistema cultural da

organização, ou seja, na prática, a cultura organizacional não muda, acabando por se não tirar o melhor partido das potencialidades da inovação (por exemplo, novas tecnologias de produção implicam sempre novas formas de organização do trabalho, contrariamente à prática, que foi corrente entre nós, das “fábricas de chave na mão”).

A mudança cultural ou sócio-cultural reside e fundamenta-se no facto de que, aquando da implementação de uma estratégia inovadora, os valores, as orientações, as definições e os objectivos poderem permanecer idênticos. Noutros termos, não basta mudar os componentes *materiais* do trabalho e da organização do trabalho, é preciso alterar também mexer nos componentes *imateriais*, não tangíveis e não imediatamente objectiváveis. Sem isso qualquer inovação e/ou mudança pode manifestar-se ‘*curta*’, superficial, não-duradoura, podendo gerar até efeitos perversos ou não-esperados.

Exemplos de inovações (algumas das quais podendo não desencadear necessariamente um processo de mudança):

- Com o aparecimento de novas abordagens cirúrgicas, menos invasivas e com uma maior rapidez na recuperação, como p. ex. a cirurgia laparoscópica, houve a necessidade de redireccionar o utente do internamento para a cirurgia do ambulatório, com a consequente vantagem para o doente (rápida recuperação, não estadia num serviço de internamento), para o sistema/serviço (menor custo na intervenção) e para a sociedade (menor tempo de recuperação, estando apto para desempenhar as suas funções mais cedo);
- *Clearing house*: sistema de regularização, monitorização e compensação de facturas entre entidades do SNS que se deve ao facto de estas entidades facturarem entre si os serviços prestados, pretendendo-se fomentar o processo de circularização mensal de clientes e fornecedores e proceder à regularização de dívidas inter-instituições do SNS (desde 2007);
- Constituição de Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde, com regimes jurídicos e configurações organizacionais, tendo por objectivo a integração de serviços, permitindo inovar ao nível dos processos de gestão.

A inovação quer seja *tecnológica* (novos equipamentos médicos) ou *não tecnológica* (novas formas de gestão), *incremental* (indústria farmacêutica com aplicação de certas moléculas para outros fins) ou *radical* (nanotecnologias) é fundamental para o desenvolvimento de qualquer organização. Esta pode ocorrer através da introdução de novos

produtos/serviços, processos e práticas de gestão. Através da inovação, as organizações constroem no presente as bases do seu desenvolvimento futuro.

A certa altura julgava-se ter a resposta para muitos dos problemas associados à liderança e estratégia em contexto de inovação. No entanto, não foi bem assim. O que se descobriu foram temas recorrentes que vezes sem conta sustentaram o processo eficaz de liderança em contexto de mudança ou inovação.

Um desses temas é a importância do comportamento do líder na definição de cultura da organização e o comportamento dos colaboradores, individualmente ou em grupo. Uma liderança eficaz, numa organização em mudança ou em fase de inovação, não é tanto o que o líder *diz*, mas o que ele realmente *faz* (*com e através* dos outros e às vezes *contra* alguns). Numa organização de saúde isto traduz-se numa estratégia organizacional, de olhos postos no meio envolvente, nos colaboradores, no seu público-alvo (cidadão/utente), e não no conselho de administração.

Neste sentido podemos dizer que os novos desafios da liderança nas organizações de saúde estão em certa medida dependentes do processo de inovação e mudança.

O aumento da pressão económica e financeira sobre o sector da saúde tem contribuído para a formulação de critérios e metodologias que suportem, por exemplo, a decisão clínica na saúde. Algumas dessas metodologias são de cariz quantitativo, enquanto outras se baseiam na recolha e avaliação de informação de natureza qualitativa que ajude a suportar essa decisão. Podemos colocar em dúvida alguns modelos de avaliação relacionados com a saúde, até porque, por exemplo, não são comparáveis ensaios clínicos de medicamentos com programas de prevenção da doença ou de promoção da saúde. Ou seja, as metodologias de avaliação devem ser diferentes consoante o objecto em causa.

O sistema de saúde em Portugal vive reformas significativas resultantes de um conjunto de factores, dos quais se destacam: (i) as taxas de crescimento médio anual dos preços, no sector da saúde, muito superiores às dos restantes bens e serviço; (ii) a massa salarial do sector da saúde que tem tido uma taxa de crescimento superior à da administração pública em geral; (iii) o enquadramento orçamental imposto pela Comissão Europeia, obrigando os Estados-membros a reformularem as suas políticas orçamentais; (iv) o modelo de gestão dos hospitais do sector público que é deficiente, o que conduz a ineficiências significativas como a duplicação de serviços, hospitais sobredimensionados para a população que abrangem; e, por fim, (v) o enquadramento constitucional português, obrigando o Estado a

dar resposta às necessidades de saúde dos portugueses, com base em critérios como a equidade e a universalidade.

Por outro lado, o Estado tem vindo a introduzir reformas no sector da saúde, tais como: (i) implementação de uma primeira experiência do regime jurídico das Parcerias Público-Privado (PPP), através de um contrato de gestão simples, que se concretizou num segundo contrato de 2004, assinado entre a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) e a respectiva sociedade gestora, pertencente ao Grupo José de Mello Saúde, que alterou o contrato inicial de 1995, através do Hospital Fernando da Fonseca (HFF) ou Amadora-Sintra, e que terminou em 2009 (OPSS, 2008), na área da saúde o contrato de gestão do HFF é uma forma particular de PPP (OPSS, 2003); (ii) contratualização de parcerias a formular pelo Estado para virem a ser controladas e corrigidas ao longo da vigência do contrato-programa (sem menção a qualquer tipo de inovação); (iii) elaboração de planos de negócio (*Business Plans*) onde era estabelecida a estratégia a ser seguida, as metas a atingir, os objectivos a cumprir entre outros; (iv) introdução de inovações jurídicas na tentativa de implementar a gestão empresarial nos hospitais públicos do SNS (inicialmente com a formulação 'Hospitais, SA' e mais tarde 'Hospitais, EPE'), embora mantendo alguns hospitais públicos sem alteração da sua personalidade jurídica ('Hospitais do Sector Público Administrativo') e posteriormente a criação de alguns Centros Hospitalares (Integração Horizontal); (v) promoção de uma maior participação dos cidadãos nas despesas de saúde, quer através do aumento das taxas moderadoras, quer através da fixação de valores-limite por acto médico, ou ainda por via de preços de referência dos medicamentos; (vi) constituição de Unidades Locais de Saúde (com integração de Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Diferenciados e Continuados – Integração Vertical); (vii) a constituição de Unidades de Saúde Familiares (USF) e Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e (viii) a Regulação do sector com a criação da Entidade Reguladora da Saúde (ERS).

A oferta de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados, é vasta e complexa. Esta oferta não é suportada muitas vezes em critérios racionais, articulados e complementares entre si, de modo a garantir aos utentes/doentes os cuidados de saúde de qualidade e em tempo útil que necessitam (acesso: o doente quando acede no SNS não deve 'andar a entrar e a sair' em função das suas necessidades de cuidados; deve ser o próprio sistema a referenciá-lo), nem em visões partilhadas e complementares (confluem nos

serviços de saúde vários actores com diferentes poderes e com visões diferenciadas — médicos de família e de especialidades médicas de costas voltadas e com diferentes percepções do que deve ser a sua função no SNS, por exemplo).

Nos serviços de saúde, e em particular nos hospitais, existe um obstáculo que provavelmente não será único no sector terciário, mas que no presente caso é mais evidente e determinante: os doentes não possuem os conhecimentos adequados e suficientes para fazerem uma avaliação do serviço prestado. As inovações com cariz *radical* (representam mudanças drásticas nos produtos/serviços — p. ex. nanotecnologia aplicada a novos fármacos) são escassas e tratam doenças muito específicas, o que contribui para uma dificuldade adicional sobre a avaliação do seu impacto no desempenho dos hospitais e respectivos serviços (departamentos), sendo as inovações de cariz *incremental* (que reflectem pequenas melhorias — p. ex. indústria farmacêutica com aplicação de certas moléculas para outros fins) mais abundantes nestes serviços de saúde, sem que o seu impacto seja visível.

A percepção dos doentes não deve ser negligenciada, contudo, na presente investigação não será tida em conta, sem prejuízo de se dar a conhecer os benefícios da inovação. Alguns dos actores principais das organizações de saúde (administradores, médicos, enfermeiros entre outros), por possuírem um conhecimento técnico mais aprofundado sobre cada uma das suas áreas, estão em melhores condições para ajudar a responder à questão fundamental desta investigação, que relembro: como se exerce a liderança e se define a estratégia em contexto de inovação (e mudança) nas organizações de saúde?

A melhoria dos resultados das organizações de saúde pode não se justificar apenas pelos aumentos dos investimentos em inovação tecnológica, que no caso nem são reportados nos contratos-programa e pouca expressão têm nos relatórios de actividade. Por exemplo, uma organização de saúde pode aumentar os seus resultados num dado serviço especializado porque a população abrangida por essa mesma organização pode ter aumentado significativamente, independentemente do investimento realizado em inovação tecnológica.

O número de organizações de saúde em Portugal que possuem inovação com cariz radical é muito pequeno. Mais ainda, as inovações que têm existido centram-se mais ao nível do modelo de gestão (experiência do Hospital Amadora-Sintra) (vd Anexo A), Hospital de S. Sebastião, Unidade Local de Saúde de Matosinhos e Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio). Este facto condicionará todo o percurso da investigação. Perante tal constrangimento, a abordagem de investigação adequada será o estudo de caso.

Tanto quanto sabemos, até meados de 2009, existiam apenas duas experiências de Parceria Público-Privado (PPP) no sector da saúde: o Serviço Saúde 24 (centro de atendimento do SNS), e o Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul, sediado em Brás de Alportel. No entanto nenhuma delas se enquadra no tipo de organizações que estamos a estudar (unidades hospitalares). Nem há ainda investigação avaliativa conclusiva sobre essas duas experiências pioneiras.

Daí termos recorrido à nossa vizinha Espanha, mais concretamente à comunidade autónoma de Valência e ao Hospital de La Ribera (Departamento de Saúde de La Ribera). Em Portugal, o estudo foi efectuado na Unidade Local de Saúde de Matosinhos e no Hospital de S. Sebastião (sector público) bem como no Hospital Cuf Descobertas e no Hospital da Luz (sector privado).

Em suma, esta temática assume uma relevância crescente quer pelo facto de a qualidade de vida das pessoas assumir uma importância cada vez maior, quer pelo impacto económico que o sector dos serviços de saúde já assumiu. O SNS apresenta problemas de funcionamento de gestão acrescidos, e que têm sido progressivamente corrigidos pelo Estado, ainda que de forma demasiado lenta e excessivamente centralizada. Perante um cenário tão complexo, importa saber como é que a liderança e a estratégia em contexto de inovação reforçam a tomada de decisão e contribui para a melhoria dos serviços prestados. Iremos, assim, abordar a estratégia organizacional, a liderança e a inovação.

A presente tese é composta por seis capítulos.

No capítulo I – introduzimos o tema de investigação, e delineamos a sua justificação e a estrutura da tese.

No capítulo II – Fundamentação teórica – desenvolvemos e clarificamos a problemática da estratégia organizacional, através de diferentes modelos teóricos; abordam-se as barreiras e as suas especificidades na liderança e inovação e as suas implicações nas organizações de saúde, e desenvolvemos ainda uma discussão sobre a mudança organizacional em organizações de saúde e a percepção das relações individuais e colectivas, entre os grupos profissionais.

No capítulo III – Material e métodos –, apresentamos a fundamentação das questões de investigação, as características de estudo realizado – *exploratório* e *descritivo* – e a abordagem adoptada – *estudo de caso*. Esclarece-se as razões da adopção de certos

instrumentos de recolha de dados (revisão da literatura, observação directa e estruturada, entrevista exploratórias, e inquérito por questionário), assim como, as questões de investigação e os objectivos do estudo. As técnicas qualitativas e quantitativas de análise de dados são utilizadas, fundamentando a lógica de complementaridade desta combinação para uma melhor legitimação das informações recolhidas, através da triangulação dos dados qualitativos e quantitativos com a realidade observada. Também as características sócio-demográficas são importantes para perceber porque há unidades mais activas e grupos profissionais mais envolvidos que outros.

No capítulo IV – Apresentação dos resultados – analisamos os resultados fazendo uma análise descritiva e os comentários considerados pertinentes.

No capítulo V – Discussão dos resultados – discutem-se os resultados deste estudo de caso tendo em conta o quadro conceptual de referência, bem como a experiência profissional e pessoal do investigador.

Por fim, no capítulo VI – Conclusão e recomendações – é dado realce aos resultados que se consideram mais relevantes, nomeadamente em termos de gestão e administração e, a partir deles, são formuladas algumas recomendações tanto para investigadores como para gestores no intuito de que sejam aplicadas as melhores estratégias de desenvolvimento organizacional com vista à optimização dos recursos, e a um melhor desempenho em prol dos utentes da saúde.

CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. TEORIA DAS ORGANIZAÇÕES

Quando existe uma *necessidade social*, surgem e formam-se organizações para responder a essa necessidade. Uma organização é uma entidade social conscientemente criada para um dado fim, devidamente coordenada, gozando de fronteiras relativamente bem delimitadas, que funciona numa base relativamente contínua (Bilhim, 2004). Também pode ser vista simplesmente como o somatório dos meios utilizados para dividir o trabalho em tarefas distintas, e em seguida assegurar a necessária coordenação desses mesmos meios (Mintzberg, 1995).

Esta noção de organização apresenta dois significados: por um lado, designa *unidades e entidades sociais*, conjuntos práticos, como por exemplo, as fábricas, os bancos, a administração pública. Por outro, o mesmo termo aponta para certas *condutas e processos sociais*, como: o acto de organizar tais actividades, a disposição dos meios relativamente aos fins, a integração dos diversos membros num sistema coerente. Pode-se entender então que a ideia de função de uma organização materializa-se sob a forma de objectivos, enquanto instrumentos orientadores da própria organização.

O processo de formalização de uma organização, isto é, as suas políticas, regulamentos, objectivos, procedimentos e rotinas, pretende garantir de forma efectiva um determinado comportamento esperado. Com a formalização do ambiente interno as organizações tornam-se mais eficientes e efectivas.

Os objectivos são a fonte de legitimidade (a razão de ser da organização), e também constituem os elementos que permitem a avaliação da própria organização. Por outras palavras, organização representa a coordenação racional de actividades de um certo número de pessoas, tendo em vista a realização de um objectivo ou intenção explícita e comum, através de uma divisão do trabalho e funções, de uma hierarquia de autoridade e de responsabilidade (Bilhim, 2004).

Considera-se que qualquer organização é composta por duas ou mais pessoas que interagem entre si, através de relações recíprocas para atingir objectivos comuns. Desta forma, a organização é trabalhada intencionalmente pelo homem, para atingir determinados objectivos (explícitos, organizacionais), e para definir a estrutura interna da organização.

Perante esta perspectiva, a organização pode também ser vista sob dois aspectos: (i) a *organização formal*: baseada na divisão do trabalho, na diferenciação e integração, ou seja, é a organização planeada; (ii) a *organização informal*: é a que surge espontaneamente entre as pessoas da organização formal, ou seja, forma-se com o aparecimento de grupos informais através de interacções e relacionamentos sociais.

Duas imagens da organização e da sua estrutura são encontradas nesta abordagem. A primeira é aquela que decorre da análise do organigrama da organização, a segunda é a que advém das relações internas das várias unidades, dos membros que a compõem e das suas interacções. Assim sendo, verifica-se que a organização é uma realidade dinâmica e que a estrutura se vai adaptando aos movimentos sociais e pessoais dos elementos do grupo.

Mais sinteticamente ainda, por organização deverá entender-se: (i) uma unidade social (ou agrupamento humano) intencionalmente construída e reconstruída, a fim de atingir objectivos específicos; (ii) definida no tempo e no espaço; (iii) possuindo normas e um aparelho de autoridade/poder.

As organizações de saúde são organizações altamente especializadas onde existe uma grande aposta na inovação, na qualidade, os processos estão em constante mudança, a aprendizagem é contínua, assim como, o desenvolvimento pessoal e a compreensão interpessoal.

As características básicas das organizações são classicamente definidas pela existência de: (i) uma divisão de tarefas (princípio fundador da organização e da diferença entre grupos estruturados e não estruturados); (ii) uma distribuição de papéis (divisão social do trabalho); (iii) um sistema de autoridade (de modo a adequar o comportamento dos membros da organização aos papéis distribuídos e à realização dos objectivos instituídos); (iv) um sistema de comunicação (com o fim de pôr os indivíduos em relação uns com os outros e com o exterior); (v) um sistema de contribuição — remuneração (definindo o que cada um deve dar à organização e receber em troca) (Graça, 1992).

Em face dos problemas da evolução acelerada das nossas sociedades, e do esgotamento do modelo de *management* clássico das organizações baseadas em estruturas fortemente hierarquizadas e centralizadoras, típicas do Taylorismo-Fordismo, não se pode responder à complexidade senão por estruturas simples, compostas por homens organizados em unidades operacionais autónomas (Crozier, 1994). Não se pode mais governar por regras e por ordens, há que reexaminar os motivos dos comportamentos humanos, mais

precisamente, a forma como se consegue obter as convergências e coordenações indispensáveis a uma cooperação eficaz. É a percepção dessas dificuldades que explica o entusiasmo pelo *management* participativo; da mesma forma, o interesse apaixonado de alguns pelos círculos de qualidade e pelo modelo japonês de gestão da década de 90; e ainda, o sucesso dos conceitos rejuvenescidos de cultura, de valores, e de fórmulas como os projectos da empresa (Freire, 2004).

Emerge, assim, um novo quadro na gestão das organizações, assente em pilares valorativos de competência, inovação e cooperação, no seio do qual a gestão dos recursos humanos passa a ser encarada como gestão das pessoas, da inovação, da mudança e da qualidade (Crozier, 1994). É neste sentido que se constata, desde a década de 70 e cada vez mais na década de 90, que a cultura organizacional representa uma entidade modeladora dos ganhos de produtividade e do grau de empenhamento dos trabalhadores, o que tem gerado a crença de que a cultura constitui, só por si, um factor diferenciador e marca de prestígio das organizações bem sucedidas.

Podem descrever-se alguns indicadores de uma organização eficaz do ponto de vista da abordagem do processo interno, entre os quais, se distingue o facto de a tomada de decisão estar próxima das fontes de informação, independentemente do organigrama; a existência de comunicações horizontais e verticais não distorcidas e ainda a interacção entre a organização e os seus colaboradores, sendo que os conflitos, a existirem, são resolvidos no interesse da organização (Daft, 2002).

No final do século XX, os processos de reforma e modernização do Estado e da administração pública foram dominados pelas correntes gestionárias e pelas questões relacionadas com os constrangimentos financeiros, sendo valorizado o mercado, a liberalização e a privatização de actividades económicas e sociais, a desregulamentação, a delegação e os critérios de eficácia e eficiência. A administração pública evolui assim de um sistema puramente hierárquico (unidade comando-controlo), para modelos mais orgânicos, em rede, nos quais diferentes partes do governo assumem a responsabilidade de satisfazer as necessidades dos cidadãos, mudando o comportamento burocrático ao fomentar a liderança, a inovação, a flexibilidade, a autonomia e a responsabilidade, a orientação para os resultados e para o desempenho.

Uma destas perspectivas é a Nova Gestão Pública (*New Public Management* — NPM), que preconiza a aplicação de práticas de gestão idênticas às utilizadas no sector privado. Teve

uma difusão rápida nos anos oitenta e noventa, tendo sido adoptado em países como a Austrália, os Estados Unidos da América, a Grã-Bretanha e a Nova Zelândia, assim como, os países escandinavos, entre outros. O NPM resulta da combinação dos mecanismos de mercado e das ideias e técnicas de gestão do sector privado, quer no que concerne à reforma institucional (introdução de mecanismos de mercado), quer à reforma administrativa (melhoria da gestão para uma redução da despesa pública, reforço da responsabilidade e satisfação do cliente/cidadão) (Pollit e Bouckaert, 2004).

O relatório do Banco Mundial (1997) teve um papel de referência nesta matéria, dada a sua demarcação da lógica estritamente tecnocrática da antiga reforma do Estado e da administração pública. Verifica-se uma reconceptualização das relações entre política e administração, com a separação, por um lado, entre a concepção e a execução das políticas, e a configuração, por outro, da relação entre políticos e gestores públicos como uma relação entre principais — Governo — e agentes — Burocratas (Prats, 2005), onde os primeiros procuram controlar os segundos (Pierre e Peters, 2000).

O NPM aparece como uma reforma estratégica fundamental aplicada pelas agências do sector público, surgindo como resultado do desencanto com o desempenho do sector público burocrático tradicional e com a reivindicação de que o sector privado e os mecanismos de mercado são mais eficientes (Shaw, 2004). O pensamento do NPM foi introduzido como um meio para que os organismos do sector público fossem mais competitivos, e tivessem maior responsabilidade e eficiência nos serviços que prestam. Na administração pública a NPM emergiu como uma forma de governação que assenta na adopção de mecanismos de mercado e na gestão empresarial (Lane, 2002).

Os serviços representam um papel crucial no desenvolvimento económico, atraindo cada vez mais atenção dos políticos e dos governos, dado estarem relacionados com o crescimento económico e com a criação de emprego (OCDE, 2005).

O NPM tem por base três premissas fundamentais: (i) melhoria do desempenho (como é que os gestores de nível intermédio podem melhorar a sua prestação); (ii) clarificação da responsabilidade (os gestores e as suas instituições são responsáveis); (iii) responsabilização/prestação de contas aos utilizadores (serão os gestores e as organizações capazes de as prestar) (Osborne e Gaebler, 1993, Osborne e Plastrick, 1998, Osborne e Hutchinson, 2004). Para alguns autores o NPM, sendo um modelo de gestão pública de

matriz britânica e de difícil exportação para outras culturas e estruturas administrativas, não teria um verdadeiro conteúdo teórico (Hood, 1996).

Também cada vez mais os *stakeholders* estão envolvidos assim como o cidadão está mais perto do poder de decisão. Para envolver o cidadão, deve apostar-se na sua capacitação (*empowerment*), o que é possível através de cinco passos (OCDE, 2001): (i) manter confiança política no governo; (ii) melhorar a qualidade da política; (iii) desenvolver a sociedade da informação; (iv) integrar os contributos do cidadão na decisão; (v) assegurar transparência e responsabilidade.

As sucessivas tentativas de reforma do sector público levaram à compreensão de que não é suficiente a preocupação com o acesso aos cuidados. É preciso dar ênfase às políticas de saúde e que estas se traduzam em soluções técnicas que realmente funcionem. É igualmente fundamental que as políticas base de uma qualquer reforma assentem numa análise rigorosa dos contextos económico, social, cultural e político (OPSS, 2001). Em relação aos estatutos e leis orgânicas, o sector privado está mais disponível para responder, em tempo útil, às necessidades dos cidadãos, ajustando-se em devido tempo.

Outro constrangimento existente é a dupla linha de autoridade *staff* ‘versus’ *line*, que gera potenciais conflitos. Os administradores hospitalares querem rentabilizar os seus recursos e os técnicos querem utilizar os recursos em diagnósticos e tratamentos cada vez mais caros, mas que potenciam a qualidade de vida dos utentes. Ainda dentro dos técnicos surgem duas linhas de acção, o *tratar* (médico — director clínico) e o *cuidar* (enfermagem — enfermeiro director) que têm voz activa na gestão. Mas há outras profissões que almejam protagonismo, como é o caso das tecnologias da saúde (Graça, 1996, Reis, 2007).

Os gestores de cuidados de saúde, quer no Canadá, quer em Portugal e no mundo em geral, tornaram-se mais agressivos no processo de controlo e no controlo de custos. Do estudo de Hanlon (2001) — que realizou um inquérito por questionário, dirigido aos *Chief Executive Officers* (CEO) de 195 hospitais públicos de Ontário, Canadá, dos quais apenas 41 responderam — pode concluir-se que organizações maiores, apesar de terem um orçamento maior e poderem utilizar outro tipo de recursos, são mais burocráticas e mais resistentes à inovação e mudança. Isto deve-se, em grande parte, à resposta que têm que dar às pressões impostas pelo terceiro pagador, como a implementação de mecanismos de pagamento prospectivo, o que leva os gestores a controlar, monitorizar e ajustar as actividades dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros entre outros).

Dado que actualmente no sector público o financiamento é feito com base na produção, esforços por parte dos gestores dos hospitais estão a ser feitos para economizar nos chamados serviços/processos *core* destas organizações (p. ex, diminuindo os dias de internamento, reduzindo o número de colaboradores por cama, a distribuição unidose de medicamentos). Também está a decorrer uma integração horizontal levando ao *downsizing*. Procura-se igualmente o estabelecimento de boas práticas e realização de *benchmarking*. O sector público preocupa-se com o acesso, a qualidade e a equidade, enquanto que no sector privado a preocupação é a qualidade, o *marketing* e o accionista.

Apesar do que foi dito, a inter-relação entre o ambiente (macro) e a gestão (micro) influencia a reforma dos cuidados de saúde, contribuindo para formatar a reestruturação e adaptação estratégica nas organizações de saúde.

2.1.1. OS HOSPITAIS COMO ORGANIZAÇÕES

O hospital é também uma organização como tantas outras (as empresas, os partidos políticos, as associações sindicais, os tribunais, as igrejas, etc.). E, como tal, tem sido objecto de análise sociológica (e psicossociológica), na medida em que, antes de mais, é constituído por diferentes indivíduos e grupos, reunidos em função de um determinado objectivo e estabelecendo entre si determinado tipo de relações, de trabalho e de poder.

De entre as organizações de saúde, os hospitais constituem organizações extraordinariamente complexas (Glouberman e Mintzberg, 2001a). Esta complexidade resulta, entre outros, do trabalho específico (tratamento de doentes) bem como da confluência de um leque muito variado de profissões (médicos, farmacêuticos, enfermeiros, técnicos, administradores, etc.), muitas vezes com interesses, valores, atitudes, comportamentos, estratégias, perspectivas e horizontes temporais, aparentemente incompatíveis (Golden, 2006). Assim, o hospital tem uma autonomia relativa, devido à sua especificidade e complexidade, sem esquecer a sua historicidade.

Dos diversos tipos de organização, o hospital representaria aquela que mais uso intensivo faz de recursos humanos, capital, tecnologia e conhecimento. Ao mesmo tempo, desempenha um papel fundamental no contexto em que está inserido relacionado com o tipo específico do bem que produz — prestação de cuidados de saúde (mas também promoção, prevenção e protecção da saúde). Estes factores definem-no como um sistema adaptativo complexo (Plsek, 1997; Plsek e Greenhalgh, 2001; Plsek e Wilson, 2001).

No hospital a gestão não é um processo homogêneo mas sim um *mix* de vários processos inteiramente distintos de acordo com o lugar onde são praticados (Glouberman e Mintzberg, 2001b). Algumas pessoas gerem *para baixo*, directamente na parte clínica (tratamento de doentes) enquanto outros gerem *para cima* (próximo dos que controlam e financiam a instituição — agências do estado, seguradoras, etc.). Além disso alguma gestão é praticada *para dentro* (para as unidades e pessoas sob o controlo claro da instituição) enquanto outra gestão é praticada *para fora* (para aqueles envolvidos com a instituição mas em termos técnicos independentes da sua autoridade formal).

Os estudos desenvolvidos pela socióloga Antoinette Chaunevet, em relação aos hospitais franceses da década de 70, inscrevem-se igualmente nesta linha de abordagem das características do monopólio da profissão médica. Porém, para a autora, a lógica da dominância é explicada pela capacidade dos médicos de regularem a própria organização dos serviços dos hospitais, segmentando estes segundo níveis diferenciados de especialização.

Neste sentido, a organização dum hospital segundo a divisão por serviços de medicina, serviços especializados e serviços de tecnologia de ponta não constitui uma mera orientação do poder administrativo na regulação das ofertas, antes, porém, esta segmentação representa um ajustamento das políticas médicas com as administrativas, na medida em que a criação de espaços de produção de cuidados segundo níveis de hierarquização permite aos próprios médicos definirem os critérios de diferenciação funcional a nível intra-grupo profissional, de dominância e de separação profissional em relação a outros grupos, tais como a enfermagem ou outros técnicos de saúde (Chaunevet, 1972).

Em Portugal, a obra de Graça Carapinheiro (*Saberes e Poderes no Hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares – 1993*) marca um lugar privilegiado de passagem na problemática das lógicas de recomposição do saber em poder. Neste estudo, a autora estruturou um quadro de referência teórico, balizado por um vasto conjunto de perspectivas correlacionadas, que enquadra o hospital como organização a partir de análise da sua não adequação no modelo da burocracia de Weber, passando, ainda, pela análise da posição da profissão médica na divisão do trabalho do hospital. Pode-se concluir que existe um sistema dual de autoridade para a reconciliação dos padrões de autoridade com as normas profissionais dos médicos.

Para a análise dos mecanismos de controlo social no hospital, a autora adoptou um enquadramento analítico das teses de poder, colocando, assim, em evidência que a

regulação da ordem e da política organizacional processa-se através do poder disciplinar do saber médico. Por outro lado dissecou os pressupostos subjacentes ao exercício da autoridade médica e dos limites do exercício de poder dos outros profissionais e dos doentes, decompondo, assim, os esquemas de negociação que balizam a divisão do trabalho no hospital. Fundamentou, ainda, uma análise estratégica do poder monopolista da profissão médica sobre as outras, e as estratégias delineadas pelos médicos para a construção do monopólio dos saberes e a regulação do mercado da saúde. Em suma, de todas as categorias de profissionais envolvidos na complexa divisão do trabalho no domínio da saúde, a única que é verdadeiramente autónoma seria a profissão médica.

Sobre o hospital, enquanto instituição e organização, é possível fazer uma análise comparativa em diferentes contextos históricos, e encontrar traços ou características comuns: o hospital como organização tem tido em cada época uma missão ou finalidade própria, qualquer que seja o seu sistema de financiamento ou o seu estatuto jurídico-legal (laico ou religioso, civil ou militar, público ou privado, etc.).

Por outro lado, o hospital foi e é (cada vez mais) o local de trabalho de grupos socioprofissionais muito particulares, directamente afectos ao processo de prestação de cuidados (médicos, farmacêuticos, técnicos superiores de saúde, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica), ou com funções de apoio ou de gestão — *line* — (administradores, engenheiros e técnicos de manutenção de instalações e equipamentos, informáticos, pessoal administrativo, auxiliares de acção médica).

Desde há um século para cá, o hospital tem um sistema de poder e de autoridade, diferente de outras organizações, dada a importância e o peso do seu *staff* profissional (médicos, farmacêuticos, técnicos superiores de saúde, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica, etc.). Existe igualmente um sistema técnico e organizacional de trabalho muito específico, já que os seus objectos de trabalho são seres humanos.

Por fim, o hospital tem uma cultura muito própria, ligada às questões da vida, da dor e da morte, às diferentes representações sociais da saúde/doença e do papel da medicina, aos diferentes modelos etiológicos de saúde/doença, e às próprias ideologias e estratégias profissionais (sem esquecer a função legitimada, e legitimadora, da ciência e da tecnologia médicas) (Graça, 1992).

2.1.2. PROFISSÕES ESPECIALIZADAS VERSUS ORGANIZAÇÕES ESPECIALIZADAS

À partida, o que distingue hoje o hospital duma empresa é o facto de poder ser “*classificado na categoria das organizações especializadas*” (Etzioni, 1980.123), ou seja, aquelas que são estabelecidas com o fim específico de criar, aplicar, manter ou comunicar o conhecimento, e empregando no mínimo 50% de especialistas ou profissionais (por ex., médicos, farmacêuticos, técnicos superiores de saúde, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica, investigadores, biólogos, professores, juristas, engenheiros, assistentes sociais, informáticos). Neste conceito cabem, aliás, outras organizações, para além do hospital: a universidade, o centro de investigação, o laboratório de engenharia, o serviço de acção social, o centro de formação profissional, etc.

Freidson (1984), citado por Graça (1992), e tomando como paradigma a medicina, faz a distinção entre uma profissão e uma simples ocupação, ofício ou *métier*. Seriam atributos de uma profissão: (i) a existência de um corpo sistemático de teoria que ajuda o profissional a compreender a sua própria prática (autonomia técnica); (ii) o poder de auto-regulamentação (ou jurisdicional) da profissão; (iii) o controlo dos profissionais uns sobre os outros; (iv) a existência de um código de ética ou de deontologia; (v) a existência de uma identidade profissional; (vi) o princípio da hierarquia do saber.

A medicina, em sentido lato (a arte de curar), é antes de demais um ofício, uma ocupação, que consiste em prestar um serviço, sob a forma de diagnóstico e de tratamento das doenças daqueles que vêm consultar o médico (Freidson, 1984).

Etzioni (1980) chama a atenção para um aspecto interessante, o de que as críticas feitas habitualmente contra os especialistas, nas organizações não-especializadas, são muitas vezes contra os administradores nas organizações especializadas. Ao criticar os administradores de serviços de saúde devido às suas preocupações meramente economicistas, o que os médicos no fundo querem dizer é que eles estão a perder de vista o essencial, ou seja, a missão do hospital. Isso explicaria por que é que a direcção de uma organização especializada constitui um dilema especial, podendo ser considerado um caso típico do conflito institucionalizado de papéis. O saber ou conhecimento em que se baseia o poder do especialista, tem a particularidade de ser, em grande parte, propriedade individual, não podendo — ao contrário de outros recursos organizacionais — ser expropriado ou apropriado, isto é, ser transferido por decreto de uma pessoa para outra (Graça, 1992).

Contrariamente ao que se passa nas empresas, em que a autoridade do *staff* (por ex., o engenheiro de organização e métodos, o informático, o especialista em comunicação e marketing) é limitada ao sistema técnico e organizacional de trabalho, no hospital a autoridade dos especialistas (*staff*) sobrepõe-se à autoridade administrativa (*line*), na medida em que eles têm o controlo efectivo das actividades-fins da organização (por ex., tratar e curar os doentes), sendo que é o médico e não o gestor que decide o que é melhor para o doente (Graça, 1992).

Nas organizações profissionais, os gestores (*line*) encarregam-se das actividades-meios, ou seja, administram os recursos (humanos, técnicos e financeiros) postos ao serviço das actividades-fins, que são realizadas pelos especialistas ou profissionais (*staff*).

As organizações de saúde têm, pois, aspectos que são únicos ou, pelo menos, diferentes de outros tipos de organizações, nomeadamente a sua estrutura e o seu processo produtivo, o tipo de recursos que utiliza e o mercado em que está inserido.

Parece ser consensual a aceitação da existência, nas organizações de saúde (e em particular nos hospitais), de duas linhas de autoridade: (i) uma autoridade formal que procura intervir nas áreas em que se cruzam dimensões técnicas com dimensões de gestão; (ii) outra que emana do saber e da projecção técnica dos profissionais, a qual não é transferida para o domínio da gestão, mantendo-se nas áreas de decisão de natureza técnica.

As organizações de saúde são também classificadas como *organizações normativas* pelo facto de o poder normativo constituir, justamente, a maior fonte de controlo sobre os subordinados (Etzioni, 1980). Esta definição advém do estudo clássico da análise das organizações do mesmo autor (*Comparative analysis of complex organizations*, 1961), que utiliza como base da comparação o conceito de aceitação/adesão (*compliance*), entendido como a relação que traduz o poder utilizado pelos superiores para controlar os seus dependentes.

2.1.3. A EMERGÊNCIA DE NOVOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Nas organizações de saúde, o conhecimento é peça importante para responder com qualidade às necessidades dos utentes. Por essa razão, profissionais com outras aptidões e conhecimentos são necessários, constituindo-se assim novas profissões. No entanto, é ao médico que cabe grande parte do trabalho (quando se fala em produção fala-se, p. ex., do número de primeiras consultas, actos médicos, cirurgias, demora média).

O poder dos médicos, que resulta da especialização e dos conhecimentos técnicos, comporta implicações a vários níveis, nomeadamente, nas relações hierárquicas com a administração hospitalar, na divisão do trabalho, na liberdade de actuação na relação médico/utente. Está sobretudo relacionado com a capacidade de salvar vidas, tratar a doença e promover a saúde. Para além dos saberes, fazem parte deste tipo de autoridade a competência técnica que lhes permite opor e sobrepor às exigências da administração, as exigências decorrentes do trabalho clínico e a defesa dos privilégios profissionais no interior do hospital (Carapinheiro, 1993). Desta forma, é possível a existência de dois tipos de autoridade: a chamada autoridade *administrativa*, que emana da administração (autoridade burocrática no sentido weberiano do termo) e a autoridade *carismática* (autoridade profissional), resultante dos saberes e práticas dos médicos.

No contexto da saúde a divisão social do trabalho é dinâmica, as tarefas são objecto de constante redefinição. Esta evolução está relacionada com a conquista de *espaço*, a qual leva quase invariavelmente a conflitos, consoante se trate de interesses entre as várias profissões ou no seio da própria profissão (p. ex., conflito entre medicina e cirurgia, entre especialidades clínicas e especialidades técnicas).

A autonomia, privilégio típico dos médicos, permite-lhes praticar o acto médico da forma que eles consideram a mais apropriada e tomar posições relativamente ao estado do utente, e influenciar a prática de outros profissionais do sector, como a enfermagem. Aliás, a profissão médica é entre as várias profissões a que mais recorre a esta dimensão de poder, isto é, o poder dos *gatekeepers*, que se refere precisamente ao poder e força que os profissionais mais credenciados possuem, em relação à facilidade de acesso a determinados serviços, para gerir a sua relação com os seus clientes (Freidson, 1986).

Ao analisar o comportamento dos doentes nas seguradoras, Simonet (2005) conclui que a figura do médico *gatekeeper* (médico que controla o processo do doente dentro da organização prestadora de serviços de saúde) serve para reduzir o consumo de cuidados por parte dos doentes que mais utilizam os serviços de saúde, sendo muitas vezes os que possuem maior capacidade financeira. No entanto, a atitude dos doentes face ao médico *gatekeeper* não é homogênea, pois enquanto uma parte, que já possui médico de família (ou assistente), não aceita com facilidade possuir um elemento que restringe e condiciona o acesso aos serviços de saúde, outros doentes vêem no médico *gatekeeper* um apoio para uma melhor escolha de prestadores de saúde qualificados (a famosa *relação de agência*),

reconhecendo assim o doente a sua dificuldade em perceber e avaliar a qualidade diferenciada dos prestadores.

Para que o reconhecimento seja produtor de identidade é preciso que os grupos profissionais adquiram legitimidade nas organizações, mas também face ao Estado – tutela – e aos consumidores – utentes. A legitimidade dos poderes profissionais exige uma forma de reconhecimento estatal que a formação contínua só assegura parcialmente (Dubar, 1997).

Os profissionais da saúde podem utilizar, como trunfos pessoais, a diferenciação gerada pela disputa da posição na prestação de cuidados de saúde, instrumentalizando em proveito próprio, através do monopólio do saber, uma optimização da sua posição no sistema relacional das fontes do poder.

Uma das estratégias de actuação dos médicos nos hospitais reside na sua constante procura de autonomia face ao controlo burocrático da administração hospitalar, que, no caso português, se materializa no desenvolvimento de uma cultura de especialização em determinados serviços hospitalares, tais como nos serviços de medicina interna ou cirurgia geral.

Estas políticas médicas de especialização dos serviços, fundadas na subordinação das actividades assistenciais à progressiva expressão e tecnicidade das medicinas especializadas, pretendem simplesmente converter-se, através da instrumentalização dos objectivos hospitalares, em projectos de conquista de poder e prestígio no corpo médico hospitalar (Carapinheiro, 1993).

No caso concreto dos sistemas de saúde, não se pode dizer que existe um modelo predominante de orientação do *profissionalismo* (Freidson, 1984). De facto, a prestação de cuidados de saúde, tal como já referido anteriormente, não se desenvolve numa matriz individual, antes porém estrutura-se num quadro organizado e coordenado de divisão do trabalho. Se houvesse formas puras, seria possível verificar que, num mercado livre, as relações profissionais são mais fluidas, podendo inclusive verificar-se uma certa confusão e mistura de actividades, tais como médicos a prestarem e oferecerem cuidados de enfermagem. No entanto, por exemplo no Reino Unido, algumas consultas de cuidados de saúde primários são prestadas por enfermeiros, libertando os médicos para as actividades onde não podem ser substituídos por outros profissionais. Existem no Reino Unido menos médicos e mais enfermeiros e parteiras que em Portugal (OPSS, 2008).

A evolução da identidade profissional dos técnicos em relação à evolução dos outros profissionais, nomeadamente os médicos e os enfermeiros nos hospitais, do ponto de vista sociológico contribuíram para uma melhor compreensão através de duas correntes de pensamento. Por um lado, os funcionalistas cuja preocupação principal foi identificar os atributos que permitem distinguir as profissões, tomadas como factos naturais. Uma profissão emerge quando um número definido de pessoas começa a praticar uma técnica fundada sobre uma formação especializada, dando resposta a necessidades sociais.

Outra corrente de pensamento é a teoria interaccionista que se baseia na divisão do trabalho resultante de interacções e processos de construção social (Rodrigues, 1997). Na identidade de ofício os trabalhadores têm em comum o facto de se definirem a partir de um ofício ligado à formação inicial (Dubar, 1997). O conceito de profissionalização pode ser definido como uma ocupação que exerce autoridade e jurisdição exclusiva simultaneamente sobre uma área de actividade e de formação ou conhecimento, tendo convencido o público de que os seus serviços são os únicos aceitáveis (Rodrigues, 1997).

Esta definição foi largamente tributária da perspectiva interaccionista, atribuindo-lhe um novo sentido: sequência de eventos ou etapas seguidas pelos grupos ocupacionais até ao estágio do profissionalismo. Este conceito de profissionalização é ainda hoje o mais frequentemente citado na literatura da sociologia das profissões. A partir da análise das etapas da evolução de diferentes grupos profissionais concluiu-se que as profissões evoluem em muitas direcções, a ritmos e com sequências diferentes, aos níveis local e nacional (Abbott, 1990).

As exigências sociais devem necessariamente ser acompanhadas, no caso da saúde, por cuidados renovados através de novos meios de diagnóstico e novos fármacos cada vez mais específicos com vista a responder eficazmente ao aparecimento de novas doenças. As profissões e os profissionais de saúde ganham uma renovada importância e assumem a carga de responsabilidade que lhes é exigida uma vez que a sociedade concede às profissões autonomia em troca da capacidade de controlo, a par de recompensas e prestígio em troca de competência (Rodrigues, 1997).

Os hospitais modernos têm crescido em tamanho e complexidade. O crescimento do pessoal a par da multiplicação dos serviços e das especialidades médicas e o desenvolvimento tecnológico da medicina introduziram modificações importantes na estrutura hierárquica, na estrutura do poder e nos sistemas de comunicação. A cultura, a

evolução das ideologias, o peso institucional do sector hospitalar e a luta interna pelo poder são os principais factores de desenvolvimento do sistema. Assim, a análise da cultura organizacional intercepta a noção de identidade profissional com os modelos culturais perfilhados pelos grupos profissionais, donde, falar da cultura organizacional é falar das culturas organizacionais, é questionar a identidade profissional (Rodrigues, 1997).

No contexto da saúde existe uma força de trabalho nos cuidados de saúde, constituída por um grande número de profissões diferentes que mantêm relações estreitas entre si, e como tal, só se pode falar em profissionais de saúde, num contexto interprofissional em que existe uma divisão social de tarefas dinâmica e implica simultaneamente uma divisão hierárquica. A especialização excessiva em actividades funcionais (caso não exista uma visão partilhada dos objectivos organizacionais) aumenta as dificuldades de comunicação e coordenação interna (Freire, 2004).

Mas se o aumento de informação disponível pode ajudar o doente a fazer face à complexidade inerente aos serviços de saúde, também pode contribuir para dificuldades adicionais, por exemplo a falta de literacia (OMS, 2000), que é uma questão que se coloca quando o próprio doente não possui formação suficiente para digerir a sofisticada e muitas vezes retórica informação sobre saúde (Edlin, 2002). Neste sentido o papel dos profissionais exerce-se numa relação com os clientes de reciprocidade assimétrica (conhecimento/ignorância) que permite a sua institucionalização (autoridade/confiança).

Um outro aspecto contribui para que o utente/doente possa sentir dificuldades acrescidas na forma como interage com as organizações de serviços de saúde (Heng *et al.*, 2005). Os diferentes grupos têm perspectivas e objectivos conflituosos entre si, o que contribui para a fragmentação da organização. Como o doente se relaciona com diferentes grupos, acaba por sofrer com as ineficiências de comunicação por eles geradas, o que leva muitas vezes à realização de exames em duplicado ou à correcção da prescrição farmacêutica.

Existem vários actores envolvidos na relação *prestador – cliente/utente*, estando do lado dos prestadores, os administradores, os médicos, o pessoal técnico e não técnico, enquanto que do lado dos clientes, estão os doentes e as suas associações, respectivos familiares e os cidadãos em geral (nomeadamente os contribuintes) (Eiriz e Figueiredo, 2005).

Existem também diversas organizações que têm por função apoiar os doentes nos seguintes aspectos: (i) divulgação e informação sobre determinadas doenças; (ii) prestação de serviços à comunidade de doentes; (iii) apoio à investigação e participação na defesa desses mesmos

doentes. Deste tipo de organização fazem parte, quer os doentes e familiares, quer profissionais de saúde.

Porém, ao colocar em discussão o poder das profissões na encruzilhada da cultura nas organizações de serviços de saúde, reenvia-se à abordagem dos subsistemas destas organizações, temática que já não constitui debate recente, detendo uma tradição analítica, desde a década de 70, situada ao nível da produção de modelos sobre o funcionamento racional das organizações e orientados para facilitar a decisão e a acção política dos responsáveis das mesmas.

A racionalidade organizacional é transversal à lógica dos jogos de estratégias, dos objectivos e dos interesses intra-organizacionais e inscreve-se num paradigma político, sustentando que a lógica da explicação do funcionamento das organizações é mediado por um modelo de dependências dos recursos, na medida em que os actores organizacionais aliam-se ou combatem-se, disputam e negociam. Assim, uma organização pode ser vista como uma pluralidade de detentores de poder, cujas forças derivam de uma pluralidade de fontes que se dirigem para a satisfação de uma pluralidade de objectivos (Bilhim, 2004).

Esta perspectiva enfatiza não só a lógica da diferenciação, mas também coloca em evidência a importância dos actores como fontes de influência, quer para explicar a génese dos valores, quer para enunciar a presença dinâmica da cultura organizacional num dado espaço social, quer ainda para evidenciar a problemática da acção estratégica movida pela diferenciação da identidade profissional (Sainsaulieu, 1997; Dubar, 1997).

Pode dizer-se que os profissionais de saúde são identificados em grupos mais ou menos homogéneos, tais como em categorias socioprofissionais, mas distintas entre si. Tal como no *Pacific Medical Center*, todas as organizações são uma combinação complexa de indivíduos e grupos que procuram alcançar certas metas e têm interesses diversificados (Daft, 2002). O conflito pode ser o resultado natural e inevitável da estreita interacção entre pessoas com diversas opiniões e valores, e que procuram ter acesso a informações e recursos dentro da organização. Indivíduos e grupos utilizam poder e actividade política para lidar com as suas diferenças e administrar o conflito.

2.1.4. GOVERNAÇÃO CLÍNICA

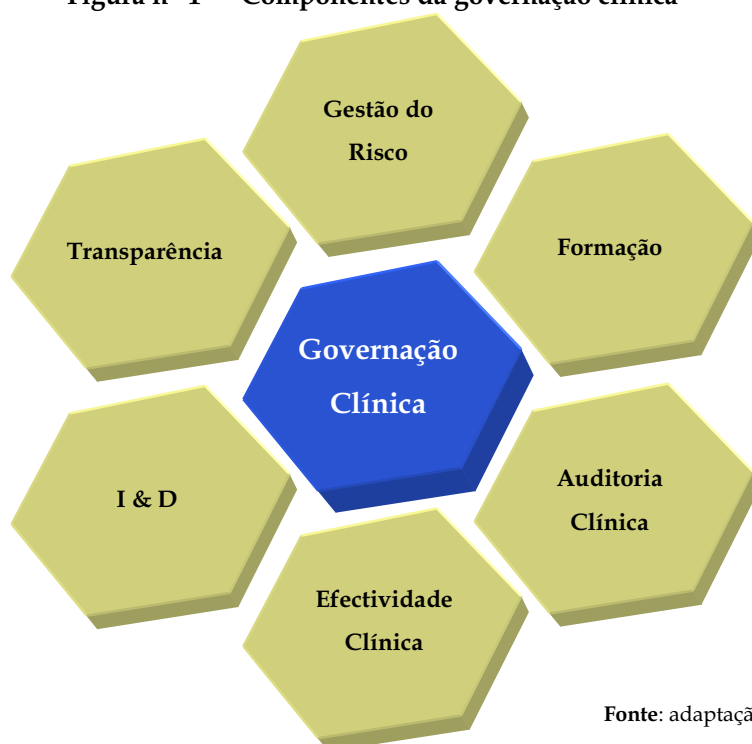
Originário do *National Health Service* (NHS), o conceito *Clinical Governance* tem sido utilizado como uma aproximação integrada para a melhoria da qualidade da prática clínica

(Sally e Donaldson, 1998), de modo a que sejam evitados riscos e, se for caso disso, os efeitos sejam rapidamente detectados e abertamente investigados. Pretende-se igualmente que as boas práticas sejam rapidamente difundidas a fim de garantir melhorias contínuas nos cuidados clínicos prestados (UK. Department of Health, 1998).

A governação clínica não é mais do que um sistema para melhorar os padrões de funcionamento dos serviços clínicos e da própria prática clínica. Baseia-se numa série de processos (prática baseada na evidência, monitorização clínica, auditorias, gestão do risco, envolvimento dos utentes), com vista a melhorar a qualidade dos serviços e assegurar que os profissionais prestam contas e se responsabilizam pelos actos da sua prática clínica (Sally e Donaldson, 1998; UK. Department of Health, 1998; Starey, 2001). Alguns autores defendem que a governação clínica permite estender a prestação de contas dos profissionais de saúde para além dos mecanismos de prestação de contas em termos legais e profissionais (Allen, 2000).

Os críticos à governação clínica argumentam que esta não oferece mais do que a confirmação da mensagem do senso comum que os médicos e os restantes profissionais de saúde devem todos aspirar a exercer a melhor qualidade na prática da medicina (Goodman, 1998), não havendo, assim nada de novo nos objectivos por ela propostos. A Figura nº 1 apresenta as componentes associadas à governação clínica e salienta a noção de sistema.

Figura nº 1 – Componentes da governação clínica



Fonte: adaptação livre de Starey (2001)

Relativamente ao ambiente hospitalar, o conceito de governação clínica exige a integração do controlo financeiro, do desempenho dos serviços e da qualidade clínica englobando actividades para melhorar os sistemas de informação, instituir o desenvolvimento/formação profissional e desenvolver sistemas de análise pelos pares (Mc Kee e Healy, 2002). Além disso, os processos de aprendizagem e de análise de desempenho referem que a transparência e a responsabilização pela utilização de poderes e recursos fazem parte de ambos os conceitos de governação clínica e governação empresarial, levando a que no futuro estas duas práticas se fundam, dando origem ao conceito de governação integrada.

Os actores sociais (cidadãos, profissionais de saúde, gestores, políticos) assumem igualmente um papel importante, na medida em que contribuem para os objectivos da organização da saúde, através da sua capacidade técnica, fundamentação de prioridades, direcção estratégica, acção política, poder de negociação e de decisão. Por outro lado, o processo de mudança deve assentar num equilíbrio entre os mecanismos de responsabilização, a diversidade e a inovação organizacional, a criação e implementação de normas legislativas e dispositivos de gestão e articulação (OPSS, 2001).

O Quadro nº 1 apresenta uma breve descrição de cada uma delas. A linha de responsabilização do desempenho clínico está ligada à governação empresarial em termos de linhas de responsabilização. Por analogia, podemos considerar que a governação hospitalar pode ser considerada como o conjunto de estruturas e processos que definem a orientação estratégica para o hospital (missão, visão, valores e objectivos) e o meio pelo qual os recursos (humanos, tecnológicos, políticos, capital e financeiros) estão organizados e distribuídos para atingir as orientações estratégicas (Rice, 2003, citado por OPSS, 2008).

Quadro nº 1 – Descrição das componentes da governação clínica

Características	Descrição
Gestão do Risco	Minimização dos riscos associados à prática clínica – risco para os doentes, risco para os prestadores, e risco para a organização – como parte de um programa de promoção da qualidade.
Formação	Reflecte a ideia de educação continua (a rapidez do conhecimento).
Auditoria clínica	Melhorar a qualidade dos cuidados clínicos, tendo por base a monitorização do desempenho e a redefinição da prática clínica como resultado da medição do desempenho face a padrões definidos.
Efectividade clínica	Determinar até que ponto uma determinada intervenção funciona, tendo em conta diversos aspectos como eficiência, segurança, implicações legais, evidência, etc.
Investigação e desenvolvimento	As boas práticas estão associadas à evidência obtida pela investigação, nomeadamente a revisão de literatura, a gestão de projectos, o desenvolvimento de protocolos e linhas de orientação, e a implementação de estratégias.
Transparência	Escrutínio público através de processos abertos e disponíveis ao público, como parte essencial da promoção da qualidade.

Fonte: adaptação livre de Starey (2001)

Em suma, as organizações têm que se adaptar às necessidades de hoje e do amanhã. Esta adaptação leva ao desenvolvimento de novas formas de organização do trabalho e das práticas. As organizações de saúde têm particularidades e necessitam de um outro olhar. É um sector que presta um serviço essencial à população, e cada vez mais é questionado o seu modo de gestão e de prestação dos seus serviços. Por outro lado, o cidadão/utente é cada vez mais um actor activo na definição das estratégias para este sector. Mas, para que existam organizações, nomeadamente de saúde, é essencial que estas tenham estratégias bem definidas. Será, assim, a estratégia organizacional o objecto do próximo ponto desta revisão de literatura.

2.2. ESTRATÉGIA ORGANIZACIONAL

Se há palavra que está ou parece estar no centro, tanto da liderança como da vida de uma organização, essa palavra é ‘estratégia’. Ter uma ideia, uma estratégia bem delineada, implica ter planos concretos para o futuro e de alguma forma controlar e prever esse futuro. Esta estratégia deve poder identificar cenários de base e traçar objectivos que sejam **SMART** (*Specific, Measurable, Attainable, Realistic, e Time*).

2.2.1. O CONCEITO DE ESTRATÉGIA

Estratégia vem do termo grego *Strategos*, que combina *stratos* (exército) + *ag* (liderar). *Strategos* significa literalmente ‘a função do general do exército’ (Freire, 2004). Dada a sua raiz militar, a estratégia é definida geralmente como a disposição das tropas com vista a alcançar a vitória sobre o inimigo. Sob o ponto de vista militar estratégia dá origem a planos de campanha (manobras para ganhar a batalha) com o objectivo de vencer o inimigo.

No meio empresarial estratégia dá origem a planos operacionais (decisões tácticas), ou seja é formulado um plano integrado sobre objectivos, políticas e acções de organização, com vista a alcançar o sucesso, com a finalidade de criar uma vantagem competitiva sustentável.

Ao comparar as estratégias militares e empresariais verifica-se que tanto os planos estratégicos militares como empresariais devem promover a realização dos objectivos propostos com o mínimo de custos e dentro do menor espaço de tempo possível (vd. Quadro nº 2).

Quadro nº 2 – Comparação entre estratégia militar e empresarial

	<i>Meio Militar</i>	<i>Meio Empresarial</i>
Objectivo	Conquista e controlo de territórios	Conquista e controlo de mercados
Análises	Condições climáticas Condições de terreno Distribuição das forças Estrutura de comando	Estudo de mercado Estrutura da indústria Pontos fortes e fracos Organização e liderança
Resultados	Estratégia militar Plano de campanha	Estratégia empresarial Plano estratégico

Fonte: adaptação livre de Freire (2004)

A formulação de uma estratégia militar deve respeitar quatro princípios básicos: (i) a escolha do local de batalha; (ii) a concentração das forças; (iii) o ataque e (iv) as forças directas e indirectas (Sun Tzu, 2009).

Em relação à concepção da estratégia empresarial, esta deve assentar nos seguintes factores: (i) selecção dos mercados em que a empresa deseja actuar; (ii) organização dos recursos próprios de forma a assegurar uma vantagem sobre os competidores; (iii) implementação das acções em função da natureza da concorrência; (iv) gestão das contingências decorrentes da evolução do meio envolvente.

A estratégia é a forma de pensar no futuro, integrada no processo decisório, com base num procedimento formalizado e articulado de resultados e numa programação (Mintzberg, 1992).

2.2.2. EVOLUÇÃO DO PENSAMENTO ESTRATÉGICO

As ciências de gestão são um instrumento fundamental para compreender e elaborar as estratégias empresariais, e a sua origem remonta no essencial ao início da II Revolução Industrial, com o Taylorismo-Fordismo.

Até aos anos 50 do século XX, a preocupação das empresas era orientada, principalmente, para o seu interior. Citam-se alguns exemplos dessa época.

Frederick Taylor (1911), um dos pais do *Scientific Management*, procura a racionalização do trabalho, através da: (i) separação radical do trabalho manual e intelectual; (ii) progressiva atomização e simplificação do trabalho manual; (iii) hiperespecialização do trabalho (intelectual); (v) procura permanente de economias de escala.

Henry Fayol (1841 – 1915), também chamado o pai da Teoria Clássica, considerava que a eficácia das empresas envolvia aspectos para além da racionalização do trabalho individual, dando muita atenção: (i) à estrutura organizativa das empresas; (ii) aos órgãos que compunham a estrutura organizativa (e respectivas funções): técnica, comercial, administrativa, etc; (iii) a princípios de boa gestão tais como, autoridade, responsabilidade, disciplina, centralização, ordem, entre outros.

Por sua vez, **Elton Mayo (1930)** teorizou sobre o conceito de humanização do local de trabalho, onde é assumido que a motivação do trabalhador é um elemento crucial para a melhoria da produtividade. No âmbito da Escola das Relações Humanas, foram então desenvolvidos estudos aprofundados sobre aspectos comportamentais, tendo como ideia comum que o desenvolvimento das pessoas é um factor de evolução da própria organização. São focados aspectos ligados à: comunicação, liderança, participação na

tomada de decisão, satisfação no trabalho, comportamento em grupo, organização informal, entre outros (Morgan, 2006).

No entanto, o desenvolvimento dos conceitos de estratégia, tal como hoje são entendidos e aplicados no mundo empresarial, só se verifica a **partir dos anos 60** com a escola de Harvard, onde o ambiente interno e externo são estudados.

A **Harvard Business School (anos 60)**, de Learned, Christensen, Andrews e Guth, preocupou-se com os problemas internos à empresa, mas teve necessidade de abordar os problemas externos. Surgem assim, os primeiros modelos de análise estratégica – análise SWOT (*Strenghts* e *Weaknesses* de uma organização e a sua relação com as *Opportunities* e *Threats* do meio envolvente). É dada ênfase à necessidade das empresas definirem a sua estratégia tendo por base a análise da envolvente e das próprias capacidades internas.

A **Escola de Carnegie (1965-1970)**, de Ansoff entre outros, vem pôr a ênfase no planeamento estratégico e na planificação de médio e longo prazos (conjunto de procedimentos, métodos e fundamentos mais ou menos formalizado segundo fases), graças às quais a empresa estuda, formula e explicita a sua estratégia (Morgan, 2006).

O contexto da estratégia sofre um alargamento, passando a tentar abranger, decididamente, a turbulência como uma variável determinante do modelo estratégico, o que leva à descoberta, por parte das organizações, que a sua configuração interna teria de sofrer alterações como resposta às modalidades rápidas da envolvente.

Também **Hamel e Prahalad (1994)** renovam, alargam e enriquecem o conceito de estratégia, lançando os conceitos de competências centrais, intenção, arquitecturas estratégicas e previsão industrial, a partir das quais se pode criar uma estratégia eficaz, desde que as empresas desafiem a tradição (Prahalad e Hamel, 1990).

2.2.3. DEFINIÇÃO DE ESTRATÉGIAS ORGANIZACIONAIS

A estratégia organizacional depende em primeiro lugar da própria organização, assim como do seu estatuto jurídico (público, privado com ou sem fins lucrativos).

A definição das estratégias organizacionais no sector público possui características diferenciadoras das do sector privado. Ambas possuem objectivos sociais, mas o sector público conta basicamente com recursos provenientes do próprio sector para a sua implementação e manutenção. O facto de terem limitações intrínsecas à natureza das suas

actividades em função das receitas que geram, e de serem mais susceptíveis ao clima político, confere às organizações públicas peculiaridades que se reflectem nos seus processos organizacionais, nomeadamente na definição das suas estratégias e no modo como a liderança para a inovação — por exemplo, no Serviço Nacional de Saúde (SNS), — é estruturado e operacionalizado.

Grande parte da literatura organizacional trata da questão da estratégia eminentemente sob o ponto de vista do sector privado (Miles e Snow, 2003; Porter, 1986). Muito embora essa literatura traga contribuições relevantes, autores como Pettigrew, Ferlie e McKee (1992) fazem a ressalva de que conceitos derivados do sector privado (flexibilidade dos recursos humanos, aprovisionamento, gestão da qualidade, entre outros), não podem ser mecanicamente transferidos para o sector público, uma vez que há similaridades, mas há também diferenças entre os dois sectores (por exemplo, o público preocupa-se com o acesso, a qualidade, a equidade e a cidadania, enquanto o sector privado quer investir para posteriormente ter lucro para os seus accionistas).

Além disso, muito do que se tem escrito sobre estratégia, pressupõe a sua conceptualização como um conjunto de directrizes conscientemente deliberadas que orientam as decisões organizacionais. Esta conceptualização, chamada de planeamento estratégico, é representativa das escolas que advogam o pensamento estratégico, que também não é apropriada para a discussão que se pretende com este trabalho (McKee, 2002).

2.2.4. MODELOS DE ANÁLISE ESTRATÉGICA

Em termos organizacionais trata-se de mobilizar recursos para atingir objectivos, mediante utilização, pela alta administração, de um plano, uma direcção ou um curso de acção para o futuro. O termo estratégia passou a ser bastante utilizado a partir da **Teoria Neoclássica** (década de 50), referindo-se a objectivos de longo prazo e definidos pela cúpula.

A literatura sobre administração estratégica é bastante vasta e ao longo dos anos tem recebido contributos de diversas áreas do conhecimento, no intuito de ser melhor compreendida: a adaptação das espécies; o desenvolvimento das sociedades; mecânica quântica e teoria do caos; a psicologia da cognição humana; a história militar de estratégia e conflitos; etc. Em síntese, podemos considerar que a estratégia é o comportamento utilizado por uma organização para lidar com o seu ambiente.

Estratégia é uma palavra que muitas vezes é definida de uma forma e usada de outra: pode ser considerada como um padrão, ou seja, algo realizado, se olharmos o comportamento passado; e pode, também, definir-se estratégia como um plano, ou seja, como um comportamento futuro (Mintzberg, Ahlstrand e Lampel, 2005).

Quando se trata de empresas deve considerar-se que, ao contrário da estratégia militar, nem sempre se pode identificar claramente as batalhas ou os inimigos. Dessa forma, as estratégias constituem um instrumento administrativo que possibilita otimizar as interações com os factores ambientais, sejam eles internos ou externos.

2.2.4.1. O MODELO DE MILES & SNOW

É crescente a percepção que estratégias bem formuladas e adequadamente implantadas constituem factores fundamentais para que as organizações sejam bem sucedidas nos seus propósitos, mercê do maior alinhamento interno à volta dos seus objectivos globais, do posicionamento da organização em relação ao seu ambiente de actuação e da manutenção da coerência ao longo do tempo.

O reconhecimento da importância da administração estratégica vem crescendo na proporção em que aumenta o nível de competitividade exigido das organizações e em que acelera o ritmo das transformações no ambiente empresarial. Para interagir com o ambiente, e construir uma postura flexível, frente à imprevisibilidade das forças externas, as organizações desenvolvem determinados tipos de comportamentos estratégicos. Nesse sentido, foi desenvolvida uma tipologia de comportamento estratégico com base na capacidade de resposta da empresa às condições de mudança do ambiente (Miles & Snow, 1978).

Desde a sua publicação, que este modelo teve uma considerável influência no campo da gestão estratégica e na teoria das organizações (Hambrick, 1983). No final de 2003, mais de 1100 trabalhos tinham citado o livro *Organization Strategy, Structure and Process*, dando especial atenção à tipologia que ali se encontra explanada (Ketchen, 2003). Foi considerado que uma organização é um propósito articulado e um mecanismo estabelecido de obtenção desse propósito, tendo sido desenvolvido um modelo de processo pelo qual uma organização se ajusta continuamente ao seu ambiente.

Miles & Snow classificaram as organizações em quatro grupos (defensivo, prospectivo, analisador e reactivo), dependendo do modo como eles respondem aos três problemas

major que as mesmas enfrentam (empreendedorismo, tecnológico e administrativo). No entanto, na realidade, os quatro tipos de estratégia nas organizações, podem não ser ‘puros’ como Miles & Snow preconizaram (Desarbo *et al*, 2005), e as características de cada tipo, podem variar dentro da organização (Hambrick, 1983).

O modelo dinâmico é chamado de **ciclo adaptativo** e demonstra a natureza e inter-relacionamento dos principais problemas que uma organização tem que resolver para conseguir uma posição vantajosa no ambiente escolhido.

Os autores deixaram claro que a abordagem era uma tentativa de explicação pois eles não tinham a prova final da sua validade, nem acreditavam ser possível obtê-la, uma vez que a adaptação organizacional é altamente complexa e está constantemente a ser actualizada para responder aos desafios (Miles & Snow, 1978).

São três os principais problemas que requerem a atenção da organização: o problema do empreendedorismo, o problema de engenharia e o problema de administração. Embora os três problemas (empresarial, tecnológico e organizacional) estejam interligados, eles serão explicados individualmente. O conceito de escolha estratégica sustenta que a efectividade da adaptação depende da percepção do grupo das condições ambientais e das decisões que tomam (como a organização se ajustará nessas condições).

O problema do empreendedorismo (ou empresarial), consiste em resolver a questão produto – mercado, desenvolvendo e projectando a imagem da empresa que define o seu mercado e a sua orientação para o mesmo (isto é, ênfase no tamanho, eficiência e inovação). Drucker (1986) cita a inovação e a capacidade para conviver com riscos e incertezas, bem como a constante busca de mudanças como características do empreendedor. O empreendedor pode ser considerado como um ser social, produto do meio onde vive, sendo um fenómeno regional.

O problema de engenharia (ou tecnológico) envolve a criação de um sistema para operar a solução da questão empreendedorismo, ou seja, seleccionar a tecnologia apropriada para produzir e distribuir os produtos e serviços escolhidos (vd. Figura nº 2).

O problema administrativo (ou organizacional) consiste em resolver a redução da incerteza, ou noutros termos, racionalizar e estabilizar as actividades de resolução de problemas oriundos das questões do empreendedorismo e engenharia. Resolver o problema

administrativo não é apenas reduzir a incerteza, também envolve a formulação e implementação de processos que permitem a evolução da organização (inovação).

Figura nº 2 – O ciclo adaptativo de Miles & Snow



Fonte: Adaptação livre de Miles & Snow (2003)

Numa organização ideal deveria ser dada igual importância ao paradoxo de criar um sistema administrativo (ou organizacional) que conduza a organização, mas também que não a imobilize e a impossibilite de inovar. Surgem, assim, as chamadas variáveis *lagging* e *leading*. A variável *lagging* é representada pelo sistema de estrutura e processo que conduz a organização para um ajustamento às condições actuais. A variável *leading*, por sua vez, representa a capacidade ou tendência de adaptação futura da organização.

Miles & Snow efectuaram três estudos em três tipos de indústria: electrónica, alimentar e em *Voluntary Hospitals*, para verificar como se desenvolvia o modelo. Desenvolveram uma teoria em que há quatro tipos de *orientações estratégicas* — as organizações ao decidirem mudar de uma orientação para outra, fazem-no dentro de ‘zonas de conforto estratégico’ (Shortell e Kaluzny, 2006). A sua teoria baseia-se numa ideia, em que para uma organização ser superior, deve haver uma clara e directa sobreposição entre (i) a missão/valores da organização (a sua definição), (ii) as estratégias da organização (a estratégia básica fixada), e (iii) as estratégias funcionais da organização (as suas características e comportamento).

Organizações ‘Defensivas’ são organizações com domínios limitados de produtos e mercados (vd. Quadro nº 3). Os responsáveis, neste tipo de organizações, são altamente

competentes na área de operação limitada da sua organização e não procuram novas oportunidades fora da sua área. Como resultado deste enfoque dirigido, estas organizações raramente necessitam de fazer grandes ajustamentos à sua tecnologia, estrutura ou métodos operacionais. Em vez disso, dedicam a sua atenção à eficiência das operações correntes.

Quadro nº 3 – Características das organizações defensivas segundo a tipologia de Miles & Snow

<i>Características das organizações defensivas</i>		
Problema empresarial	Problema tecnológico	Problema administrativo
Questões		
Como isolar um segmento do mercado a fim de criar um conjunto estável de produtos e clientes	Como produzir e distribuir bens ou serviços da forma mais eficiente possível	Como exercer um controlo rigoroso da organização a fim de garantir a eficiência
Soluções		
1. Domínio limitado e estável	1. Tecnologia baseada no custo-eficiência	1. Os membros mais poderosos são os especialistas financeiros e da produção; exploração limitada do meio envolvente
2. Manutenção agressiva do domínio (p. ex. preços competitivos e excelente serviço ao consumidor)	2. Tecnologia única	2. Os mandatos são estáveis; as promoções são feitas do interior
3. Tendência para ignorar os progressos fora do domínio	3. Tendência para a integração vertical	3. Planeamento intensivo orientado para os custos e completado antes da acção
4. Crescimento pendente e incremental através da penetração no mercado	4. Melhorias contínuas na tecnologia para manter a eficiência	4. Tendência para estrutura funcional com divisão do trabalho e elevada formalização
5. Alguma melhoria do produto mas estreitamente relacionada com os bens e serviços prestados ao cliente		5. Controlo e centralizado e sistemas de informação articulados na vertical
		6. Mecanismos de coordenação simples e resolução dos conflitos através dos canais hierárquicos
		7. Resultados comparados com anos anteriores; sistema de recompensas favorece a produção e as finanças
Benefícios e custos		
Difícil para a concorrência desalojar a organização do seu pequeno nicho, mas uma grande alteração no mercado pode ameaçar a sobrevivência	A eficiência tecnológica é essencial para os resultados organizacionais, mas os pesados investimentos requerem que os problemas tecnológicos sejam familiares e previsíveis a longo prazo	O sistema administrativo está adaptado para manter a estabilidade e a eficiência mas não para detectar e dar respostas a novas oportunidades de produtos ou mercados

Fonte: Adaptação livre de Miles & Snow (2003)

Organizações ‘**Prospectivas**’ são organizações que exploram continuamente oportunidades de mercado e ensaiam com regularidade alternativas às tendências emergentes da envolvente (vd. Quadro nº 4). Estas organizações introduzem mudança e incerteza a que os competidores procuram dar resposta. Dada a sua grande preocupação com a inovação do produto e do mercado nem sempre são inteiramente eficientes.

Quadro nº 4 – Características das organizações prospectivas segundo a tipologia de Miles & Snow

Características das organizações prospectiva		
Problema empresarial	Problema tecnológico	Problema administrativo
Questões		
Como localizar e explorar novas oportunidades de produto e mercados	Como evitar compromissos a longo prazo derivado dum processo tecnológico único	Como facilitar e coordenar operações numerosas e diversas
Soluções		
1. Domínio alargado e em expansão crescente	1. Tecnologias flexíveis	1. Os membros mais poderosos são os especialistas de marketing e de (I&D)
2. Exploração alargada da envolvente	2. Tecnologias múltiplas	2. A gestão de topo é alargada, diversa e transitória; pode incluir um núcleo central
3. Introdução de mudança no sector	3. Baixo grau de rotinização e de mecanização; binómio pessoas tecnologias	3. Os mandatos nem sempre são longos; os gestores-chave podem ser recrutados tanto no exterior como no interior
4. Crescimento através do desenvolvimento de produtos e mercados		4. O planeamento é mais extensivo que intensivo, orientado para os problemas
5. Crescimento por arranques		5. Tendência para reduzida divisão do trabalho e formalização
		6. Controlo descentralizado e horizontais
		7. Mecanismos de coordenação complexos e resolução de conflitos através de integradores
		8. Resultados comparados com a concorrência; sistemas de recompensas favorecem o marketing e a I&D
Custos e benefícios		
A inovação dos produtos e mercados protege a organização duma envolvente em mutação, mas a organização corre o risco de ter baixos lucros e depender duma larga gama de recursos	A flexibilidade tecnológica permite uma resposta rápida à mudança, mas a organização não pode garantir a máxima eficiência do seu sistema de produção e distribuição em virtude das tecnologias múltiplas	Sistema administrativo é idealmente adequado para garantir a flexibilidade e a eficácia mas pode inutilizar ou mesmo utilizar mal os recursos

Fonte: Adaptação livre de Miles & Snow (2003)

Organizações ‘**Analisadoras**’ são organizações que operam em dois tipos de domínios produtos – mercado, um relativamente estável e outro em mudança (Quadro nº 5). Nas áreas estáveis actuam de forma rotineira e eficiente através dos seus processos e estruturas formalizadas. Nas áreas mais turbulentas estão atentas às novas ideias da concorrência e adoptam rapidamente as que consideram mais prometedoras

Quadro nº 5 – Características das organizações analisadoras segundo a tipologia de Miles & Snow

Características das organizações analisadoras		
Problema empresarial	Problema tecnológico	Problema administrativo
Questões		
Como localizar e explorar novas oportunidades mantendo simultaneamente uma base firme de produtos e clientes tradicionais	Como ser eficiente em segmentos estáveis do domínio e flexível nos segmentos em mutação	Como diferenciar a estrutura e processos da organização de forma a adaptá-la a áreas de operação (estáveis e dinâmicas)
Soluções		
1. Domínio híbrido estável e mutável	1. Tecnologias duais	1. Os membros mais influentes são os especialistas em Marketing, (I&D), logo seguidos pelos de produção
2. Mecanismos de vigilância limitados principalmente ao marketing; alguma I&D	2. Grupo de investigação aplicada com influência	2. Planeamento intensivo entre o marketing e a produção no segmento estável do domínio; planeamento extensivo entre o marketing, investigação e produção no domínio dos novos produtos e mercados
3. Crescimento regular	3. Eficiência tecnológica moderada	3. Estrutura matricial combinando as divisões funcionais e grupos de produtos
		4. Sistema de controlo centralizado com circuitos de <i>feedback</i> horizontais e verticais
		5. Mecanismos de coordenação complexos e dispendiosos; resolução de conflitos através dos gestores e outros através dos canais normais da hierarquia
		6. Avaliação do desempenho baseado em medidas de eficácia e de eficiência; a maioria das recompensas para o marketing e investigação aplicada
Custos e benefícios		
Baixo investimento em I&D, a imitação de produtos manifestamente bem sucedidos, minimização do risco, equilíbrio entre estabilidade e a flexibilidade	A tecnologia dual tem capacidade para servir um domínio híbrido, mas nunca poderá ser totalmente eficaz ou eficiente	Sistema administrativo adequado para o compromisso entre a estabilidade e a flexibilidade mas se o equilíbrio se perde é difícil restabelecê-lo

Fonte: Adaptação livre de Miles & Snow (2003)

Organizações **‘Reactivas’** são aquelas em que as áreas dominantes se apercebam das mudanças e incertezas que têm lugar nas suas envolventes, mas são incapazes de reagir de forma eficaz. Como neste tipo de organização não existe uma relação consistente entre estratégia e estrutura, só raramente se procedem a ajustamentos e esses só ocorrem quando forçados pelas pressões exteriores. Tem algumas características tais como: (i) não podem responder efectivamente; (ii) os administradores de topo frequentemente percebem a mudança e incerteza que acontece nos ambientes organizacionais; (iii) neste tipo de

organização não existe uma consistente estratégia e estrutura, e só raramente fazem ajustes de qualquer tipo ou natureza, até serem forçadas a fazê-lo, através de pressões ambientais.

As estratégias defensiva, analisadora e prospectiva são estáveis porque se uma delas for escolhida, e a organização projectada estiver de acordo, então terá uma forma competitiva eficaz. Caso contrário, a organização terá respostas lentas às oportunidades e provavelmente será pouco eficaz e instável, sendo chamada de reactiva.

A administração estratégica prepara a organização para uma reacção sistémica, reconfigurando a organização sempre que necessário, no seu ciclo adaptativo. Assim, trabalhando com a organização como um todo, o ciclo adaptativo prevê uma maneira de visualizar as relações entre os vários problemas (Miles & Snow, 2003).

Miles & Snow não preconizam um modelo pronto, acabado; pelo contrário, apresentam quatro possíveis alternativas organizacionais (defensiva, prospectiva, analisadora e reactiva), cada uma com a sua própria estratégia de resposta ao ambiente e cada uma com a sua particular configuração de tecnologia, estrutura e processo, consistentes com a sua estratégia. Os autores, todavia, previnem que qualquer tipologia, evidentemente, é incapaz de englobar todas as formas de comportamento organizacional — o mundo das organizações é demasiado instável e complexo para o permitir.

Miles & Snow também estudaram organizações de saúde — mais concretamente hospitais. Os escolhidos foram 19 *voluntary hospitals* (hospitais gerais, comunitários, privados, e sem fins lucrativos), dado que este tipo de organização é proeminente em termos de números e importância dentro do sistema de saúde norte-americano. O modelo pode ser aplicado ao sector público ou privado.

A estratégia do sector público é mais persistente devido à ausência de opções de mercado. As organizações públicas pretendem satisfazer um número elevado de objectivos, que são julgados por uma diversidade de elementos (cidadãos, utilizadores dos serviços, os média, reguladores e políticos) (Boyne e Walker, 2004). Assim sendo, a ligação entre a estratégia, a estrutura, o processo e ambiente pode ser mais estável no sector público que no privado.

Nas organizações de saúde, os hospitais constituem organizações extraordinariamente complicadas (Glouberman e Mintzberg, 2001). Representam talvez a forma mais complexa de organização humana que alguma vez se geriu (Drucker, 1993). Esta complexidade resulta entre outros, da confluência de profissões (médicos, farmacêuticos, enfermeiros,

técnicos, administradores, etc) muitas vezes com interesses, perspectivas e horizontes temporais aparentemente incompatíveis. (Golden, 2006).

Dos diversos tipos de organização, o hospital representa aquela que mais uso intensivo faz de recursos humanos, capital, tecnologia e conhecimento. Ao mesmo tempo, desempenha um papel fundamental no contexto em que está inserido relacionado com o tipo específico do bem que produz – prestação de cuidados de saúde, prevenção da doença e protecção e promoção da saúde, além da educação, ensino e investigação. Estes factores definem-no como um sistema adaptativo complexo (Plsek, 1997; Plsek e Greenhalgh, 2001; Plsek e Wilson, 2001).

De igual forma, Daft e Weick (1984, citados por Hanlon, 2001), consideram que existe um *continuum* ao nível da estratégia, onde as tipologias podem ir desde a defensiva à reactiva passando pela prospectiva e analisadora, em função do ambiente onde estas organizações actuam.

Depois do que foi dito anteriormente, e após analisados os conceitos de estratégia, decidimos adoptar o referencial teórico de Miles e Snow (2003) para este trabalho.

2.2.4.2. ESTRATÉGIA ORGANIZACIONAL EM ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

As organizações de saúde estão em constante reconfiguração. As necessidades em cuidados de saúde são cada vez maiores e os recursos devem ser adequadamente geridos. Mas para que haja um bom desempenho das organizações, estas devem ser adequadamente administradas. Novos tratamentos, novos medicamentos, novas tecnologias, uma melhor e adequada distribuição dos recursos, levaram a uma maior esperança de vida (para a qual, de resto contribuíram outros factores sociais, diga-se de passagem). Novas formas de organização do trabalho, novos processos criaram a expectativa de que é essencial uma liderança adequada para gerir a inovação.

Este século promete, ao nível da saúde, querer ir mais além, na expectativa de dar melhores condições de vida, aumentar a esperança de vida a par de uma melhor qualidade de vida. Para atingir este desiderato, a liderança deve estar centrada nas organizações e não nos líderes. Existe uma inter-relação entre líder e organização que importa observar à luz da estratégia organizacional.

Os estatutos das organizações de saúde tendem, nomeadamente no sector dependente do Estado, a ser cada vez mais abertas, com leis que visam uma gestão mais empresarial, sendo portanto agentes de mudança.

Por vezes existe uma autoridade não formal que advém do saber e projecção técnica dos profissionais de saúde. Também a aceitação/adesão ou relação entre o poder dos superiores para controlar os dependentes e a aceitação/adesão destes é uma condição a ter em conta quando se fala de liderança (Reis, 2007).

Ao caracterizarmos as organizações de saúde como inovadoras, pretendemos caracterizá-las quanto ao modelo de estratégia organizacional que elas comportam. Qual é o seu estilo, como reagem ao meio ambiente que as rodeia. Para isso, é necessário saber quem é que impõe a estratégia organizacional. É o técnico ou o gestor?

Ao utilizarmos a tipologia de estratégia organizacional de Miles & Snow, vamos tentar verificar se, por exemplo, estratégias defensivas se concentram num pequeno número de produtos *core*, se estratégias prospectivas procuram continuamente novas oportunidades, se estratégias analisadoras seguem os líderes de mercado, focando-se em processos de melhoria, e, finalmente, se estratégias reactivas não seguem nenhuma estratégia ou só a adoptam quando forçados (Kabanoff, 2007).

No entanto, os hospitais, nas sociedades pós-industriais, parecem ter cada vez menos linhas de autoridade como era característica tradicional de uma gestão passiva. Pelo contrário, há cada vez mais médicos e enfermeiros a interessar-se por problemas de gestão destas organizações, levando a que o conflito entre o *staff* e o *line* deixe de existir ou seja amenizado.

Outros estudos foram efectuados para verificar o modelo. Shortell e Zalac (1990) analisaram 574 Hospitais Americanos (com e sem fins lucrativos, gerais e comunitários, privados e públicos), de diversas áreas geográficas dos Estados Unidos da América (zonas rurais e urbanas) e com uma assinalável variação do número de camas (entre 21 e 873 camas). Este estudo vem suportar e validar os quatro tipos estratégicos de Miles & Snow. Foram aplicados questionários sobre estratégia aos CEO dessas organizações, entrevistados 140 CEO, vice-presidentes e outros elementos responsáveis pela área financeira, de recursos humanos e outras áreas relacionadas, e foram também consultados dados de arquivo. Neste estudo a dimensão mais estudada foi a administrativa. O facto de não terem efectuado questionários e entrevistas a elementos do *staff* (médicos, farmacêuticos, enfermeiros e

outros técnicos) limitou o estudo e não permitiu ver adequadamente como a dimensão tecnológica e a dimensão empresarial coexistiam no ciclo adaptativo. Também a dispersão em relação ao número de camas e área geográfica é muito grande, o que pode criar vieses, dado que não é igual estabelecer uma estratégia para um hospital de 21 ou 873 camas, assim como para um hospital numa área urbana ou rural, com uma maior ou menor área de influência.

Após uma análise mais detalhada, e em relação por exemplo ao comportamento, pode-se perguntar: quais são os mais *agressivos*? Quem inova primeiro? Os prospectivos e analisadores ou os defensivos? Será que depende do tipo de inovação: prospectivos – novos produtos/serviços; analisadores – nos sistemas de informação para a gestão; e os defensivos – inovações técnicas para produzir outros bens e serviços?

Verifica-se que num Hospital prospectivo e analisador, faz-se mais frequentemente e substancialmente ajustamentos às condições do ambiente e os administradores destas unidades olham para os decisores internos, assumindo que estes têm algo a dizer e a partilhar. Eles percebem que no seu hospital uma grande maioria desses decisores interfere nas decisões. Estas são descentralizadas nos diversos sectores. A hierarquia é mais achatada.

Hospitais prospectivos e analisadores superam hospitais defensivos quando existem rápidas mudanças no ambiente de cuidados de saúde (Shortell, Morrison e Friedman, 1990), resultados que Zalac e Shortell (1990) confirmaram posteriormente.

Enquanto isso, num Hospital defensivo e reactivo poucos ou nenhuns ajustamentos são feitos ao ambiente. Os administradores olham os serviços internos mas estão focados no todo organizacional. Há uma hierarquia *top-down* mais efectiva.

Os hospitais prospectivos têm complexos mecanismos de coordenação (comunicação; descentralização e participação na tomada de decisão); os defensivos fazem esforços para racionalizar a produção, mecanismos simples de coordenação: tomada de decisão centralizada e influenciada pela produção e finanças; e os analisadores têm as características anteriores, sendo que o ambiente é muito importante na tomada de decisão. Este é um hospital em rápido crescimento, trilha novos caminhos e desenvolve métodos inovadores; são hospitais gerais orientados para a comunidade, sendo orientados por três distintas razões: (i) enfermagem e cuidados aos doentes; (ii) apoio aos serviços; (iii) áreas mais inovadoras (laboratórios, equipamento médico de ponta; especialidades médicas). Este tipo

de hospital tem complexos mecanismos de coordenação (comunicação; descentralização e participação na tomada de decisão) (Hambrick, 1983).

Os hospitais analisadores têm as características dos prospectivos (complexos mecanismos de coordenação: comunicação; descentralização e participação na tomada de decisão) e dos defensivos (esforços para racionalizar a produção, mecanismos simples de coordenação: tomada de decisão centralizada e influenciada pela produção e finanças). A estratégia deve ser contínua em vez de categórica, dado estarem presentes os três tipos (prospectivos, defensivos e analisadores) (Boyne e Walker, 2004).

A tipologia analisadora acaba por se esbater, dado ser redundante, ou seja, ela está incluída nos outros tipos. Podemos ir ainda mais longe, e dizer que estes tipos dependem da *contingência* e do *tempo*. Por *contingência* podemos considerar o meio interno e externo que vai moldando a organização, o contexto. Esta contingência é plástica, depende do *tempo*, daí ser interdependente e *contínua* no tempo e no espaço.

Ao longo das últimas três décadas experimentaram-se diversos modelos de administração do sector da saúde em Portugal, sem contudo se ter conseguido encontrar um modelo equilibrado, quer na perspectiva do doente, quer na perspectiva dos outros actores do sector. As mudanças têm sido várias e têm sido realizadas de acordo com interesses vários, mas que não coincidem, na maioria das vezes, com o interesse do utente/cliente da saúde.

O Estado português assumiu compromissos de equilíbrio económico e financeiro com a União Europeia que o impedem de aumentar desmesuradamente a despesa pública com a saúde. Este facto tem obrigado o Estado a reinventar a sua posição, que lhe está consignada na Constituição da República, quer através da mudança do modelo de organização dos hospitais e centros de saúde, quer através da promoção de parcerias público – privadas que ajudam a conter o orçamento da saúde num horizonte de curto prazo. Importa, pois, manter ou mesmo melhorar o padrão de qualidade de vida e de saúde dos portugueses, sem incrementar os gastos com a saúde, dado que estes se mostram demasiado elevados, sobretudo se tivermos como comparação os países da OCDE (OPSS, 2007).

Em alguns países desenvolvidos os serviços representam mais de 75% do Produto Interno Bruto (PIB) (Lovelock *et al.*, 1999). Numa outra perspectiva, as despesas globais totais do SNS, em Portugal, cresceram entre 1990 e 1998, a preços constantes, cerca de 42% (Rodrigues *et al.*, 2002). As taxas de crescimento médio anual dos preços no sector da saúde foram muito superiores às dos restantes bens e serviço – a despesa pública com a saúde

representava 4,5% do PIB, em 2001 (Departamento de Prospectiva e Planeamento, 2005); em 2006 os gastos totais com a saúde ascendiam a 10,2% do PIB contra 8,8 registados no início da década (OECD, 2008). Os gastos com a saúde nos EUA em 2001 representavam cerca de 14,1% do PIB, prevendo-se que represente 17,7% do PIB em 2017 (Deloitte Consulting, 2003); em 2006 os gastos totais com a saúde passaram para 15,3% do PIB (OECD, 2008).

O *marketing* aplicado à gestão das organizações de saúde está ainda longe de funcionar integralmente, mesmo em países mais desenvolvidos, como é o caso dos EUA (Little *et al.*, 1994). No caso português, a função de *marketing* nos serviços de saúde é ainda mais incipiente. A discussão sobre saúde em Portugal já não se centra no sistema a implementar, mas antes numa administração orientada para os resultados, para a responsabilização de todos os participantes e voltada para o ‘cidadão-utente’ (OPSS, 2003). Contudo, o relatório mencionado, nas suas considerações finais, coloca o seu principal enfoque numa lógica de financiamento e numa lógica política, quase ignorando o fulcro de todo o sistema de saúde que é o utente.

Manter o mesmo padrão de qualidade de saúde, com custos mais baixos, só será possível através da obtenção de maior produtividade e concomitantemente através de uma melhor organização das estruturas de saúde. Nos próximos anos o sector dos serviços de saúde em Portugal passará por vários desafios que terão que ser ganhos sob pena de se perderem muitos dos resultados alcançados anteriormente. Ao tentar avaliar-se os diferentes objectivos dos diferentes actores que estão inseridas nos serviços de saúde, verifica-se que existe algum confronto entre esses mesmos objectivos, o que leva a concluir que a próxima evolução nos serviços de saúde será complexa e com resultados incertos.

Finalmente, acreditamos que uma sociedade mais formada e informada consiga liderar o processo de mudança nos serviços de saúde, sobretudo exigindo mais oferta de serviços e melhor qualidade na prestação. O cidadão/utente, quer no papel de contribuinte, quer no papel de pagador do serviço privado de saúde, será o grande dinamizador e impulsionador das mudanças que virão a acontecer. O Estado procurará ser o grande regulador de todo o sistema de saúde, assegurando simultaneamente a prestação de cuidados de saúde aos mais carenciados. As entidades privadas, nos seus diferentes papéis, garantirão diversidade de escolha, eficiência do sistema e maior satisfação dos utentes. Para que uma organização tenha uma estratégia, esta deve ser aplicada por pessoas que interajam com outras, de modo a que a estratégia possa ser colocada em prática. Surge assim a liderança.

2.3. LIDERANÇA

A liderança foi, é e será um tema que está na ordem do dia das nossas organizações. É talvez a área mais investigada e a menos compreendida do comportamento organizacional. Jesuíno (2005) chama-lhe um conceito de *caixa preta*. No entanto, tornou-se fascinante o seu estudo bem como a formação de líderes. O que está na sua essência? E como é que isto se relaciona com um mundo sempre em mudança, que é hoje o nosso ambiente?

Tornar uma organização mais achatada, resolver questões geracionais, ajudar a implementar novas tecnologias para liderar equipas à distância, delegar poderes (*empowerment*), gerir o volume de trabalho, e desenvolver capital intelectual, são algumas das questões que hoje se levantam para que haja uma eficaz liderança nas organizações dos nossos dias. Serão estes entre outros aspectos que iremos tratar neste capítulo.

2.3.1. O CONCEITO DE LIDERANÇA

Não existe um conceito unívoco de liderança. Todavia reconhecemos que envolve um processo de influência social (sobre um indivíduo ou grupo de indivíduos).

A principal diferença teórica centra-se em torno da forma como a liderança é exercida, se deve ou não ser exercida de forma coerciva e quais os principais meios utilizados para exercer essa influência sobre os ‘seguidores’ do líder.

Para Max Weber (1947) a liderança passava pelo exercício do poder por parte de um grupo ou pessoa, e o processo de liderança estava associado às características psicológicas do líder e dos seus seguidores, ou seja, ao carisma, um dos tipos-ideais de autoridade, tal como podemos observar no Quadro nº 6.

Quadro nº 6 – Tipologia da autoridade segundo Max Weber

Racional-legal ou Burocrática	legalidade das leis e regulamentos
Tradicional	o que explica a legitimidade é a tradição e os costumes
Carismática	lealdade dos seguidores e confiança nas qualidades pessoais de quem governa ou lidera

Fonte: adaptação livre de Bilhim, 2004.

A liderança pode ser considerada um processo recíproco de mobilização por pessoas com certos motivos e valores, recursos económicos, políticos e outros, num contexto de competição e conflito, a fim de realizar os objectivos propostos, independentemente ou mutuamente, tanto pelos líderes como pelos seus seguidores (Burns, 1978).

A liderança é um processo que pretende influenciar os outros de modo a conseguir que façam aquilo que o líder quer (Burns, 1978); prosseguir e atingir objectivos previamente definidos, obtendo um elevado desempenho tendo em conta os recursos disponíveis. Para que isso suceda o líder deve criar uma linha de acção e procurar concretizá-la, antecipar o futuro, criar uma imagem do resultado a alcançar e, para ser seguido, partilhar a sua visão com os colaboradores e motivá-los. Se outros não o seguirem, não existe líder (Duluc, 2001).

O conceito de liderança aparece associado a uma rede estrutural de variadíssimas constructos tais como o poder, poder político e influência social (Jesuíno, 2005).

A liderança é definida de várias maneiras, apesar de muitas das definições terem elementos em comum. Para autores como Longest (2003), ou Cartwright e Zander (1992), a liderança é definida como o acto e actividades de uma pessoa que contribui para o desempenho de outros; outros, como Fiedler e Chemers (1981), definem-na como uma relação de poder e influência na qual os colaboradores aceitam ou reconhecem o direito do líder para tomar certas decisões.

Esta última definição considera o processo de influência sobre os colaboradores por parte do líder para atingir os objectivos da organização. Yukl (2002) define liderança como o processo onde um membro individual de um grupo ou organização influencia a interpretação de factos, a escolha de objectivos e estratégias, a organização de actividades laborais, a motivação das pessoas para alcançarem objectivos, a manutenção de relações de cooperação, o desenvolvimento de estruturas e confiança dos membros da organização e o suporte e cooperação de pessoas fora do grupo ou organização.

A liderança é alguma coisa parecida com a beleza: difícil de definir, mas que a reconhecemos quando a vemos (Bennis, 1989); e apresenta um conjunto de ingredientes básicos que os líderes parecem partilhar na totalidade ou em parte: **paixão** (gostar do que faz e de o fazer), **integridade** (é a base da confiança, auto-conhecimento e maturidade); **curiosidade** e **audácia**, assim como **aprender**. Mas não há *receita de cozinha* para fazer bons líderes.

Estas definições incluem indivíduos, grupos, organizações, objectivos, influência e aceitação. Em suma, elas sugerem que o papel do líder é determinar o que irá ser alcançado pelos outros elementos da organização, sejam eles individuais ou toda a organização ou serviços de saúde, assim como, influenciar outros a contribuir para o alcançar dos

objectivos. O líder é um agente da mudança, são pessoas cujos actos afectam outras pessoas (Bass, 1990).

A liderança surge assim envolta num significado paradoxal. O social e o pessoal interpenetram-se e complementam-se. Não só assistimos a teorias da liderança cada vez mais viradas para o contexto sócio-organizacional, como também as vemos centradas no indivíduo, na sua personalidade, nas suas capacidades distintas de líder (certas competências, cognitivas e não-cognitivas), face aos seguidores (Burns, 1978).

Quanto aos objectivos há que definir os independentes, ou próprios de cada indivíduo mas relacionados com outros indivíduos, e os objectivos mútuos. Podemos pois, ter vários conceitos de liderança.

Em suma, a liderança enquadra-se dentro de quatro responsabilidades fundamentais (vd. Quadro nº 7) inerentes à administração que abrange a governação: a liderança, a salvaguarda da tutela (provedoria), a monitorização e reportar (Canada. Brown Governance, 2004).

Quadro nº 7 – Responsabilidades fundamentais da administração

<i>Responsabilidade</i>	<i>Descrição</i>
Liderança	Definir a direcção estratégica da organização (objectivos e missão) e liderar (selecção da gestão e renovação do CA) para acompanhar a direcção definida.
Provedoria	Velar pelos recursos pertencentes a outros; gestão do risco, designação e atribuição de deveres/papéis/responsabilidades, delineação de autoridade.
Monitorização	Receber, analisar e rever as medidas de desempenho, manter a gestão responsabilizada e prestação de contas pelo sucesso (atingir os objectivos, criar valor).
Accountability	Prestar contas (accionistas, proprietários, interessados) pelos resultados produzidos.

Fonte: adaptação livre de Canada. Brown Governance, (2004)

Neste sentido, não havendo uma definição clara objectiva para liderança, podemos afirmar que a concepção do que é boa liderança tem evoluído ao longo do tempo em paralelo com as teorias organizacionais e de gestão.

A liderança, aos mais altos níveis organizacionais, está mais focalizada na liderança *das* organizações do que na liderança *nas* organizações (Dubin, 1979). Assim, a essência de uma liderança estratégica envolve a capacidade de aprender, a capacidade de mudar e o conhecimento das organizações (Bold e Hooijberg, 2004).

2.3.2. MODELOS DE LIDERANÇA

Podemos encontrar vários modelos. Começamos pelo **modelo Tradicional**. Este modelo, ligado ao paradigma industrial do Taylorismo-Fordismo, é marcado pela relação superior/subordinado, num ambiente de tarefas (ou papéis) bem definidas. Faz a apologia da liderança hierárquica e, de certa forma, confunde a liderança com chefia ou com carisma e com uma capacidade inata de influenciar as pessoas. Aqui, a função de dirigente consiste em *dar ordens* aos funcionários, pois considera-se que a partilha do poder diminui a qualidade da liderança e enfraquece o seu impacto. O líder manda e os subordinados obedecem. Esta concepção tem como consequência a desmotivação, o centralismo e o autoritarismo decisório, baixando a produtividade organizacional ligada às mesmas estruturas e rotinas, sem criatividade nem iniciativa, com incapacidade de mudar (OCDE, 2001).

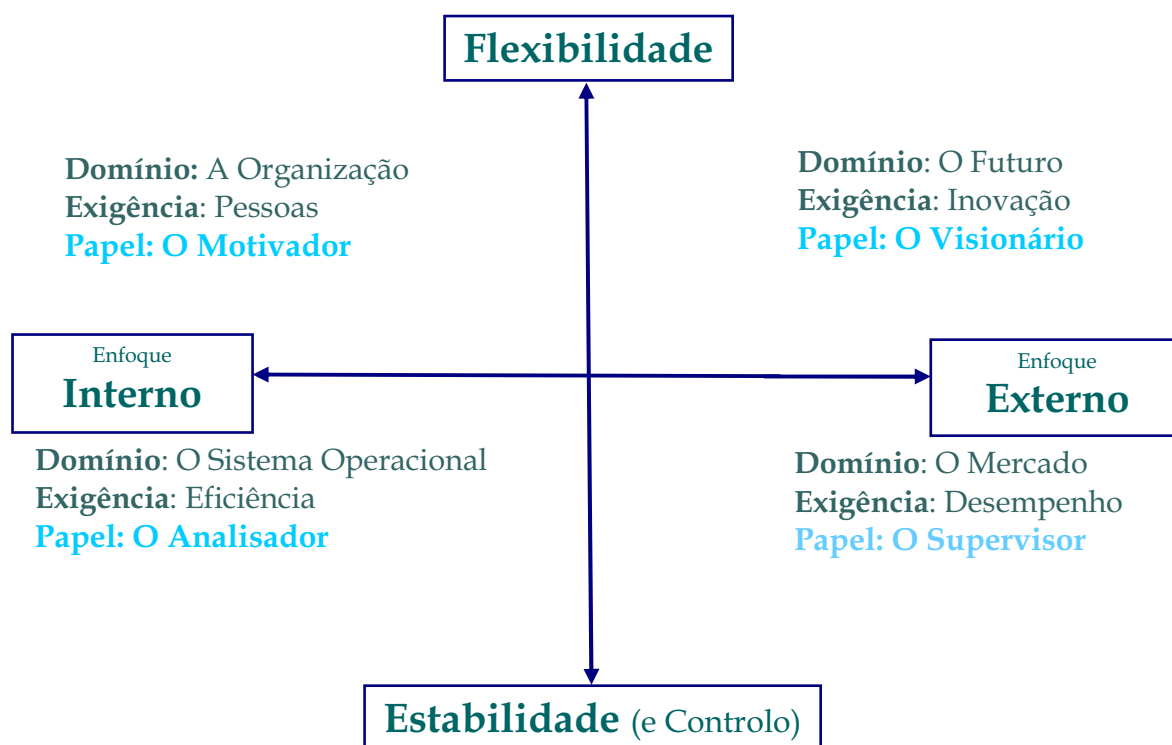
O **modelo Transaccional**, com os factores que impulsionaram a mudança nas organizações, nomeadamente o progresso tecnológico e a exigência de transparência e de bons desempenhos, veio renovar o papel e a importância atribuída à liderança (Jesuíno, 2005). No caso da Administração Pública com a *Governance*, a redução da esfera de acção do Estado e a necessidade de estabelecer uma ligação entre aqueles que exercem a liderança e o reforço das capacidades institucionais e de gestão colocaram em causa as definições tradicionais de liderança.

Assim, o modelo transaccional reconhece as trocas necessárias entre o líder e os subordinados, visando recompensar os comportamentos mais apropriados e punir, prevenir ou desencorajar os comportamentos improdutivos. Nas organizações públicas, os líderes transaccionais têm comportamentos associados ao respeito pelos procedimentos e à atribuição de recompensas e punições formais, referindo-se à compatibilização e harmonização dos objectivos independentes ou próprios e à coordenação de interesses, com vista à sua realização, através da cooperação e da gestão e negociação de conflitos.

A liderança transaccional é identificada no modelo de Quinn *et al* (1996), adaptado do *Model of Leadership: the Competing Roles in deep Change's Quinn*, (vd. Figura nº 3). O modelo assenta na análise a partir de dois eixos: 1 — o eixo da flexibilidade/estabilidade (controlo); 2 — eixo enfoque interno/externo, que por sua vez enquadram quatro domínios: a organização, o futuro, o mercado e o sistema operacional.

Se aplicarmos aqui os conceitos de Burns (1978), que caracterizam a liderança transaccional e transformacional, pelo modelo dos valores contrastantes, o líder transaccional é descrito segundo dois aspectos, o analisador e o supervisor. Eles situam-se nos quadrantes inferior direito e esquerdo. O primeiro, presta atenção à eficácia de operações, avalia projectos propostos. O segundo caracteriza o indivíduo que presta atenção ao desempenho, com enfoque nos resultados, na resolução de problemas. Neste paradigma transaccional não houve lugar à criação de valor (mais-valia) (Jesuíno, 2005). Há apenas a coordenação e a negociação de conflitos. No lugar oposto encontra-se a liderança transformacional que é descrita segundo dois papéis o motivador e o visionário. Eles situam-se nos quadrantes superior direito e esquerdo. O motivador dá ênfase aos valores da organização, ao compromisso, desafia os colaboradores para novos objectivos. O segundo preocupa-se com o futuro, está em constante actualização face à mudança. O modelo dos valores contrastantes foi validado e usado no estudo da liderança e da efectividade em várias organizações. Na figura 3 apresentamos a dinâmica de liderança defendida por Quinn.

Figura nº 3 – Modelo de liderança dos Valores Contrastantes (quadrantes e eixos)



Fonte: Adaptação livre de Quinn (1996)

Quinn, para além de ter caracterizado os papéis da liderança, ligou-os a dimensões de desempenho. No paradigma transaccional de liderança, o desempenho organizacional é

fraco, dado ainda não ter tido lugar à criação de mais valor, de acréscimo de sinergias de grupo, mas apenas a coordenação de interesses pessoais, através da negociação de conflitos (Jesuino, 2005). A liderança transaccional encontra-se muito ligada a valores instrumentais, como a honestidade, coragem e responsabilidade.

As oito características de liderança são descritas como características de competição ou de expectativa que um líder pode utilizar, e podem ser vistas a qualquer nível da organização (Quadro nº 8).

Quadro nº 8 – Características de Comportamento dos Líderes

<i>Papel da liderança</i>	<i>Questões de avaliação</i>	<i>Comportamentos associados</i>	<i>Externo/ Interno</i>	<i>Flexibilidade/ Controlo</i>
Mentor	Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados; trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa	Pessoa comprometida por se preocupar no desenvolvimento das pessoas e na sua orientação	Interno	Flexibilidade
Facilitador	Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo; encoraja a tomada de decisão participada no grupo.	Pessoa que desenvolve efeitos colectivos, trabalho de equipa, gere conflitos interpessoais e constrói coesão	Interno	Flexibilidade
Inovador	Põe em prática novos conceitos e novas ideias.	Pessoa que se espera facilitadora da mudança	Externo	Flexibilidade
Broker	Exerce influência ascendente na organização; influencia decisões tomadas	Pessoa que se encontra particularmente preocupada na manutenção da legitimidade externa assim como na obtenção de recursos externos	Externo	Flexibilidade
Produtor	Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	Pessoa orientada para a tarefa, focada em altos interesses: motivação, energia, e condução de RH	Externo	Controlo
Director	Torna o papel do serviço muito claro; clarifica as prioridades e as direcções do serviço.	Pessoa dura na sua atitude de chefia e conhecida pelo seu sentido utilitário e ausência de falsos julgamentos	Externo	Controlo
Monitor	Mantém um apertado controlo logístico; compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	Pessoa que sabe o que se passa na unidade e vê se os colaboradores cumprem as regras e os objectivos da mesma	Interno	Controlo
Coordenador	Antecipa os problemas de trabalho antes das crises; traz um sentido de ordem ao serviço.	Pessoa que mantém a estrutura e o fluxo do sistema.	Interno	Controlo

Fonte: Adaptação livre de Quinn (1996)

Do modelo Transaccional deriva o **modelo Transformacional** como expansão daquele, porque motiva as pessoas a ir mais longe, a superar as expectativas, o que conduz a desempenhos mais elevados. Aqui os líderes podem modelar e elevar os motivos e valores dos seguidores, ou seja, podem exercer uma liderança pedagógica que se traduz numa definição de novos objectivos, de níveis mais elevados de aspiração, de novas normas de actuação e concertação colectiva (Jesuino, 2005). Nesta óptica, Bass (1990) definiu quatro componentes de liderança transformacional, por oposição a três componentes de liderança transaccional, como podemos ver no Quadro nº 9.

Quadro nº 9 – Componentes da liderança transformacional e transaccional

<i>Liderança Transformacional</i>	<i>Liderança Transaccional</i>
Liderança Carismática	Recompensa ou transacção construtivas
Motivação Inspiradora	Gestão pela excepção ou transacções correctivas
Estimulação Intelectual	<i>Laissez-Faire</i>
Consideração Individual	

Fonte: Adaptação livre de Bass e Seltzer (1990)

Segundo este último modelo, a liderança identifica-se como processo de desenvolvimento, ou antes, como o processo de socialização promovendo a passagem a estádios superiores tanto no domínio das necessidades (Maslow, 1954) como no domínio dos valores (Kohlberg, 1969, 1976).

O líder transformacional alcança melhores resultados porque: (i) a sua influência é um modelo para os seus colaboradores; (ii) é uma inspiração para a motivação, o que envolve motivação e inspiração dos colaboradores dando significado ao seu trabalho; (iii) implica estimulação intelectual, o que envolve estimular os esforços dos colaboradores para a inovação e criatividade; (iv) pressupõe consideração individual o que envolve ter atenção às necessidades individuais de crescimento de cada colaborador (Bass e Avolio, 1994).

Por fim temos o **modelo Integrador** que para além de inspirar os funcionários, partilha o poder, a autoridade e responsabilidade. Embora seja pouco utilizado, é o modelo mais adequado à Administração Pública, nomeadamente em organizações que não detêm o controlo total sobre os programas e políticas, pois operam em ambientes contingenciais.

Neste contexto os líderes devem procurar desenvolver as suas estruturas com capital humano, boas capacidades de gestão interna, competências em matéria de informação e de gestão do conhecimento, assim como a aptidão da organização para avaliar os seus esforços

e experiências anteriores para daí tirar ensinamentos. As fronteiras entre estes modelos não são rígidas. A experiência demonstra que os líderes eficazes mudam a sua forma de dirigir de acordo com o contexto, de forma a obterem os melhores resultados. Por isso cada vez mais se fala e se desenvolve a aprendizagem organizacional.

De acordo com o que foi dito, os processos de liderança caracterizam-se por vários elementos fundamentais tais como: (i) o exercício intencional do poder e influência por parte dum actor; (ii) a natureza colectiva do destinatário; (iii) a preocupação com os objectivos comuns; (iv) a legitimação predominantemente psicológica.

Para Bennis (1989) existem três razões para os líderes serem importantes: (i) são responsáveis pela eficácia das organizações; (ii) as pessoas têm necessidade de guias ou âncoras e eles satisfazem essa necessidade; (iii) há um consenso generalizado acerca da necessidade de defesa da integridade das instituições.

O senso comum tende a confundir liderança e gestão, ou utilizando a terminologia da Administração Pública, liderança e direcção.

Para autores como Hersey e Blanchard (1977), a liderança é o processo de exercer influência sobre o indivíduo ou um grupo de indivíduos, nos esforços para a realização de objectivos em determinada situação. A gestão é o conceito mais geral e a liderança é um caso particular dentro deste. Pode considerar-se que a função liderança numa organização limita-se mais às pessoas, isto é, à sua direcção, motivação e controlo, e situa-se no contexto mais amplo das funções de gestão que incluem as actividades de planeamento, organização, direcção e controlo (McKenzie, 1969).

A perspectiva de Mintzberg (1995) coincide com esta última, pois conclui que as funções dos gestores se limitam a um conjunto de actividades de muito curta duração. Ainda segundo esta perspectiva, os papéis de liderança são de natureza interpessoal e as actividades directas por eles desenvolvidas são, por exemplo, o recrutamento e a formação, e as indirectas a motivação e o encorajamento que conciliam as necessidades individuais com as da organização. Observações empíricas relatadas pelo autor concluíram que os papéis de liderança nem sequer são os mais importantes e frequentes nas funções dos gestores. Essa posição de destaque é atribuída à comunicação e particularmente à comunicação verbal que, ao permitir *feed-back* imediato, desempenha uma função complementar da estrutura.

Embora existam muitos estudos sobre liderança, os progressos científicos têm sido reduzidos e contraditórios. Este interesse baseia-se na premissa de que o fracasso ou o êxito das organizações se atribui à acção dos respectivos líderes, ignorando ou escamoteando a importância de factores situacionais (Pfeffer, 1977). Contrária a esta conclusão estão Peters e Waterman (1995), ao referirem que o que está associado a quase todas as empresas bem sucedidas, é o facto de um (ou dois) líderes estarem associados ao êxito.

Mas, todos os gestores são líderes? Enquanto a gestão é antes de mais um processo cuja finalidade é produzir resultados relevantes, mantendo o sistema existente, a liderança é sobretudo um processo cuja função é mudar o que for preciso, isto é, os sistemas, as estruturas, os métodos de trabalho (Kotler, 1996).

A partir dos trabalhos de vários autores que escreveram sobre liderança, podemos, construir o Quadro nº 10 (Joseph e Jimmie Boyett, 1998), e estabeleceram a diferença entre gestores e líderes.

Quadro nº 10 – Diferenças entre Gestores e Líderes	
GESTORES	LÍDERES
Fazem as coisas de forma correcta	Fazem as coisas certas
Interessam-se pela eficiência	Interessam-se pela eficácia
Administram	Inovam
Mantêm	Desenvolvem
Focalizam-se nos sistemas e estrutura	Focalizam-se nas pessoas
Baseiam-se no controlo	Baseiam-se na confiança
Organizam e formam equipas	Alinham pessoas com uma direcção
Enfatizam táticas, estruturas e sistemas	Enfatizam a filosofia, valores essenciais e metas partilhadas
Têm uma visão de curto prazo	Têm uma visão de longo prazo
Perguntam como e quando	Perguntam o quê e porquê
Aceitam o <i>status quo</i>	Desafiam o <i>status quo</i>
Orientam-se para o presente	Orientam-se para o futuro
Centram-se nos resultados finais	Centram-se no horizonte
Desenvolvem etapas e horários detalhados	Desenvolvem visões e estratégias
Buscam previsibilidade e orientam	Buscam mudança
Evitam riscos	Correm riscos
Motivam as pessoas a cumprir padrões	Inspiram as pessoas a mudar
Usam a influência posição a posição (do superior ao subordinado)	Usam a influência pessoa a pessoa
Exigem obediência	Inspiram os outros a segui-los
Operam dentro das regras, regulamentos, políticas e procedimentos organizacionais e administrativos	Operam fora das regras, regulamentos, políticas e procedimentos
Recebem um cargo	Tomam a iniciativa e lideram

Fonte: Adaptação livre de Joseph e Jimmie Boyett, (1998)

2.3.3. CARACTERÍSTICAS DA LIDERANÇA

A liderança de uma organização deve saber conservar os valores adoptados. É responsável pela protecção desses valores. Essa responsabilidade é partilhada com os funcionários, os líderes políticos, os cidadãos, os fornecedores e outras partes interessadas (*stakeholders*).

A grande turbulência que as organizações enfrentam actualmente, torna crucial a obtenção e a preservação do apoio não só interno, das pessoas que constituem a organização, mas também externo, ou seja dos indivíduos, grupos e organizações de partes interessadas e afectadas ou que possam afectar a vida da organização.

Existem, para Bennis (1989), 10 factores ou características pessoais ou organizacionais para enfrentar com êxito a mudança, forjar um novo futuro e criar uma organização que aprende. Assim, os líderes: (i) gerem o sonho (criam a visão, levam as pessoas a realizar a visão); (ii) adoptam os erros (não são adversos aos riscos e não rejeitam os erros); (iii) encorajam respostas ponderadas e atrevidas para saberem mais sobre eles próprios; (iv) encorajam a discordância (necessitam de pontos de vista discordantes, de advogados do diabo, em relação às expectativas); (v) possuem o factor Nobel (optimismo, fé e esperança); (vi) compreendem o *efeito de pigmaleão* nos gestores; (vii) têm uma espécie de capacidades ou sensações instintivas; (viii) têm uma perspectiva de longo prazo; (ix) compreendem a simetria dos investidores (devem equilibrar as exigências de todos os grupos que têm interesses na organização); (x) criam alianças estratégicas e parcerias (vêm o mundo na sua globalidade).

Os líderes devem confiar nos seus colaboradores para que, reciprocamente, estes também possam confiar neles e, por essa via, ganharem confiança. A confiança mútua é o que permite estabelecer o equilíbrio instável entre a fé, e a dúvida mútua pelo que é de grande importância nos processos de liderança. Os líderes geram e mantêm confiança através da: (i) constância (não criam nada para o grupo e devem acompanhar o curso dos acontecimentos); (ii) congruência (não deve haver divergência entre as teorias que defendem e as suas práticas objectivas); (iii) confiabilidade (devem dar apoio aos seus colaboradores nos momentos críticos em que é necessário); (iv) integridade (honram os seus compromissos e promessas).

Na gestão das pessoas, o líder deve ter as características indicadas no Quadro nº 11.

Quadro nº 11 – Características que um Líder deve ter na Gestão das pessoas

<i>Características de um Líder na Gestão das pessoas</i>
Compreender e transmitir às pessoas o significado do sistema, os seus objectivos e a forma como o trabalho das pessoas apoia estes objectivos
Ajudar as pessoas a considerar-se componentes do sistema, a trabalhar em cooperação para a optimização dos esforços (aproveitar energias) de todos no sentido de alcançar objectivos
Compreender que as pessoas são diferentes umas das outras, procurando criar para todas um trabalho com interesse e desafio, colocando todas em posição de desenvolvimento.
Aprender permanentemente e encorajar as pessoas a fazê-lo
Ser conselheiro (treinador), <i>coach</i> e não juiz
Compreender as interacções entre as pessoas e as circunstâncias em que estas trabalham
Ter três fontes de poder; autoridade do cargo, conhecimento e personalidade e poder de persuasão
Estudar os resultados para melhorar as suas capacidades de gestão
Descobrir se alguém está fora do sistema e precisa de ajuda
Criar confiança através de um ambiente que encoraje a liberdade e a inovação
Não esperar a perfeição
Ouvir e aprender sem julgar
Empreender uma conversa informal e espontânea com as pessoas pelo menos uma vez por ano, para as compreender
Compreender os benefícios da cooperação e os prejuízos da concorrência entre as pessoas e grupos

Fonte: Adaptação livre de Deming, (1990)

Actualmente a liderança é considerada uma qualidade que se aprende e desenvolve. Inclui um conjunto dinâmico de capacidades que, combinadas, potenciam os recursos humanos fomentando a criatividade e a inovação de forma a conduzir a organização, rumo ao sucesso num ambiente instável e que requer rápidas mudanças de estratégia, para satisfazer as necessidades dos indivíduos.

Como expressão desta nova forma de ‘orientação para os funcionários’ (o funcionário está voltado para o interior da organização e são contratados em função de competências técnicas e qualificações específicas), a nova liderança utiliza, inclusivamente, uma terminologia diferente para se referir aos antigos subordinados, designando-os por ‘colaboradores’.

Em suma, as análises mais recentes permitem concluir o seguinte: (i) qualquer pessoa pode ser um líder, pois a liderança é uma actividade, um processo ou uma relação de poder e não propriamente uma característica de personalidade ou um atributo; (ii) sendo uma actividade ou um processo, a liderança é algo observável que pode ser descrito e adquirido; (iii) é em grande parte um processo de influência, centrado sobre as relações humanas, o que supõe uma colaboração voluntária no seio da relação entre os líderes e os seguidores; (iv) a liderança cria a coesão e ajuda um grupo a seguir em frente para atingir um objectivo ou implementar uma visão partilhada.

2.3.4. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DOS LÍDERES

Os líderes podem ser baixos, altos, cuidados, desleixados, novos, velhos, homens, mulheres, ou seja, são de todos os modos e feitios (Bennis, 1989). Os líderes fazem-se a eles próprios. De igual forma, têm funções de liderança relativamente ao grupo as quais são apresentadas no Quadro nº 12 (Adair, 2003).

Quadro nº 12 – Principais Funções da Liderança Relativamente ao Grupo	
<i>Funções da Liderança Relativamente ao Grupo</i>	
Planear	Procurar toda a informação disponível Definir a tarefa ou objectivo do grupo Estabelecer um plano de trabalho
Iniciar	Ser um agente de mudança Explicar à equipa os objectivos do plano Explicar porque é que os objectivos e o plano são necessários Distribuir tarefas pelos membros do grupo Estabelecer padrões para o grupo
Controlar	Manter os padrões de grupo Influenciar o ritmo Assegurar que todas as acções se destinam a atingir os objectivos Manter as discussões relevantes Impulsionar o grupo para a acção/decisão
Apoiar	Expressar aceitação das pessoas e dos seus contributos Encorajar e motivar a equipa de indivíduos, através de actos de reconhecimento Envolver; comunicação intensa através de redes e canais flexíveis (informais, reuniões, eventos, etc) Disciplinar a equipa e os indivíduos Criar espírito de equipa Aliviar a tensão com humor Resolver conflitos e desacordos Treinar e formar de forma contínua
Informar	Clarificar a tarefa Dar nova informação ao grupo, mantê-lo informado Receber informação do grupo Resumir as sugestões e ideias de forma coerente
Avaliar	Verificar a exequibilidade de uma ideia Testar as consequências de uma solução proposta Ouvir (os subordinados, os colegas, etc) Avaliar o desempenho da equipa Ajudar a equipa ou o indivíduo a avaliar o seu próprio desempenho por referência aos padrões (critérios de sucesso) estabelecidos

Fonte: Adaptação livre de Adair, (2003)

No entanto apresentam determinadas características: (i) visão orientadora: visão clara do que quer profissionalmente e pessoalmente, e a resistência para persistir perante reveses e falhanços; (ii) paixão: paixão particular para com uma vocação, profissão e rumo (o líder gosta do que faz e gosta de o fazer; o líder que comunica paixão dá esperança e inspiração a

outras pessoas, que por vezes se pode aparentar com entusiasmo); (iii) integridade: auto-conhecimento, candura, maturidade (base da confiança — conhece-se a si próprio, o que quer fazer e os motivos); (iv) confiança: é uma qualidade que não pode ser adquirida, mas que tem de ser ganha (é dada pelos colaboradores ou seguidores e, sem ela, o líder não pode funcionar, sendo pois um produto do processo de liderança); (v) curiosidade: o líder fica maravilhado com tudo, quer aprender tudo o que está ao seu alcance; (iv) desafios: está disposto a assumir riscos, experimentar, tentar novas coisas. Não se aborrece com fracassos, mas aceita os erros, sabendo que apreenderá com eles.

2.3.4.1. CARACTERÍSTICAS DOS LÍDERES DO FUTURO

Os líderes do futuro deverão estar preparados para enfrentar todas as questões que lhe serão colocadas por uma sociedade em constante mutação. Devem ter as seguintes características: (i) educação extensa; (ii) curiosidade saltitante; (iii) entusiasmo fervilhante; (iv) acreditar nas pessoas e nas equipas; (v) prontidão para assumir riscos; (vi) dedicação ao crescimento de longo prazo em vez de lucro a curto prazo; (vii) compromisso com a excelência; (viii) prontidão; (ix) virtude; (x) visão (Bennis, 1989). Deve ser acima de tudo um elemento facilitador para toda a organização, disponibilizando-se a estabelecer uma comunicação fluida e sem constrangimentos de modo a que a organização saiba o que a cada momento se passa, delegue competências e seja um visionário.

Devem ter uma perspectiva externa e interna. Se olharmos as organizações como líderes, a liderança daquelas deve assentar na informação e no conhecimento, devendo portanto ter as características dos líderes do futuro (Falk, 2007).

2.3.5. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE ORGANIZAÇÕES COM SUCESSO

Organizações que obtiveram sucesso, ao longo da sua vida, têm as seguintes características: (i) estrutura menos hierarquizada; (ii) maior autonomia das unidades; (iii) bens e serviços com maior valor acrescentado; (iv) controlo de qualidade; (v) controlo de serviço; (vi) responsabilidade; (vii) rapidez de inovação; (viii) flexibilidade; (ix) trabalhadores muito treinados que usam a sua mente assim como as suas mãos; (x) líderes a todos os níveis, em vez de gestores (Bennis, 1989).

Tendo estas organizações obtido sucesso, também os líderes o devem obter. Para tal, estes líderes têm como funções: (i) definir a missão da organização, isto é, articular as suas

actividades e informar os trabalhadores; (ii) criar um ambiente flexível em que as pessoas não sejam simplesmente valorizadas, mas encorajadas a desenvolverem plenamente o seu potencial e serem tratadas como iguais e não como subordinados; (iii) alterar a cultura organizacional de modo a que a criatividade, autonomia e a contínua aprendizagem substituam a conformidade, a obediência e os hábitos; (iv) ter objectivos de crescimento de longo prazo e de lucros de curto prazo; (v) transformar a organização de uma pirâmide rígida para um círculo fluido ou ainda numa mais envolvente rede de unidades autónomas; (vi) encorajar a inovação, a experimentação e o assumir de riscos; (vii) antecipar o futuro através da leitura presente; (viii) estabelecer novas ligações e novas relações com os trabalhadores; (ix) fazer novas alianças fora das organizações; (x) estudar constantemente a organização por fora e por dentro; (xi) identificar ligações frágeis na cadeia e repará-las; (xii) pensar globalmente, em vez de ao nível nacional ou local; (xiii) identificar e responder a novas necessidades, sem precedentes dos trabalhadores; (xiv) ser pró-activo em vez de reactivo e confortável com a ambiguidade e a incerteza (Burns, 1978).

2.3.6. LIDERANÇA NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

A qualidade da liderança no sistema ou serviços de saúde afecta o modo como o trabalho é feito, como é que a organização ou o sistema realiza o seu trabalho e se os objectivos são alcançados.

O sector público com frequência retirou lições nesta matéria do sector privado. No entanto, será de questionar este tipo de similitudes? As organizações de saúde são idênticas a outras organizações no geral?

Um estudo efectuado por Alimo-Metcalfe e Lawler em 2001 no *National Health Service* (NHS) Inglês, verificou que o termo 'líder' é muito utilizado mas não está bem definido, sendo assim um conceito cinzento e nebuloso. As organizações de saúde devem ter uma visão clara do que é liderança; muitas organizações utilizam modelos de liderança que não são sobreponíveis nem adaptáveis à realidade.

O modelo transformacional é o que tem mais entusiastas, os termos gestão e liderança são usados sem distinção entre eles, o conceito de liderança está ainda numa fase inicial de evolução nomeadamente em organizações de saúde e novas e inovadoras ideias e boas práticas estão a emergir.

Burns (1978) considera dois tipos distintos de liderança nas organizações: transaccional e transformacional.

A liderança transaccional ocorre nas organizações de saúde porque os gestores supervisionam directamente os colaboradores, os quais estabelecem uma relação supervisor-subordinado. As necessidades dos subordinados são alcançadas se as expectativas do líder são realizadas; líderes e subordinados recebem algo. Um bom esquema de técnicas de liderança facilita a transacção que é essencial para que este tipo de relação funcione adequadamente (Shortell, 2001).

No segundo tipo de liderança — transformacional (mais adequado para as organizações de saúde por gestores seniores) — o propósito é a mudança adequada do *status quo* (Shortell, 2001). Praticando uma liderança transformacional, os gestores estão mais focalizados em incentivar mudanças (Bartram, 2007). Os gestores seniores gerem a cultura organizacional (Buchanan, 2007).

No seu papel de líderes transformacionais, os gestores podem focalizar-se em mudanças que se estendem a toda a organização ou sistema: (i) implementando os valores e a missão das organizações ou sistemas de saúde; (ii) modificando o nível de suporte para a missão entre os *stakeholders* internos e externos; (iii) dando responsabilidades para a realização e operacionalidade das organizações ou sistemas de saúde; (iv) desenvolvendo novas estratégias ou implementando as existentes de maneira diferente; (v) alterando o balanço entre os interesses económicos, profissionais e sociais das organizações ou sistemas de saúde com os que trabalham nela; (vi) estabelecendo novas relações com outras organizações ou sistemas com as quais existe interdependência ou parcerias (Brazier, 2005).

Uma organização ou sistema de saúde alcança o sucesso quando tem uma liderança forte e efectiva, o que quer dizer que a liderança tomou boas decisões em relação à missão, objectivos, estrutura serviços, qualidade e novas tecnologias.

As organizações prestadoras de cuidados de saúde, nomeadamente nos Estados Unidos, têm sido dominadas por líderes com um estilo transaccional de liderança e com uma forte estrutura hierárquica (Schwartz, 2000, Schwartz e Tumblin, 2002). Actualmente, começam a aparecer lideranças do tipo transformacional, com o sentido de preparar e responder às mudanças organizacionais e ambientes internos e externos, orientadas para o cumprimento de objectivos. Neste tipo de ambiente está a emergir um componente fundamental na

liderança transformacional, que é a liderança por parte dos médicos nos cuidados de saúde, com o objectivo de criar organizações que aprendem.

Estas organizações são lideradas por líderes versáteis, onde o seu sucesso depende da adaptação das mesmas (elas podem ser vistas como ‘camaleões’ que se adaptam ao meio ambiente). São essencialmente organizações competitivas, ou seja, têm sentido de urgência, as equipas sobrepõem-se ao indivíduo, assumem o risco, revelam *empowerment* dos colaboradores, delegam autoridade aos níveis mais baixos e eliminam uma desnecessária interdependência entre indivíduos e grupos.

Estas organizações são mais rápidas e flexíveis. Outros factores importantes são a gestão intermédia e os líderes de equipa. Estes últimos servem como catalisadores na espiral do conhecimento (para cima — *up* — e para baixo — *down* — da estrutura organizacional) ou seja uma gestão ou liderança *middle-up-down*, em oposição ao tradicional estilo *top-down* ou *bottom-up*. Este novo estilo ajuda a organização a ser mais empreendedora e mais comunicativa, assim como facilita a transmissão da informação, visão, objectivos e agenda a todos os colaboradores (Bilhim, 2004). Em organizações muito burocráticas e pouco comunicativas o *empowerment* não prevalece, é inibido, enquanto que organizações mais orgânicas constituem-se como estimuladoras de estilos de liderança transformacionais (Brooks, 1996; Brazier, 2005). Os líderes devem ser cada vez mais inovadores, criativos e promover as lideranças (Diliello, 2006).

2.3.7. PODER E INFLUÊNCIA

A palavra poder adquire muitos significados, mas pode ser definido como a capacidade de exercer influência. Ele é definido de forma semelhante por diversos autores: (i) poder é a capacidade de alguém impor a sua vontade sobre o comportamento de outras pessoas (Galbraith, 1989); (ii) poder é a habilidade de um actor para induzir outro a seguir a sua orientação (Etzioni, 1970); (iii) poder é a capacidade de exercer influência (Hampton, 1992); (iv) poder é a capacidade de A influenciar o comportamento de B, de modo a que B aja de acordo com os desejos de A (Robbins, 1997; Crozier, 1994).

Assim, aquele que tem poder, possui a capacidade de influenciar, ou seja, a capacidade de um indivíduo influenciar uma ou mais pessoas — poder interpessoal — e a capacidade de um grupo de pessoas influenciar uma ou mais pessoas — poder social (influência social).

A fim de produzir o mesmo efeito de influência, o influenciador pode usar diferentes estratégias, diferentes processos e diferentes tipos de influência. A fim de classificar os tipos de influência, Galbraith, (1989) define três tipos de exercício de poder: o poder compensatório, o condigno e o condicionado, enquanto que Etzioni, (1970) apresenta três tipos de poder: o poder coercivo, o poder remuneratório e o poder normativo.

A influência é importante para o processo da liderança e para o sucesso do papel de líder, dado que a influência é o meio através do qual as pessoas com sucesso exercem persuasão sobre outros para seguir o seu conselho, sugestão ou ordem.

O poder é o potencial para exercer influência. Mais poder significa mais potencial para influenciar os outros. Assim, para compreender a influência, devemos primeiro entender o que é o poder.

Como fontes de poder podemos considerar: (i) o poder legítimo — é o poder que deriva da posição da pessoa na organização (poder formal ou autoritário, baseado na sua posição); (ii) o poder de recompensa — baseado na capacidade do líder (dado pela organização) para recompensar (promoções, aumento ordenado, reconhecimento, símbolos de *status* como por exemplo um gabinete maior) um comportamento adequado, punir um comportamento desadequado e informar (ou seja controlo sobre recursos, processos e informação); (iii) o poder coercivo — é o oposto ao da recompensa, ou seja, punição por não ter atingido os objectivos; (iv) o poder de ser um perito — ter experiência para resolver certos problemas ou tarefas críticas que necessitam de certo grau de especialização (por exemplo o poder dos profissionais de *staff* é baseado no seu conhecimento médico — os médicos cirurgiões cardiotorácicos tem maior poder do que os médicos cuja especialidade tem mais especialistas); (v) o poder de referência — resulta do facto dos indivíduos serem admirados, serem mais leais (é o chamado poder carismático — depende de certos processos políticos, que derivam do controlo sobre processos de decisão, habilidade para fazer alianças e capacidade para institucionalizar o poder do líder) (Reis, 2007).

Devemos saber como usar efectivamente o poder para influenciar os outros. Mintzberg (1995) reconhece esta importância e atribui ao uso, com sucesso, do poder a estrutura do líder, que é definido como a capacidade para usar as bases do poder com eficiência — convencer os outros a usar os recursos, a informação, os esquemas técnicos no seu expoente máximo, para exercer o poder formal com sensibilidade para com os sentimentos dos outros, saber onde concentrar as energias e para organizar as alianças necessárias.

Dependendo de certas circunstâncias, as fontes de poder estão disponíveis em diferentes graus para os líderes das organizações e serviços de saúde. Por exemplo, ao nível de departamentos, onde a liderança está relacionada com a relação supervisor — subordinado, o gestor de primeiro nível tem o poder de influenciar ou liderar, dado que está investido de autoridade formal no departamento e nas pessoas desse departamento. Este gestor tem também controlo sobre as recompensas, recursos, punições e informação, e pode ter mais experiência do que outros no departamento. Estes gestores têm pouco poder político. Mas isto não é problema se ele conseguir liderar o departamento.

Por outro lado, um gestor sénior, que lidera uma organização ou sistema, lida com o poder de outra maneira. Por exemplo o CEO (*Chief executive officer*) de uma organização ou serviço de saúde possui poder político em virtude da sua autoridade para controlar o processo de decisão, alianças e tomada de decisão. O CEO pode ter carisma, muita lealdade por parte dos colaboradores, e grandes amizades com médicos chave e membros do conselho de administração, os quais providenciam ao CEO poder pessoal. Pode também ter poder em termos de controlo sobre recursos e informação. Por último, o CEO pode ter uma forte posição de controlo de acesso a fontes de poder na organização ou sistema.

No caso das organizações de saúde, e no Serviço de Saúde Inglês (NHS) durante décadas houve uma luta pelo poder e controlo entre médicos e gestores (Sheaff *et al*, 2003). Houve autores como Thomson, citado por Oni, em 1995, que disseram que os gestores são agentes do governo, que lhes é dado poder para controlar o poder de especialistas profissionais de saúde.

Estes autores argumentam que os profissionais de saúde, não gestores, estão melhor equipados para liderar no NHS. Os líderes profissionais (especialistas) são os que de facto influenciam as práticas dos colegas, quer se queira quer não, através duma linha formal de relação em gestão, como é o caso da aceitação/adesão nas carreiras médicas (Sheaff *et al*, 2003). Dentro do NHS várias ferramentas de gestão são colocadas ao dispor para controlar os profissionais, com o desempenho, os objectivos, etc. No entanto os gestores implementam estas ferramentas através de intermediários, como os directores de serviço, que tem o conhecimento técnico necessário e a legitimidade. Tal situação também se coloca em Portugal, no SNS, onde os directores de serviço começam a negociar com as administrações das instituições (nomeadamente hospitais), os objectivos e o modo de avaliação quer dos serviços/departamentos quer dos profissionais individualmente.

No caso português, o CEO é substituído por um Conselho de Administração, onde existe um presidente e vogais executivos (administradores, director clínico e enfermeiro director) no sector público. No sector privado, existe um conselho executivo que gere os destinos de uma unidade de saúde, onde se inclui um director clínico e um enfermeiro director, ficando estes dependentes da *holding* respectiva.

No entanto a relação de poder nas organizações têm mudado nas últimas décadas, devido ao *empowerment* dos profissionais. Este *empowerment* tem levado a tomada de decisão para níveis mais baixos.

Outrora eram os profissionais que lideravam este tipo de organizações, mas hoje e no futuro esses líderes podem ir desde os profissionais, administradores, políticos até a associações de doentes e utentes, o próprio utente, enfim a sociedade civil (os cidadãos). Esta abordagem terá que fazer reflectir uma nova forma de ver o mundo, estabelecer novas formas de governo, de gestão e de liderança.

Não existe no SNS uma integração entre as diferentes redes da sua responsabilidade, como sejam os cuidados de saúde primários, os hospitais, a emergência pré-hospitalar e os cuidados continuados integrados (OECD, 2004b). Esta falta de integração leva à duplicação de actos e procedimentos que, uma vez realizados nos cuidados de saúde primários, são repetidos quando os doentes dão entrada no hospital. Este relatório da ODCE refere ainda que o papel do ‘médico de família’ não é desempenhado adequadamente, dado que muitas vezes não tem o total controlo da evolução do estado de saúde do doente.

Nas organizações de hoje, onde deve haver estratégias bem definidas e lideranças fortes, deve haver inovação. Como é que ela se caracteriza, como acontece e como floresce é o que vamos ver no capítulo a seguir.

2.4. INOVAÇÃO E MUDANÇA

As organizações actuais, quer públicas quer privadas, sentem a necessidade de actualização constante (e são pressionadas nesse sentido). O ambiente externo molda a vida dessas organizações, sendo essencial que estas estejam preparadas para a mudança numa perspectiva de inovação aos vários níveis: estrutura, processos, produtos/serviços.

As organizações de saúde quer do sector público quer do sector privado enfrentam diversos desafios (p. ex., diminuição de custos para reduzir o défice), e oportunidades (p. ex., aplicação de novas tecnologias de informação e ferramentas de gestão) que as levam a inovar.

As inovações nas organizações do sector público são alvo de estudos académicos. No entanto no sector da saúde pouco o fenómeno está pouco estudado. Mudanças ao nível cultural, o tempo necessário para efectuar as mudanças, uma boa comunicação, delegação de poderes, sustentabilidade do processo são alguns dos desideratos para uma inovação eficaz e que produza efeitos sem dor para as organizações e seus colaboradores, criando organizações que aprendem — *learning organizations* —, criando valor e aplicando o conhecimento adquirido.

É nosso propósito abordar alguns aspectos da inovação nas organizações de saúde: quem lidera a inovação, o *timing* certo para a sua realização, uma abordagem participativa (com o envolvimento dos *stakeholders*, colaboradores e utentes, e não apenas os accionistas), a rapidez com que se inova (podendo levar por vezes a um fracasso da mudança que se pretendia efectuar), o fraco desempenho das equipas de topo (falta de competências, choque de personalidades, comportamentos medíocres ou dificuldade em liderar e trabalhar em equipa, entre outros).

2.4.1. O CONCEITO DE INOVAÇÃO

Com o triunfo histórico do capitalismo liberal (que foi muito mais do que a simples revolução industrial), a palavra mudança (tecnológica, económica, social, cultural e política) passou a fazer parte da nossa gramática como produtores, consumidores, utentes, actores e cidadãos.

No contexto actual, a inovação, ou seja, a capacidade de criar e/ou aplicar novo conhecimento ou de recombinar conhecimento existente, assim como a criatividade que é

posta na sua utilização, assume uma importância especialmente elevada para o desenvolvimento da economia, pois constitui um motor de crescimento da produtividade, no qual assenta o crescimento sustentado. Ao mesmo tempo, essa capacidade revela-se essencial para assegurar a competitividade e a riqueza das organizações, dos países e das regiões. Hoje, a inovação é uma noção abrangente e multidimensional. Traduz a aplicação económica e social das invenções e incide sobre processos, produtos e serviços, sobre tecnologia, sobre a organização e gestão, e também sobre valores, atitudes e comportamentos.

Existe a percepção (e a constatação) de que o conhecimento tem tido um crescimento sem precedentes. De facto, e sobretudo desde os anos 60 do Séc. XX vivemos um tempo de mudanças aceleradas, onde o ritmo de ocorrência de inovações é elevado e diminui o tempo que separa a fase de produção do conhecimento da fase de aplicação, a par do surgimento simultâneo de um elevado número de inovações. Acresce que o conhecimento é cada vez mais acessível. Esta mudança nas condições de produção e de distribuição do conhecimento deve-se aos rápidos avanços nas tecnologias da informação e comunicação (Lundvall, 1992; Castels, 2001).

O termo inovação pode ser definido genericamente como mudanças no comportamento. Esforços para definir o termo resultaram em muitas, mas nem sempre claras, concisas e precisas definições, o que tem a ver com a própria rapidez e complexidade deste fenómeno (que antes de mais é social). As primeiras definições de inovação restringiam-se a novos produtos e processos aplicados no sector comercial privado (Shumpeter, 1934). Definições posteriores aumentaram o seu enquadramento, desde a inovação social (organizacional, institucional e política) à inovações de serviços e inovações no sector público (Koch, 2005, Roste, 2005).

A inovação é a capacidade de criar e/ou aplicar novo conhecimento ou de recombinar conhecimento existente, numa perspectiva sistémica das organizações, o que contribui para uma gestão mais heterodoxa, um desenvolvimento sustentado, criação de valor e a obtenção de vantagens competitivas (Hamel, 2007).

No plano teórico, a concepção de inovação, desde a segunda metade do século XX, tem diferentes modelos. Iremos revisitar sumariamente esses modelos, procurando compreender como explicam o processo de inovação e que papel reservam para a intervenção ao nível dos sectores público e privado nesse processo.

Esta última preocupação resulta da constatação de que a política de inovação ocupa, nos países ditos desenvolvidos, um lugar de relevo crescente entre as políticas públicas, tornando assim necessário discutir os seus fundamentos teóricos. Neste sentido iremos abordar o conceito de inovação, o contexto em que ela ocorre, os modelos e por fim as suas fragilidades.

Torna-se necessário fazer uma incursão no conceito de inovação, assim como distinguir entre criatividade, invenção e inovação. A *criatividade* é a capacidade humana para obter novas ideias ou encontrar novas soluções. Muita gente relaciona a criatividade com a realização artística ou a criação literária. A *invenção* é a descoberta de coisas desconhecidas até ao momento. Finalmente, a *inovação* é a habilidade para criar novo valor baseado em novas ideias. Em suma, podemos ser criativos e inventivos sem sermos inovadores.

Inovar vem do latim '*innovare*' que significa tornar novo, renovar. Inovação traduz-se, pois, pelo acto de inovar. Inovação em ciência reporta a um conjunto de conhecimentos organizados sobre os mecanismos de causalidade dos factos observáveis, obtido através do estudo objectivo dos fenómenos empíricos. Inovação em tecnologia reporta a um conjunto de conhecimentos, capacidades e ferramentas utilizados para desenvolver produtos/serviços bem como a sua produção e distribuição.

O conceito de inovação está associado à originalidade, à novidade, e sobretudo ao facto de ser relevante e único. Define-se pela novidade em termos de conhecimento aplicado para a criação de novos produtos e processos, realização de um percurso complexo que inclui mecanismos de *feedback* e interacções, conhecimento científico e tecnológico, produção, políticas públicas, resultados, comunicação e empreendedorismo (Cunningham, 2005).

As actividades de ciência e tecnologia que têm subjacente o conceito de inovação são várias: (i) investigação básica ou fundamental (actividades que envolvem geração de novos conhecimentos sem objectivos de aplicação prática); (ii) investigação aplicada (trabalhos para aquisição de novos conhecimentos com objectivos pré-determinados); (iii) desenvolvimento experimental, utilização de conhecimentos existentes obtidos através de investigação ou de experiência prática para o fabrico de novos materiais, produtos, serviços, processos ou sistemas, assim como, melhoria dos mesmos; (iv) outras actividades científicas e técnicas (que contribuem fortemente para a aplicação, utilização e difusão dos novos conhecimentos gerados nas actividade de I&D).

Mas o que é, afinal, inovação? Apesar das diferentes acepções que tem vindo a assumir, ao longo do tempo, inovação é em primeiro lugar e acima de tudo *mudança*: para inovar é preciso mudar (Shortell, 2001). E esta mudança poderá ser de diversos tipos e de diversos níveis, como a inovação do produto/serviço, a inovação de processos e a inovação organizacional (inovação do *marketing*, inovação em gestão, etc).

Se por um lado a inovação de produto/serviço é mais reconhecida pela sociedade, enquanto factor de introdução de novas tecnologias no mercado, as inovações de processo e organizacionais serão porventura aquelas que mais benefícios têm associadas, enquanto promotores de um aumento de produtividade e revitalização da própria estrutura da organização.

Usualmente um tipo de inovação é acompanhado de outros, mesmo que a nível aparentemente menos visível, visto ser extremamente complicado introduzir por exemplo uma inovação a nível de um processo produtivo sem implementar modificações a nível da organização que acomodem essas mesmas mudanças de processos.

A inovação pode ser catalogada de diversas formas: (i) inovação incremental/radical: melhorias em produtos/serviços já existentes ou mudança total (grau de inovação); (ii) inovação *top-down* / *bottom-up* / *outside-in* / *peer-to-peer*: administradores / colaboradores / clientes – fornecedores – vendedores / colegas (quem tem a iniciativa); (iii) inovação para resolver problemas ou para melhorar a eficiência.

Podemos falar de inovação quando ela é gerada, quando é adoptada, quando é difundida e quando ela é monitorizada.

2.4.2. O CONTEXTO DA INOVAÇÃO

De acordo com a *Estratégia de Lisboa* (lançada em Março de 2000, com o objectivo de fazer da União Europeia a economia mais dinâmica e mais competitiva do mundo até 2010), a inovação consistiria na produção, assimilação e exploração bem-sucedida da novidade nos domínios económico e social (Comissão das Comunidades Europeias, 2003; Sakellarides, 2008a).

A inovação permite às empresas conquistar novos mercados ou resistir à concorrência. O conceito tem de ser sistémico, a fim de permitir a compreensão do todo, não só a inovação tecnológica, mas também outras formas de inovação (p. ex., sócio-organizacional). Inovação

é pois, a implementação de uma nova (ou significativamente melhor) ideia, bem, serviço, processo, prática com intenção de uso (Sakellarides, 2008b).

No seu sentido mais genérico, pode definir-se inovação como *algo novo* para a organização. As inovações podem classificar-se como: (i) **tecnológicas**: dizem respeito ao produto (bens e serviços) ou ao processo através do qual o produto é produzido, centrando-se na dimensão tecnológica da produção; (ii) **não tecnológicas**: dizem respeito ao modo de organização, ao mercado ou a outros elementos ou aspectos inovadores da actividade económica (Dosi *et al*, 1988; Lundvall, 2005; OECD, 1997 e Edquist, 1997).

As inovações organizacionais (ou sócio-organizacionais) incluem: (i) a adopção de técnicas avançadas de gestão (gestão pela qualidade total – *Total Quality Management* –, gestão participativa, *just in time*, etc); (ii) novas formas de organização do trabalho; (iii) a modificação de estruturas organizacionais; (iv) a adopção de orientações estratégicas inteiramente novas ou sensivelmente modificadas (inovação do modelo organizacional, as parcerias público – privadas, entre outros). Estas inovações são frequentemente um requisito para que as inovações tecnológicas e as outras formas de inovação tenham sucesso (Koch, 2005, Roste, 2005).

A inovação no *marketing* está relacionada com o modo como é dinamizada a divulgação duma marca, dum novo produto/serviço. É também cada vez mais falada a inovação quer ao nível da estratégia quer ao nível da gestão de processos. A inovação é a criação, desenvolvimento e introdução no mercado de novos produtos, processos e serviços. Nesta perspectiva a inovação diferencia-se da invenção, dado que a primeira deve ser imediatamente concretizada, enquanto que a segunda pode não ter implementação imediata (Udwadia, 1990).

Sob a mesma óptica, a inovação deve desempenhar um papel importante a diversos níveis: (i) na introdução de mudanças a nível da estratégia das organizações e dos meios utilizados para concretizar tal estratégia; (ii) na renovação e/ou alargamento da gama de produtos, serviços e mercados; (iii) no desenvolvimento de novos processos produtivos, na distribuição e em todos os processos operacionais que sejam críticos para a organização.

A estrutura da organização inovadora é formada para reagir a um ambiente complexo e imprevisível. Por isso, ela não pode depender de uma estratégia deliberada (Mintzberg, 2001). As acções são decididas individualmente, de acordo com as necessidades.

Existem alguns requisitos para que a inovação vingue nas organizações (p. ex., cultura de empresa, oportunidades de mercado, competências estratégicas, capacidade e vontade de correr riscos). Além disso, organizações que inovam devem: decidir inovar; criar responsabilidade; promover capacidades sistémicas e valorizar a heterogeneidade; apostar nas pessoas; apostar no trabalho de equipa; apostar em novas formas de liderança; incentivar a qualificação de activos; apostar na criação de estruturas que proporcionam um esforço duradouro no sentido da inovação. Subsidiariamente inovar é apostar na criação de valor baseado nos recursos humanos altamente qualificados, no empreendedorismo e na importância do capital intelectual para a criação de valor.

Verifica-se que as organizações que têm obtido mais vantagens competitivas têm realmente apostado em actividades inovadoras, designadamente na introdução de novos produtos/serviços em novos segmentos de mercado e na modificação de produtos existentes. No entanto, para que tal seja concretizado eficazmente, há certas condições que têm de ser satisfeitas: (i) adopção de uma perspectiva multifuncional no que respeita à decisão de desenvolver novos produtos/serviços; (ii) comunicação eficaz deste tipo de decisão a toda a organização; (iii) conhecimento do mercado e da concorrência; (iv) desenvolvimento de planos estratégicos a longo prazo.

O componente mais importante para uma mudança efectiva (ou uma verdadeira inovação, planeada, participada, consistente, sustentada) é a liderança. Os líderes são responsáveis por tomar decisões cruciais sobre todas as áreas duma organização, nomeadamente o corte de custos mantendo a qualidade ou outros. Eles têm que saber fazer, assim como, quando e onde fazer essas mudanças. Para que estas mudanças (inovações) tenham sucesso dentro das organizações, os líderes devem conduzir o processo de mudança (inovação) (OCDE, 1997). Estes processos de reengenharia ainda estão pouco estudados, designadamente os que tem em foco a liderança nestas organizações.

Há ainda dois outros aspectos que merecem, também, alguma reflexão. O primeiro tem a ver com a inovação, no seu sentido mais abrangente e radical, o que exige um grande envolvimento da gestão de topo, sendo essencial que seja um factor impulsionador de todas as actividades e abordagens inovadoras. O segundo relaciona-se com o facto de a inovação ser preocupação essencialmente a nível das grandes empresas, não estando ainda o conceito a ser suficientemente *interiorizado* pelas pequenas e médias empresas (PME).

Com efeito, tem sido constatado que as PME se deparam com sérias dificuldades a nível da inovação, no geral, e no desenvolvimento de novos produtos, em particular, destacando-se entre outras limitações: (i) a falta de liderança; (ii) a ausência ou insuficiência de estruturas, procedimentos e métodos sistemáticos conducentes à inovação (défice de massa crítica); (iii) a falta de procedimentos documentados na fase de desenvolvimento de novos produtos, incluindo a falta de recolha, tratamento e registo de dados relacionados com o processo de desenvolvimento; (iv) grande receio de mudanças/inovações por parte dos colaboradores; (v) conflitos entre indivíduos e/ou entre grupos, sectores ou serviços; (vi) formação/qualificação de recursos humanos insuficientes; (vii) falta de envolvimento dos clientes nos processos de inovação.

Quanto à classificação das inovações elas podem ser agrupadas em diferentes tipos, conforme o nível (micro ou macro) em que se coloca a análise (organizacional ou societal).

A **nível micro**, ou seja da empresa, há dois grandes tipos de inovações, a saber: (i) **incrementais** – adaptação, refinamento, melhoria contínua de algo pré-existente através de *learning by doing*, *learning by using* ou *learning by interacting*, também chamadas de contínuas, onde há diminuição de custos e aumento de produtividade, que se faz através de aprendizagem (Dosi, 1988; Senker, 1995; Coriat e Dosi, 2002), informal na maioria das vezes (Lundvall, 1992); (ii) **radicais** – resultado descontínuo das actividades de I&D que se materializa em produtos ou processos completamente novos, consequência de esforços formais.

Exemplo destas últimas pode ser o uso da nanotecnologia na medicina. Como exemplo das mudanças incrementais podemos apontar a indústria farmacêutica com aplicação de certas moléculas para outros fins que não os inicialmente previstos.

A **nível macro**, ou seja, ao nível do sistema económico, podemos apontar os seguintes tipos de mudança: (iii) **mudança no sistema tecnológico** – grandes mudanças tecnológicas que afectam vários sectores da economia, combinando inovações radicais e incrementais; (iv) **mudança no paradigma tecnológico** – revoluções tecnológicas que têm impacto no funcionamento do sistema económico e levam à emergência de novas gamas de produtos/serviços, indústrias, etc (Lundvall, 1992). Combinam novos sistemas tecnológicos, produtos e processos, com novos modos de organização económica e social.

Ao olhar sobre o prisma do âmbito das inovações (amplitude) a primeira e a terceira correspondem a pequenas mudanças enquanto que a segunda e a quarta correspondem a

grandes mudanças. Ao olhar sobre o prisma da escala das inovações (grau) a terceira e a quarta correspondem a um conjunto de inovações interrelacionadas enquanto que a primeira e a segunda correspondem a inovações únicas.

O processo de *learning by doing* constitui uma forma de aprendizagem que ocorre durante a actividade de produção, após a fase de I&D e da concepção do produto (Arrow, 1962). Esta aprendizagem resulta da repetição de tarefas e da familiarização com o processo produtivo, as quais permitem o desenvolvimento de competências cada vez maiores na produção e, assim, a melhoria da produtividade.

O processo de *learning by using* só começa após a utilização dos novos bens pelo utilizador final. No caso de novos produtos constituídos por componentes ou matérias complexas, nomeadamente de bens de equipamento ou de consumo duradouro, o seu desempenho real só é conhecida pelo seu uso continuado, o qual vai permitir melhoramentos materiais no produto, assim como, no modo de utilização e manutenção (Rosenberg, 1982). Esta forma de aprendizagem não só permite alterações na utilização dos bens, como permite ainda o aumento da sua vida útil, bem como a diminuição dos custos de funcionamento/utilização desses bens.

A utilização de novos métodos de produção ou de novos produtos origina ainda um processo de interacção utilizador-produtor. A importância desta interacção, designada por *learning by interacting*, conduz à ideia de que o êxito da inovação depende, em grande medida, dos contactos que a organização estabelece com outras organizações, sejam estas fontes de informação ou fornecedores de equipamentos ou componentes, ou utilizadoras do *output* inovador (Lundvall, 1992). Esta forma de aprendizagem, implicando a cooperação da organização com outras organizações, quer na cadeia de valor, quer fora dela, é exterior à organização, ao contrário das duas anteriores (*learning by doing* e *learning by using*) que se desenrolam internamente.

O conhecimento permite a aprendizagem e esta permite a mudança e a melhoria. Por isso, autores como Johnson e Lundvall (2002) preferem falar em economia de aprendizagem (*learning economy*), uma economia em que a capacidade de aprender e de inovar é crucial para o sucesso económico dos indivíduos, das organizações, das regiões, e dos países.

A maioria das organizações (incluindo as da saúde) não realiza inovações radicais. No entanto, todas podem fazer inovações incrementais. Estas últimas podem resultar da aprendizagem informal realizada nas actividades quotidianas. Para além disso, as

inovações incrementais também podem ocorrer quando as organizações adoptam e utilizam novos produtos, novos processos ou novas formas de organização desenvolvidos por terceiros, que elas adaptam às suas necessidades. Esta segunda forma de inovação incremental mostra a importância da difusão do conhecimento no processo global de inovação.

O processo de difusão pode ser descrito como a propagação, por intermédio de mecanismos de mercado ou outros, de uma inovação desde a fonte onde foi criada até aos seus utilizadores. Este processo tem uma grande importância na actividade económica, pois não é o momento do aparecimento de inovações radicais que marca a emergência de um novo paradigma técnico-económico, mas sim a utilização generalizada de certas tecnologias, produtos, serviços ou formas organizacionais radicalmente novas (Comissão das Comunidades Europeias, 2003).

A criação de inovação só por si pode ter um impacto muito pouco significativo. A sua importância vai depender da sua aceitação pelos potenciais utilizadores e do maior ou menor grau em que é imitado pelos concorrentes. Tal significa que só à medida que a inovação é introduzida e aceite, se farão sentir os respectivos benefícios. Por outras palavras, só à medida que há difusão e adopção generalizada da inovação é que se fazem sentir as suas consequências (económicas, sociais, culturais, etc.)

O processo de difusão envolve aprendizagem, modificação da organização da produção existente e, até mesmo, modificações nos produtos e serviços, ou seja, a difusão implica inovação para o utilizador.

Existem diversas fases constitutivas do processo de inovação que as organizações têm de controlar: (i) monitorização da envolvente externa e interna — captar e processar sinais da inovação potencial (oportunidades); (ii) seleccionar estrategicamente a que inovações potenciais devem ser afectados meios — com o objectivo de alcançar vantagem competitiva; (iii) obtenção de meios (pacote de conhecimentos que permitam explorar as inovações potenciais seleccionadas); (iv) implementação do projecto: da ideia ao mercado; (v) aprendizagem e re-inovação, para que no final se diga que o processo foi um êxito (Koch, 2005; Roste, 2005).

A introdução de características numa organização que fomentam a inovação deve orientar-se para aspectos estruturais, culturais e para os recursos humanos (fontes de inovação).

Todas as inovações envolvem mudança, mas nem todas as mudanças necessariamente envolvem novas ideias ou conduzem a melhorias significativas (Robbins, 1997).

As variáveis estruturais são uma das fontes de inovação mais estudadas, pelo que permitem retirar as seguintes conclusões: (i) a estrutura orgânica é um factor contingente de inovação devido à reduzida diferenciação vertical, formalização e centralização que permitem maior flexibilidade e capacidade de adaptação; (ii) a longa permanência dos gestores está associada à inovação, em virtude de facultar legitimidade e conhecimentos sobre a realização das tarefas e a obtenção dos resultados desejados; (iii) a abundância de recursos está associada à inovação porque a poupança de recursos para inovar permite absorver futuros fracassos; (iv) a comunicação entre unidades é elevada em organizações inovadoras (comités, *task forces*, equipas multifuncionais e outros mecanismos de facilitação da comunicação entre departamentos).

A cultura é outra fonte de inovação generalizada em organizações, estimuladas pelo encorajamento da experimentação, da retribuição simultânea do sucesso e dos erros.

Quanto aos recursos humanos, como fonte de inovação, a formação, o desenvolvimento, a segurança no emprego (protecção contra o medo de cometer erros) e os estímulos à mudança são a base do processo de inovação. Algumas organizações inovadoras instituem o que designam por *campeões de ideias*, isto é, indivíduos (ou grupos) que promovem activamente e com entusiasmo novas ideias já desenvolvidas, procuram apoios, ultrapassam resistências e asseguram a sua implementação.

As características de personalidade adequadas aos *campeões de ideias* são as seguintes: (i) autoconfiança e auto-estima extremamente elevadas; (ii) persistência; (iii) energia; (iv) tendência para assumir riscos; (v) autonomia de decisão; (vi) características de líderes transformadores (inspiram e dão energia aos outros com a sua visão do potencial da inovação, através da sua forte convicção pessoal na sua missão; são bons a obter o empenho dos outros para apoiarem a sua missão) (Robbins, 1997).

As decisões estratégicas sobre a adopção de inovações são tomadas pelos CEO e administradores ou gestores da direcção (*top down*). Mas muitas vezes a emergência de inovações provem da parte de outros colaboradores — *bottom up* (Koch, 2005; Roste, 2005). Em função do apoio da gestão e da liderança de topo, a inovação pode ir de negativa/fraca a positiva/forte passando uma posição neutral. Se os líderes forem muito hierárquicos a sua postura inibirá a implementação de inovações. Os líderes que apoiam, consultam

frequentemente o seu *staff* sobre formas de inovar ou dão apoio às suas sugestões de inovação. Os indivíduos que iniciam e conduzem essas inovações estão a actuar como líderes informais. A sua visibilidade aumenta com os resultados que alcançam e podem levá-los a assumir uma liderança formal.

Embora a decisão estratégica no que toca à adopção da inovação seja do CEO e gestão intermédia, também se verifica a sua ocorrência *bottom-up*, como se pode ver na atribuição de prémios de boas práticas e inovação. Estas inovações ocorrem com uma frequência maior do que se pensa e mais nas organizações do sector privado que no sector público.

A inovação assume contornos distintos: (i) objectivo: desenvolvimento de novos produtos e processos; (ii) atitude: pró-activa; (iii) acção: esporádica; (iv) tecnologia: utilização de novas tecnologias; (v) risco: elevado; (vi) actores principais: gestão de topo, peritos em certos domínios.

Na inovação os colaboradores estão mais receptivos a alterações contínuas ou incrementais; a comunicação é fácil; identificam-se oportunidades de inovação; aumentam as competências e conhecimento sobre clientes, fornecedores, concorrência, mercados e técnicas; há geração de ideias inovadoras; utiliza-se o *benchmarking* para o conhecimento e adopção das melhores práticas; implementa-se o controlo estatístico do processo para decidir se são necessárias alterações radicais ou não.

Para haver inovação tem que existir: **(i) pessoas** com melhor informação e mais iniciativa, **(ii) profissionais** liderando localmente iniciativas inovadoras com resultados tangíveis, **(iii) serviços locais** mais empreendedores, autónomos e sensíveis ao seu papel no sistema de saúde, **(iv) estratégias** de activação do conhecimento e de utilização das tecnologias de informação e da comunicação, **(v) sector da saúde** como contribuinte e beneficiário do desenvolvimento da 'sociedade em rede' e da 'economia do conhecimento' (Cunningham, 2005).

Com esta dinâmica, a informação circula e produz conhecimento, modifica comportamentos, e leva à acção e à inovação, origina nova informação que circula e produz conhecimento.

Actualmente quando se fala em inovação, há uma tendência para se pensar logo em tecnologia. Porém, a primeira tecnologia de qualquer organização está no capital humano, representado pelos trabalhadores ou colaboradores. As pessoas podem variar, mas são

imprescindíveis para a mudança organizacional. Há gestores e directores que pensam inovar pela aquisição de um novo *Software* de Gestão (por ex., *Enterprise Resource Planing* – ERP) ou de uma nova máquina de última geração, mantendo estruturas e funções doentes para a organização e modelos obsoletos.

Na verdade quando falamos em inovação podemos (e devemos) pensar em inovação estratégica, pois esta rompe sempre a estabilidade do equilíbrio político, das competências implícitas, das culturas e dos processos organizativos.

Gerir a inovação estratégica é gerir tanto a mudança como a tecnologia. No centro da inovação estratégica encontram-se pessoas visionárias, empreendedoras, com sentido de risco, que aprendem com o passado e olham para o futuro. Finalmente, a inovação estratégica debruça-se sobre a execução prática. A inovação estratégica proporciona o enquadramento de crescimento a longo prazo. Uma e outro devem caminhar lado a lado.

A inovação de operações geralmente centra-se nas melhorias do produto, do serviço ou do processo – tornando-os mais rápidos, mais simples, melhores e mais económicos. A inovação de operações requer uma forma de pensamento linear. Em alguns sectores, todas as inovações, especialmente em novos produtos e serviços, se têm êxito, são copiadas rapidamente (*benchmarking*). Só as inovações estratégicas podem proporcionar vantagens competitivas de maior duração, porque requerem um processo específico para o desenvolvimento e uma execução prática que não podem ser copiados facilmente.

A inovação e o empreendedorismo (*entrepreneurship*) são fundamentais para promover a criação de valor nas organizações. As competências globais fazem com que a gestão da inovação se transforme num elemento imprescindível que convém integrar na estratégia empresarial das companhias.

Mas a inovação não se deve ver como um esforço reservado apenas a umas quantas organizações situadas em mercados de alta tecnologia. Qualquer organização pode ser inovadora. Para isso é necessário desenvolver uma visão ampliada da inovação adaptada à realidade de qualquer empresa.

O espírito empreendedor também é um elemento chave para compreender e promover a criação de valor. A capacidade das empresas para se orientarem na procura permanente de novas oportunidades baseia-se na criação de uma cultura e a organização de um processo no qual os intra-empreendedores podem desenvolver novos projectos. Entre outras coisas, a

inovação acontece em determinados meios e está intimamente relacionada com as pessoas; a inovação passa por determinar qual é o valor que o cliente vai receber e que alianças se podem transformar em elemento chave para o desenvolvimento da inovação.

A inovação está hoje presente no debate sobre a competitividade das organizações do sector privado, onde os processos de inovação e de mudança são indispensáveis à sua sobrevivência num mundo em constante transformação e incerteza e de crescente competitividade (Daft, 2002). Mas também está presente no debate sobre a renovação dos modelos de negócio das organizações públicas. Neste último caso, a inovação é encarada como uma das principais formas destas acompanharem as modificações que ocorrem à sua volta e de responderem eficazmente às exigências dos cidadãos e da sociedade.

Na administração pública, podemos falar de inovação a dois níveis (ao nível político e ao nível organizacional), através dos quais se procura aumentar a eficiência (mais *outputs* com menos *inputs*) e melhorar o funcionamento geral das organizações públicas, bem como a eficácia das políticas (Kock e Hauknes, 2005).

2.4.3. TEORIA E PRÁTICA DA INOVAÇÃO

As teorias sobre inovação não são formais nem estão devidamente enquadradas. São sim uma amálgama de várias disciplinas: económicas, administrativas, gestão, psicologia organizacional, teorias cognitivas e teoria dos sistemas, que trabalham com vários aspectos da inovação. Até agora o foco principal foi a inovação nas indústrias tradicionais. No entanto, existe pesquisa sobre inovação nos serviços, e muitas das actividades que ocorrem no sector público, são serviços, tornando estes estudos de particular interesse. A ideia de que as inovações ocorrem dentro dos sistemas de inovação (Lundvall, 1992; Edquist, 1997; Malerba, 2002,2004), é essencial.

Inovação é fazer coisas novas, isto é, introduzir novas práticas ou processos, criar novos produtos (bens ou serviços), ou adoptar um novo padrão de relacionamento intra ou inter-organizacional (incluindo a distribuição de bens ou serviços) (Green, Howells, Miles, 2001). Ora, quando se compara o sector público e o sector privado constata-se que, além do normativo que no sector público cria um espartilho ao seu desenvolvimento, o sector privado é mais permissivo ou flexível. Também os incentivos à inovação quer ao nível individual quer ao nível organizacional são distintos, e com prioridades também distintas. Assim, ao nível individual podemos dizer que os incentivos à inovação no sector público

estão ligados com: (i) prestígio; (ii) reconhecimento profissional; (iii) idealismo; (iv) carreira; (v) poder; (vi) dinheiro (salário). Já no sector privado tem a ver com: (i) prestígio; (ii) idealismo; (iii) carreira; (iv) poder; (v) dinheiro (salário, lucros, bónus); (vi) segurança no emprego (Halvorsen, 2005).

Quanto aos incentivos à inovação para as organizações, no sector público, estes estão relacionados com: (i) a resolução de problemas (para alcançar objectivos); (ii) o aumento do investimento; (iii) a propagação das políticas e ideais; (iv) mais *staff*; (v) e relações públicas; enquanto no sector privado se centram: (i) na resolução de problemas (para alcançar objectivos); (ii) no lucro; (iii) no *share* dos mercados; (iv) na competição; (v) no crescimento; (vi) nas relações públicas (Koch, 2005; Roste, 2005).

2.4.3.1. MODELOS DE INOVAÇÃO

São apresentados os mais recentes modelos de inovação com foco nas organizações e no meio envolvente.

O MODELO LINEAR DE INOVAÇÃO

Neste modelo a inovação era entendida como um processo sequencial e hierárquico, onde se passava, de uma forma sucessiva, da investigação fundamental para a investigação aplicada, e desta para o desenvolvimento do produto e consequente produção e comercialização. Nesta perspectiva, a investigação é considerada exógena ao mercado. Este modelo, baseado na teoria clássica (Henry Fayol) e na teoria neoclássica (Peter Drucker, 2000) data da década de 50 e perpetua-se até aos anos 80.

Este modelo distorce a realidade do processo de inovação, dado não ser adequado a uma actividade de inovação dinâmica, flexível, virada para os mercados, multidisciplinar e multidimensional (Kline e Rosenberg, 1986; Senker, 1995).

Estes autores sustentam que a maioria das inovações surge da utilização e recombinação do conhecimento já disponível, ignora o facto de o conhecimento tecnológico preceder frequentemente o conhecimento científico, facilitando o desenvolvimento da própria ciência e não inclui os efeitos de *feedback* ou retroacção que ocorrem durante o processo de desenvolvimento da inovação.

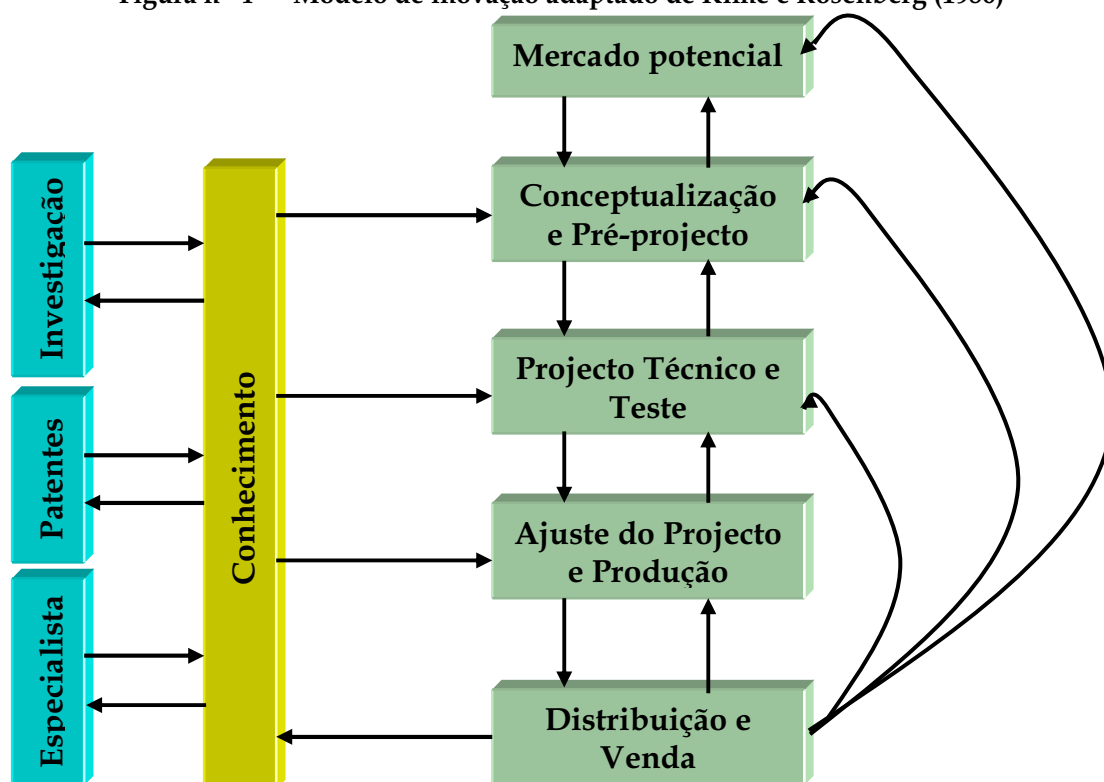
O MODELO INTERACTIVO

Neste modelo a inovação é encarada como um processo complexo de interacções entre agentes envolvidos nas diferentes etapas do processo de inovação, e entre estes a as

universidades, os laboratórios e o mercado (na perspectiva do NPM). O modelo de Kline e Rosenberg (1986), também conhecido como modelo *chain-linked*, ilustra esta nova concepção da inovação (Figura nº 4).

De acordo com Christopher Freeman (1995), o sistema de inovação nacional como conceito, foi usado em primeiro lugar por Bengt-Ake Lundvall (Dosi *et al*, 1998).

Figura nº 4 – Modelo de inovação adaptado de Kline e Rosenberg (1986)



Fonte: Adaptação livre de Kline e Rosenberg (1986)

Aqui a inovação desenrola-se em torno de fases que interactivam (*links*), havendo tantas recirculações (*feedback*) quanto as necessárias, entre o mercado, a concepção, a produção, a distribuição e a investigação. Uma das mais importantes é a recirculação entre mercados e conceptualização/projecto (isto é, entre as funções de marketing e técnico-produtiva da empresa).

OS SISTEMAS DE INOVAÇÃO

Existe actualmente um amplo consenso entre os estudiosos da inovação no sentido de considerar a abordagem sistémica das actividades de inovação como uma representação mais completa e mais apropriada da realidade e como um suporte mais útil para guiar o decisor político do que o modelo linear de inovação (Amable, 2003).

Os sistemas de inovação são definidos como todos os factores económicos, sociais, políticos, organizacionais e institucionais que influenciam o desenvolvimento, a difusão e o uso de inovações (Edquist, 1997). Quanto ao seu âmbito, estes sistemas podem ser supranacionais, nacionais, regionais, sectoriais ou sistemas tecnológicos de inovação. Considera-se que as organizações são estruturas formais com um propósito explícito e elas são criadas conscientemente (Edquist e Jonhson, 1997). Elas são actores ou *players* (Edquist, 2001).

A gestão da inovação exige valências diversas operando integralmente em complementaridade. Envolve todos os níveis de função da empresa e todas as interacções internas e com o exterior (interdependência). Implica um bom conhecimento dos sistemas de inovação da empresa, ou seja, dos factores envolvidos e suas interacções, adaptados em cada caso à natureza do trabalho em causa (carácter sistémico), depende da sua estrutura produtiva (económica) e da aquisição de tecnologia (Irwin, 1998).

Geralmente, os investigadores, numa perspectiva tradicional, argumentam que a inovação ocorre num sistema composto por indivíduos, organizações e instituições, e num certo contexto cultural. A inovação não é o resultado de um processo linear que começa nas universidades e nos laboratórios governamentais, e que se transfere para as empresas e para o mercado. Muitos dos processos inovadores começam também nas empresas que querem resolver problemas. Através deste processo de aprendizagem, as empresas fazem uso de várias fontes de conhecimento e competências em sistemas de inovação, sendo esta pesquisa sobre inovação sistémica, centrada nas organizações.

A perspectiva sistémica é também holística. Estes investigadores argumentam que o modelo de maximizar os lucros é aplicado nas economias neoclássicas, sendo muito limitativo. Para ser capaz de perceber e explicar a inovação e todos os elementos que a formam e influenciam, a dinâmica do sistema deve ser tido em conta. Isto não é restrito a elementos económicos, também se aplica a factores, mecanismos e relações organizacionais, institucionais, sociais e políticas.

O PERCURSO DA INOVAÇÃO

Outro aspecto central na literatura sobre inovação é o modo de como a inovação se desenvolve. Os processos inovadores são descritos como abertos, dinâmicos e não lineares, sendo difíceis de controlar e prever os seus efeitos. No entanto, existem condições básicas que ocorrem nestes processos de inovação.

A inovação envolve risco, e incerteza para as organizações (Van de Ven *et al*, 1999). O sucesso depende duma boa comunicação com os *stakeholders* para receber apoio e recursos, e de ‘campeões’ que sejam capazes de ver a inovação através das dificuldades e durante o desenvolvimento do processo de inovação.

Durante o processo de inovação podem ocorrer três fases: (i) um período inicial, (ii) um período de desenvolvimento e (iii) um período de implementação. Existem cinco componentes centrais neste processo, como: (i) as ideias de novos produtos, processos de produção, serviços, etc; (ii) os resultados dos inúmeros processos de inovação no contexto dos estudos sobre o tema; (iii) os indivíduos, que fazem parte do processo de inovação, as suas competências e lugar que ocupam; (iv) as relações que se estabelecem entre os indivíduos que fazem parte do processo, como empresas, instituições publicas, etc; (v) o contexto no qual as inovações ocorrem.

Os processos de inovação não devem começar devido a uma brilhante ideia de um único indivíduo empreendedor (Van de Ven *et al*, 1999), deve ser antes uma ideia de várias pessoas envolvidas e que esteve num período de gestação antes de ser colocado em prática.

O foco principal de muitos estudos sobre inovação no sector público centra-se ao nível do serviço, no entanto, inovação ao nível da política é importante por várias razões. As inovações políticas influenciam inovações ao nível de serviços através de leis, regulação, financiamento, encorajamento e incitamento à inovação. Simultaneamente essas inovações legislativas encerram nelas inovação, levando ao desenvolvimento de novas políticas, e a um novo pensamento político.

O facto de ao nível da implementação ela poder ser do tipo *top-down* ou *bottom-up*, é motivo de discussão. A primeira necessita duma definição de início e fim, e de uma avaliação da implementação (Van Meter e Van Horn, 1975), já na segunda, a implementação é um processo contínuo sem início e fim (Barrett e Hill, 1984).

Também o nível da comunicação, varia em função do tipo *top-down* ou *bottom-up*, e, da organização ser mais ou menos achatada. No caso da primeira, leva a uma melhor distribuição da informação, mais consentânea com as necessidades das organizações mais inovadoras e onde a liderança é mais democrática (Morais, 2005; Levinson, 2002).

No serviço nacional de saúde inglês, pressões e influências têm impacto no percurso de inovação no sector da saúde (Cunningham, 2005), tais como: (i) a explosão demográfica e o

declínio da taxa de mortalidade e o aumento da longevidade da população idosa; (ii) o aumento das doenças crónicas; (iii) o consumo de cuidados de saúde e a satisfação do utente; (iv) o *empowerment* do utente, com este a ter uma responsabilidade acrescida na gestão da sua saúde; (v) o declínio na confiança e autoridade que a opinião pública e os utentes tem nos políticos e nos profissionais de saúde; (vi) a privatização dos cuidados de saúde e o aparecimento de novas formas de gestão; (vii) dificuldade em contratar técnicos de saúde qualificados.

Em suma, a inovação tornou-se muito importante para os gestores do sector público e privado (Boris, 2002). O primeiro com o NPM teve novos desafios como a diminuição de custos para diminuir o défice e oportunidades como a aplicação de tecnologias de informação que forçaram a inovação. Estudos efectuados nos Estados Unidos da América e nos países desenvolvidos e em desenvolvimento da Commonwealth, dizem que a origem das inovações vem da gestão intermédia e do *staff front line*.

2.4.4. A MUDANÇA E A MUDANÇA ORGANIZACIONAL

A análise das reformas em saúde lançadas nos últimos anos, em vários países, e, mais recentemente, dos processos de inovação desenvolvidos nesta ou naquela instituição permite uma melhor compreensão da complexidade dos processos de mudança e das razões por que algumas das inovações não foram capazes de provocar os efeitos desejados (Saltman, 1998, 2002).

Assim sendo, o mais difícil não é encontrar novas ideias, mas combater as antigas. Porque inovar significa mudar, mas mudar não significa necessariamente inovar. Mudar não uma vez, mas duas vezes: há que mudar primeiro a percepção da realidade, processo ligado à criatividade, e depois a própria realidade, ou seja, inovar de facto. A diferença é que, enquanto a criatividade deve ser facilitada, e não gerida, a inovação deve ser gerida.

Inovação e mudança são dois conceitos que normalmente estão associados, embora a mudança diga respeito às alterações ocorridas num dado sector e inovação corresponde ao momento da ruptura em que se dá a alteração, em que se passa da situação A para a situação B (Graça, 1992; Nunes, 2007). Se a inovação não for assumida na estratégia das organizações, a mudança de que carecem as organizações não ocorrerá com a celeridade devida ou com o sucesso esperado. Será que existe verdadeiramente inovação na saúde e consequentemente liderança nas inovações em saúde?

Caetano *et al* (2000), citando Becker, Gerhart e Galbraith (1995), afirmam que o esforço para sobreviver nas condições concorrenciais actuais tornou imperativa a implementação de diversos tipos de mudança com vista a melhorar o desempenho organizacional, reduzir os custos, melhorar a qualidade, aumentar a produtividade, inovar nos serviços.

A mudança organizacional emergiu na segunda metade do século XX como um dos principais desafios que as organizações têm de enfrentar com vista à sua própria sobrevivência e desenvolvimento.

Mas, falar em mudança é, nos dias de hoje, um termo quase banal quando nos referimos às organizações, sejam públicas ou privadas. E isto porque, elas estão submetidas a um conjunto de pressões que conduzem à necessidade de introduzir alterações mais ou menos profundas no seu funcionamento. A mudança pode assim ser definida como a alteração da estrutura e forma de funcionamento de uma organização, com o propósito de a tornar mais competitiva e ajustada às realidades do mercado (Rodrigues, 2003), ou seja corporiza um processo de transformação global da organização, alterando o funcionamento do sistema, o que encerra em si próprio uma ruptura dos equilíbrios existentes (Lampreia, 2003).

Da revisão da literatura sobre mudança e desenvolvimento organizacional, constata-se que os autores de referência (Lewin e Schein) conceptualizam a teoria em torno da ideia de equilíbrio, desequilíbrio e, conseqüentemente, transição para um novo equilíbrio (Schein, 1982; Graça, 1992).

Neste mesmo sentido, a perspectiva da teoria contingencial postula que é o baixo desempenho que causa o desequilíbrio e conseqüentemente a mudança organizacional, e considera que a natureza da mudança a implementar é de dois tipos diferentes: a mudança incremental e a mudança profunda ou radical.

Quando se fala de mudança organizacional, refere-se, por norma, à mudança incremental. Assim, a mudança planeada é a tentativa sistemática de reformular uma organização de modo a ajudá-la a adaptar-se a mudanças significativas no ambiente externo, e a alcançar novos objectivos (Freeman, 1995). Pressupõe ainda algum tipo de estabilidade e de previsibilidade das condições em que a organização vai operar, o que permite diferenciar, no tempo, a fase de concepção e planeamento da fase de implementação e das alterações consideradas necessárias (Graça, 1992; Rodrigues, 1997; Caetano, 2000a).

Mudar a estrutura de uma organização implica rearrumar os seus sistemas internos, como as linhas de comunicação, o fluxo de trabalho, a cultura ou a hierarquia administrativa. Isso pode ser conseguido, segundo Freeman (1995), de três maneiras: (i) o projecto de organização clássico concentra-se em definir cuidadosamente as responsabilidades de trabalho; (ii) a descentralização cria unidades organizacionais menores, auto-suficientes, que se destinam a aumentar a motivação e o desempenho dos membros da unidade e a concentrar a atenção dos mesmos em actividades altamente prioritárias, o que permite a cada unidade a adaptação da sua estrutura e da sua tecnologia; (iii) a modificação do fluxo de trabalho e o agrupamento cuidadoso de especialidades também podem levar a um aumento na produtividade e no moral.

Mudar a tecnologia de uma organização implica alterar o seu equipamento, os seus processos de engenharia, as suas técnicas de pesquisa ou os seus métodos de produção. Esta abordagem remonta à teoria do *scientific management*, de Frederick Taylor. Este autor inspirou a moderna linha de montagem automóvel, onde a tecnologia de produção geralmente tem um grande efeito sobre a estrutura. Por esse motivo, as abordagens tecnoestruturais ou sociotécnicas procuram melhorar o desempenho alterando simultaneamente aspectos da estrutura e da tecnologia das organizações (Freeman, 1995).

Introduzir mudanças nas organizações, equivale a alterar o equilíbrio do sistema, provocando inevitavelmente resistências que se estendem a todos os níveis. O esforço da mudança organizacional quase sempre esbarra com alguma forma de resistência humana (Lampreia, 2003). Na actual cultura organizacional, os interesses pessoais e percepções diferentes a respeito de objectivos e estratégias organizacionais e os factores de resistência são os que subsistem quer ao nível estrutural/organizativo quer comportamental (Freeman, 1995 e Lampreia, 2003).

A resistência à mudança, por parte das organizações e das pessoas que as compõem, pode ser, por um lado, positiva, porque dá ao comportamento das organizações previsibilidade e estabilidade. Se não houvesse um certo grau de resistência à mudança, o comportamento organizacional tornava-se imprevisível e caótico. Mas, por outro lado, pode ser uma fonte de conflito disfuncional e diminuir a capacidade de adaptação e o progresso organizacional (Graça, 1992; Rodrigues, 2003).

Há basicamente três componentes essenciais da mudança: (i) a estrutura da empresa; (ii) as tecnologias utilizadas; (iii) as pessoas que constituem a organização (Rodrigues, 2003). As

consequências da resistência à mudança podem ser muito variadas e dependem, naturalmente, da importância dos aspectos que estão em causa no processo de mudança e da magnitude da oposição por parte dos membros da organização.

Lewin sugere um processo de 3 etapas para gerir o processo de mudança: (i) *'unfreeze'* (descongelar) o padrão actual de comportamento; (ii) *'change'* (mudar) ou desenvolver um novo padrão; (iii) *'refreeze'* (recongelar) ou forçar o novo comportamento (Schein, 1982; Graça, 1992; Freeman, 1995; Caetano, 2001, e 2000a).

Para contornar os factores de resistência à mudança, várias estratégias podem ser levadas a cabo, tais como preparar as pessoas antecipadamente para as mudanças, comunicando as razões e os objectivos; envolver e fazer participar as pessoas na mudança; apoiar as pessoas através de formação, e aquisição de novos conhecimentos (Lampreia, 2003). A chave da mudança e do seu êxito são as pessoas. Assim, há que utilizar estratégias de mudança que contemplem uma acção sobre os indivíduos, com a criação de gestores da mudança e onde as chefias devem actuar como agentes de mudança organizacional, através do desempenho da função de gestão que compreende: saber comunicar, motivar e liderar para atingir resultados.

O desenvolvimento organizacional, que orienta e gere os processos de mudança nas organizações, consiste em aplicar conhecimentos, conceitos e investigações sobre o comportamento humano nas organizações, para realizar mudanças deliberadas visando um aumento de eficiência, e representa um processo e uma técnica que permite à organização fazer o ponto da sua 'cultura', determinar onde e quando são úteis às mudanças, realizá-las e avaliar os seus resultados (Margulies, 1972, citado por Rodrigues, 2003).

Este desenvolvimento organizacional, assim como, a aplicação dos conhecimentos das ciências comportamentais, num esforço a longo prazo, visa melhorar a capacidade de uma organização para lidar com as mudanças do seu ambiente externo e aumentar as suas capacidades para resolver os problemas internos (Huse, 1980, citado por Caetano, 2000a).

Existe uma relação entre a importância da comunicação e a motivação, dado que esta relação permite esclarecer as actividades e tarefas a cumprir e dar informação de retorno sobre o grau de realização (Bilhim, 2004). A participação activa nas diversas fases do processo de mudança tem sido considerado por vários autores (Graça, 1992; Bilhim, 2004; Caetano, 2000b; Rascão, 2000), como um dos aspectos que pode reduzir a resistência à mudança; a informação recebida de forma atempada pode ser usada com vantagens,

permitindo ajustes, antecipando e melhorando o desempenho, propiciando condições para que a informação condicione a tomada de decisão e reduza a incerteza sobre a acção a tomar.

A comunicação aos colaboradores sobre a necessidade de mudança e sobre as consequências de uma mudança proposta, previne falsos rumores, mal-entendidos e ressentimentos. Num estudo sobre o esforço de mudança, o motivo mais citado para o fracasso foi o facto dos colaboradores terem sido informados da mudança por pessoas de fora da organização (Morais, 2005).

A comunicação aberta permite aos administradores explicar os objectivos da mudança e como é que ela se vai processar para garantir que não haja consequências adversas para os colaboradores. A fragmentação e o conflito organizacionais muitas vezes resultam da falta de coordenação para a implementação da mudança (Daft, 2002).

Um outro passo que deve ser dado pelas administrações é a participação inicial e prolongada no processo de mudança. A participação dá aos envolvidos uma sensação de controlo de actividade de mudança. Passam a estar envolvidos e a comprometerem-se com o sucesso da implementação.

2.4.4.1. PROCESSOS DE GESTÃO DA MUDANÇA EM SAÚDE

Ao longo das últimas três décadas foram experimentados diversos modelos de administração e gestão no sector da saúde em Portugal, sem que se tenha encontrado um modelo equilibrado, quer da perspectiva dos actores do sector, quer dos utentes.

As mudanças nas organizações de saúde ou sistemas ocorrem quando mudanças mensuráveis (na forma, na qualidade ou no *state over time*), são efectuadas nos objectivos, cultura, estratégias, tarefas, tecnologias, pessoas ou estruturas de uma organização ou sistema. Estas mudanças ocorrem com tanta frequência nas organizações de saúde que se podem considerar uma constante.

Os administradores devem ser capazes de proporcionar continuamente mudanças nos serviços de saúde dado que existem constantes, diversas e numerosas pressões para a mudança. As pressões para a mudança vêm de fontes internas e externas.

Internamente, um novo plano estratégico que inclua novos serviços é uma potente força de mudança. Pode estimular o recrutamento de recursos humanos ou a formação de pessoal já

existente, e leva à execução de novos programas. A chegada de um novo conselho de administração também pode propiciar significativas mudanças na organização.

O ambiente externo é outra força de mudança. Mudanças nos *inputs*, estrutura organizacional, tarefas/tecnologias, fornecedores ou *outputs* podem ajudar a organização a vislumbrar ameaças ou oportunidades no ambiente externo. Por exemplo o crescimento, declínio, ou aumento da população idosa pode provocar mudanças e reestruturações, as políticas públicas, regulamentação, mudanças no financiamento do sistema de saúde, novas leis de trabalho e novas tecnologias podem igualmente provocar mudanças nas organizações.

Processos de gestão da mudança organizacional

Para haver uma mudança organizacional são necessárias quatro etapas: (i) identificar a necessidade duma mudança (reconhecer situações e circunstâncias que requeiram uma mudança organizacional; identificar e especificar a natureza da mudança pretendida); (ii) planear a mudança organizacional (desenvolvimento de alternativas à mudança; escolha de entre as propostas de mudança; formação de um modelo de mudança aproximado; selecção de técnicas para suportar a implementação da mudança); (iii) implementação das mudanças organizacionais [*unfreezing* do estado actual (convencendo os participantes da necessidade de mudança do estado actual e preparando-os para as mudanças que os irão afectar), através de redução ou minimização das resistências, sentido de urgência, coligação responsável, visão e estratégia e *comunicação*; *changing*, introdução da mudança, remoção de obstáculos, pequenos ganhos; *refreezing* a situação com as mudanças introduzidas, para estabilizar (ancoragem ou cultura)] (vd Quadro nº 13); (iv) avaliar as mudanças organizacionais (comparação dos resultados actuais com os planeados, explorar as razões das diferenças, uso de informação para informar em novas mudanças).

Quadro nº 13 – Implementação das mudanças organizacionais segundo o modelo de Lewin-Schein

<i>Fase</i>	<i>Ênfase</i>	<i>Implicações</i>	<i>Superar</i>
I – Descongelamento (<i>unfreeze</i>)	Criação de motivação para a mudança	Diminuição da força dos valores e dos comportamentos vigentes	Resistência
II – Mudança (<i>change</i>)	Introdução de novos valores e comportamentos	Novas fontes de informação e reestruturação cognitiva	Falta de motivação
III – Congelamento (<i>refreeze</i>)	Estabilização da mudança	Consolidação emocional e cognitive	Tempo variável

Fonte: adaptação livre de Schein, (1982)

A comunicação e a educação são duas das formas de deduzir a resistência à mudança. A comunicação deve ser proactiva, explicar a natureza das mudanças antes delas serem efectuadas. Uma efectiva comunicação acerca das mudanças e da sua implementação e implicações pode reduzir a resistência e ser uma medida de apoio às mudanças a introduzir. Simultaneamente a participação e o envolvimento no planeamento e implementação das mudanças ajudam a diminuir a resistência.

A mudança organizacional exige uma comunicação aberta e frequente com os *stakeholders*. O primeiro enfoque deve ser explicar a razão das mudanças; em seguida deve proporcionar condições para que os medos e frustrações sejam respondidos, levando os administradores a darem condições para uma comunicação ascendente e descendente onde não haja rumores ou barreiras, levando ao *empowerment* dos colaboradores.

Alguns aspectos da comunicação sobressaem, tais como: informação, sentimentos de pertença a um grupo, sentimentos de incerteza, etc. Aspectos que têm grande influência na resistência à mudança e que irá afectar a efectividade dos esforços de mudança.

Podem ocorrer oito erros comuns ao processo de mudança, a saber: (i) não ter sentido de urgência; (ii) não envolver a alta direcção e não formar uma equipe apoiada por ela para comandar a mudança; (iii) subestimar o poder da visão corporativa; (iv) não transmitir a visão de mudança; (v) não fomentar o *empowerment*; (vi) não obter resultados no curto prazo; (vii) satisfazer-se logo com os resultados, deixando de consolidá-los para criar mais mudanças; (viii) não incorporar as mudanças à cultura da empresa.

O modelo teórico de Tuohy defende que a mudança nos sistemas de saúde é resultante de opções políticas tomadas em determinados momentos, para o que contribuem as relações entre os profissionais de saúde e o Estado (Tuohy, 1999). A mudança é influenciada por aspectos como a hierarquia, os mercados e os instrumentos de controlo social e, ainda por diferentes equilíbrios entre os instrumentos da mudança e os actores sociais dessa mudança, entre o instrumentos de contratação orientados para o mercado e os actores públicos e privados, entre os movimentos associativistas e o seu contexto (Estado, associações profissionais, sistemas privados) e, ainda, a sua durabilidade.

Falar de mudança organizacional implica falar de mudança cultural e mudança tecnológica nas organizações. Apesar de falar de uma não implique falar de outra, a verdade é que, na maioria dos casos, mudanças culturais têm em vista mudanças tecnológicas, e mudanças tecnológicas só são possíveis se houver mudanças culturais profundas. As mudanças

organizacionais mais significativas (na estrutura, no desenho do negócio, no sistema de recompensas e outras) irão fomentar resistências por parte dos membros da organização e falham se não forem acompanhadas por mudanças culturais, reforçando a ideia da importância da cultura como principal fonte de resistência à mudança organizacional, mas também factor facilitador.

Peters (1995) bem como Petit e Dubois (1998) referem que deveriam existir reuniões periódicas ou reuniões sem marcação antecipada por sector de actividade para uma passagem de informação mais directa, aberta e com reciprocidade útil para os colaboradores de uma organização e para ela própria. Considera ainda que nas organizações a comunicação fácil e a inexistência de barreiras para falar uns com os outros são essenciais (Peters, 1995).

O anúncio ou simples informação de que vão ser realizadas mudanças leva as pessoas a enfatizar os aspectos cognitivos se essa comunicação não for efectuada num quadro de participação dos colaboradores directa ou indirectamente afectados (Neves, 1997, 2000).

Existem dois tipos de resistência organizacional à implementação de tecnologias de informação. Uma pode resultar da criação objectiva de obstáculos à análise prévia dos processos e do seu desenho. O outro prende-se com a adaptação das tecnologias de informação à cultura existente, que é o factor de insucesso que mais distingue as tecnologias de informação de outros tipos de tecnologias.

É assim reconhecido que as novas tecnologias da informação [não apenas computadores, mas também redes (Web 2.0) e toda uma quantidade de meios técnicos (*software*) destinados a transmitir, armazenar e tratar informação] e, principalmente, os novos meios de gestão da informação, gestão do conhecimento e aprendizagem organizacional que essas tecnologias possibilitam (mas que, por si só, não criam), estão a desempenhar um importante papel nessas mudanças (Castells, 2001).

O sucesso das tecnologias de informação e comunicação como factor de mudança organizacional depende, do sucesso das mudanças verificadas em todas as vertentes organizacionais, com especial relevo do nível comportamental, devendo por isso ter em vista as pessoas e a sua utilização por estas (Longest, 2003).

Assim um dos objectivos do plano estratégico é a comunicação, ou seja, um plano estratégico, deve também contribuir para reforçar a comunicação dentro das organizações,

tanto ao nível da gestão de topo como nos níveis mais baixos da hierarquia. Empresas como a Molin, Banco 7, Wal-Mart e Toyota estabeleceram um plano estratégico, para se modernizarem e estabeleceram entre outros objectivos o da comunicação (Freire, 2006).

2.4.4.2. FALHAS OU BARREIRAS À INOVAÇÃO

Inovações que falham são potencialmente ‘boas’ ideias, mas que foram rejeitadas devido a constrangimentos orçamentais, falta de estruturação ou fracos benefícios comparados com os actuais. Estas falhas devem ser estudadas e identificadas, para que situações destas não possam acontecer.

As organizações podem aprender a evitar estes problemas, quando são abertamente discutidos e debatidos. As lições que se retiram destas discussões perduram mais na consciência organizacional que as lições que se aprendem com o sucesso. Enquanto que aprender é importante, altas taxas de fracassos em processos de inovação são desperdícios e ameaças ao futuro das organizações.

Algumas causas do insucesso são externas à organização, e só podem ser controladas do exterior. Outras são internas, e dependem do controlo da organização. As causas internas do fracasso, podem ser divididas em causas associadas com a infra-estrutura cultural e causas associadas com o próprio processo de inovação.

Falhas na infra-estrutura cultural variam entre organizações, mas algumas, atravessam todas as organizações, no mesmo patamar no seu ciclo de vida, tais como: (i) fraca liderança; (ii) fraca organização; (iii) fraca comunicação; (iv) fraco *empowerment*; (v) fraco conhecimento de gestão (Koch, 2005; Roste, 2005).

Outras causas do não sucesso de processos de inovação nas organização têm a ver com falhas ou deficiências em (i) definição dos objectivos; (ii) alinhamento entre os objectivos; (iii) participação em equipa; (iv) monitorização dos resultados; (v) comunicação e acesso à informação, além de obviamente falta de liderança para lidar com estes processos, assim como, as organizações não estarem focadas em processos de re-engenharia (Koch, 2005, Roste, 2005).

Se utilizássemos o modelo linear e tivéssemos como sistema de inovação uma sequência de passos independentes, as barreiras à inovação seriam facilmente identificáveis e bem definidas: dificuldades de obtenção de conhecimentos em forma utilizável pela empresa,

dificuldade de rentabilizar investimentos e portanto de aplicar capital em novas aquisições, dificuldade de obtenção de recursos humanos qualificados, etc.

No entanto, se tomarmos por cenário o modelo interactivo e admitirmos que os sistemas de inovação são realidades complexas, multidisciplinares e multidimensionais que se definem consoante as especialidades de cada caso, as respostas convencionais não chegam: é pouco eficaz aplicar esforços num único elo de ligação.

Em termos gerais, as barreiras à inovação podem ser de três tipos: (i) de natureza tecnológica (a tecnologia necessária para a produção ainda não está suficientemente desenvolvida) para ter novas armas terapêuticas e novos protocolos terapêuticos; (ii) de natureza económico-financeira (a tecnologia existe, mas é demasiado dispendiosa, a empresa não tem recursos financeiros que lhe permitam investir na inovação, etc.); (iii) de natureza humana.

Estes últimos são frequentemente subestimados ou mesmo ignorados, estando relacionados essencialmente com os processos da organização e a forma de operar dos recursos humanos. Na literatura, é frequente designar todas estas barreiras como cognitivas, embora correctamente a dimensão cognitiva seja apenas uma das dimensões humanas envolvidas no conjunto de barreiras assim definido.

Ao nível das empresas, esta imagem de inovação implica uma série de interacções e de ligações que vale a pena ponderar (Koch, 2005, Roste, 2005): a) Barreiras de percepção; b) Barreiras culturais e de ambiente; c) Barreiras emocionais; d) Barreiras intelectuais e de expressão.

Barreiras de percepção são as que resultam de erros no modo de visualizar e abordar os problemas e as situações quotidianas, envolvendo normalmente as chamadas ‘deformações profissionais’. Podemos apontar pelo menos seis tipos de barreiras (i) dificuldade em isolar a questão fulcral; (ii) tendência para delimitar demasiado a questão fulcral, reduzindo-a a uma expressão simplista; (iii) incapacidade de visualizar a questão sob diferentes perspectivas; (iv) ver o que se espera (ou se deseja) ver em vez da realidade; (v) saturação (por vezes esquece-se os pormenores daquilo com que se trabalha muito frequentemente); (vi) falta de utilização devida dos vários estímulos sensoriais (nem toda a informação relevante nos chega através dos olhos).

Barreiras culturais e de ambiente são: (i) tabus; (ii) preconceitos; (iii) falta de cooperação e confiança entre quadros da empresa; (iv) ambiente de trabalho constrangedor; (v) ambiente de trabalho dispersivo; (vi) falta de enquadramento incentivador de acção (ambiente incentivador à acomodação).

Há também as **barreiras emocionais** como por exemplo: (i) medo de errar; (ii) receio de parecer ridículo; (iii) incapacidade de tolerar ambiguidade; (iv) preferência por julgar ideias, em vez de as gerar; (v) incapacidade de ‘relaxar’, vendo ameaças em tudo; (vi) falta de interesse e motivação; (vii) incapacidade de distinguir realidade de fantasia.

Finalmente, as **barreiras intelectuais e de expressão** terão a ver com: (i) escolha inadequada de processos mentais (de explicação); (ii) falta de conhecimentos; (iii) inadequação do discurso ao nível de conhecimentos da audiência; (iv) falta de clareza na comunicação; (v) falta de empenhamento e reflexão (falar de cor, que normalmente conduz a mudar de opinião com frequência, aos olhos dos outros).

Organizações muito hierarquizadas, como são as portuguesas, são habitualmente menos inovadoras, dado que ignoram informação relevante, inibem a geração de informação, provocam falta de motivação e operacionalidade nas equipas, criam rigidez e convencionalidade das soluções e sustentam a preocupação em ‘servir níveis superiores’ em vez de ‘servir os interesses globais da organização’.

O divórcio entre a gestão intermédia e os quadros fabris ou técnicos, a atribuição da chefia de equipas de trabalho ao elemento hierarquicamente superior do grupo, são alguns erros que frequentemente existem nas organizações.

2.4.5. INOVAÇÃO NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE E SUAS DIFICULDADES

Por todo o lado, da União Europeia aos EUA, o sector dos cuidados de saúde está a sofrer muitas mudanças, a começar pelo seu ambiente externo pertinente (informação médica, tecnologias e relações com outros sistemas com os quais estão em constante contacto) (Cohen *et al*, 2004).

A inovação está disseminada em diversas áreas dos cuidados de saúde (por exemplo hospitais), embora as áreas de inovação mais investigadas sejam as áreas médicas e de enfermagem, quer sob ponto de vista de processo quer de produto/serviço (Djellal e Gallouj, 2005).

A inovação, quer seja incremental ou radical, quer tenha enfoque nos processos ou nos produtos/serviços, vai muito para além das áreas médicas e de enfermagem. Os clientes da saúde atribuem relevância cada vez maior a aspectos como as amenidades (alimentação, transportes, serviços recreativos, lojas para venda de artigos como jornais, flores, ou cafetaria).

A importância e o grau da inovação dependem do tipo de organização. Por exemplo, uma nova versão de um *software* informático é de cariz mais incremental para uma organização de serviços financeiros, enquanto que será de cariz mais radical ou transformacional se for implementada numa organização de saúde – cuidados de saúde primários, hospitalar ou outra (Tidd *et al.*, 2001).

Aliás, o contexto em que a inovação se processa nas organizações não é um tema consensual na literatura, dado que existem diferentes níveis nas instituições que devem ser objecto de análise quando se pretende avaliar a inovação e a mudança. A análise pode ser feita a nível da unidade de negócio ou a nível do departamento, apesar de existir sempre alguma relação e influência de uns níveis para os outros. Isto é, por exemplo, o processo de inovação nos serviços de saúde não se dá só ao nível dos departamentos médicos mais evoluídos dos hospitais.

Há toda uma interacção entre os diferentes níveis institucionais, como sejam, por exemplo, o grau de exigência dos mercados, a base de educação da sociedade e, entre outros, as regras e as normas legislativas e da sociedade face a determinados aspectos mais éticos (p. ex., a opção ou não pela investigação sobre células estaminais, pode conduzir a uma maior inovação nas instituições hospitalares, e a decisão sobre a sua investigação não é determinada apenas pelos hospitais ou outras instituições, mas antes por leis gerais da sociedade).

A estrutura demográfica da população está em mudança, o número de doentes, no geral, e os que têm múltiplas doenças e que necessitam de cuidados de agudos, está a aumentar. Existe uma pressão para reduzir as despesas em cuidados de saúde, enquanto se continua a melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

A inovação pode aqui ser definida como a intencional introdução e aplicação dentro de um grupo ou organização, de ideias, processos, novos produtos ou procedimentos com relevância para ser adoptados, e com significativo benefício individual, do grupo ou da sociedade (West, 1996). Esta definição é largamente aceite entre investigadores no terreno

(Anderson, De Dreu, & Nijstad, 2004), dado que ela capta três importantes características da inovação: (i) novidade; (ii) uma componente de aplicação; e (iii) uma intenção de uso.

Do ponto de vista dos doentes, os benefícios são melhores cuidados de saúde ou menos sofrimento devido à doença (Faulkner & Kent, 2001). Do ponto de vista das organizações, os benefícios desejados encontram-se ao nível da eficiência das operações internas e/ou na qualidade dos cuidados aos doentes.

A inovação em saúde é relevante e crescente em vários domínios. Os equipamentos médicos assumem um papel cada vez mais importante, quer na evolução do desempenho dos serviços de saúde, quer nas melhorias que propiciam a nível do diagnóstico e da terapêutica médica. Em Portugal, escasseiam os estudos relacionados com equipamentos médicos, tanto no que se refere aos equipamentos mais massificados, como aos equipamentos mais raros e tecnologicamente mais avançados.

Por exemplo, um novo equipamento de ecografia pode ser relevante em termos de inovação para um pequeno hospital. Contudo, muitas das doenças de cariz mais raro e de diagnóstico e terapêutica mais difícil só podem ser diagnosticadas e tratadas em organizações de saúde com mais recursos humanos e tecnológicos. Neste sentido, os equipamentos médicos mais sofisticados podem ser determinantes para fazer face a essas doenças mais raras, complexas e sobretudo mais mortais.

Os cuidados de saúde são muito hierárquicos e envolvem muitos actores. No entanto, a reengenharia pode funcionar nos cuidados de saúde, se tiver como enfoque metodologias de trabalho, o desempenho e o propósito organizacional. A reengenharia reconhece problemas e tenta resolvê-los, através da análise e dos papéis dos vários intervenientes, através duma reestruturação da gestão, redesenho dos serviços clínicos e alinhamento com incentivos financeiros, integração de informação e integração de funções dispersas num *core business*.

Hoje em dia nas novas organizações a criatividade é encorajada, o que se traduz em estruturas menos hierárquicas e descentralização da tomada de decisão. No NHS, esta criatividade também existe (*empowerment* do *staff* e do *line*), para desenvolver inovações, usar o conhecimento e a criatividade. Esta criatividade está a ser encorajada onde existe uma comunicação aberta efectiva, uma partilha de valores e objectivos, uma descentralização da tomada de decisão, fraca especialização, abundância de recursos e uma

permissão para correr riscos. Ou seja, há uma passagem de uma liderança transaccional para uma transformacional.

Podemos afirmar que o apoio à inovação decorre da existência de objectivos organizacionais bem definidos, que encoraja os colaboradores a trilhar caminhos inovadores, estabelecendo prémios de inovação e dando reconhecimento aos colaboradores mais inovadores. Mas também decorre da possibilidade de dar condições para que os projectos inovadores sejam colocados em funcionamento, bem como a oferta de recursos às pessoas que são mais inovadoras.

Existem vários locais no sistema de saúde onde esta inovação pode e deve ocorrer. Os centros de saúde onde são prestados os cuidados de saúde primários, os cuidados continuados, o ministério da saúde e suas agências, para não falar nas organizações que prestam cuidados de saúde diferenciados, como os hospitais.

As inovações em cuidados de saúde representam um caso complexo dado serem organizações complexas. Alguns investigadores sugeriram que é difícil mudar comportamentos dos clínicos (Greco & Eisenberg, 1993), e organizações de saúde (Shortell *et al.*, 2001). Inovações nos cuidados aos doentes, novos tratamentos e práticas assim como procedimentos hospitalares podem incluir significativos riscos em saúde, relacionados com problemas no financiamento, ao nível social e ético, já que a adopção de inovação em saúde é regulada por leis (Faulkner & Kent, 2001).

Além disso, alterações no desempenho das organizações de saúde ou em processos inovadores podem levar à morte, incapacidade ou desconforto permanente. Isto, em conjunto com a tendência do corpo clínico para proteger a sua autonomia e reputação, pode criar uma cultura que inibe a aprendizagem das organizações e a criação de inovações (Huntington, Gilliam & Rosen, 2000).

Ao olhar para os factores facilitadores ou inibidores internos, variáveis como liderança forte, partilha de objectivos claros, orientação, práticas de trabalho em equipa, efectivo *marketing* interno, tempo adequado, motivação e participação dos colaboradores, gestão do *stress* e recursos adequados (financeiros, técnicos e recursos humanos), estão todas positivamente relacionadas com a inovação em organizações de saúde (Cohen *et al.*, 2004).

Há factores externos que podem ter uma relação positiva com a adopção de práticas e serviços inovadores: são eles o envolvimento, a motivação, e o apoio (ao nível de consultores e técnicos de apoio) (Cohen *et al*, 2004).

Os hospitais utilizam técnicas defensivas (desculpas, justificações, entre outros), quando anunciam publicamente inovações ao nível da estrutura organizacional.

Por outro lado, as características demográficas da gestão de topo parecem estar relacionadas com a adopção de novas tecnologias.

Quando se compara o papel os diferentes estilos de implementação da intervenção na inovação, os utentes internos percebem qual o estilo burocrático para alcançar um melhor desempenho, enquanto que os utentes externos percebem que uma integração pessoa-função leva a um melhor desempenho (Koch, 2005, Roste, 2005).

Em suma, existe a necessidade de inovar nas organizações de cuidados de saúde, mas a criação de inovação e a sua adopção nem sempre é um processo fácil. Numerosas mudanças estruturais e normativas estão a ocorrer, o que força as organizações de saúde a recondicionar os seus serviços, processos e a estrutura organizacional (Campos, 2008).

É colocada ênfase em medidas políticas e institucionais que fortalecem as capacidades científicas e tecnológicas das organizações em desenvolvimento, capacidades essas que ajudam as organizações a ter um papel importante na resolução de desafios associados à doença e a melhorar os sistemas de saúde.

Existe uma tendência para que os países em desenvolvimento criem e desenvolvam capacidades inovadoras para novas tecnologias de saúde, produtos e serviço. O sector público e o sector privado nesses países estão a trabalhar para aumentar essa capacidade inovadora, estabelecendo sistemas de gestão, indústrias de medicamentos e vacinas, muitas vezes em parcerias estratégicas.

Esta capacidade científica e tecnológica pode ser definida através de três componentes: (i) perícia/habilidade (depende das pessoas); (ii) instituições — com regras, normas e organização; (iii) contexto — no qual a perícia/habilidade e as instituições (políticas e organizações) operam. Este contexto compreende todas as condições políticas, económicas, sócio-culturais; infra-estruturas e recursos.

O conceito de sistema nacional de inovação surgiu na década de 80 do século XX. A noção de sistema de saúde inovador é mais que a soma das instituições I&D, organizações de

cuidados de saúde e científicas. Inclui também os regimes políticos, que determinam como é que ocorrem as interações entre os vários actores. É um sistema constituído por uma constante mudança de actores, ligações e interacção. O que distingue o sucesso do insucesso dos sistemas é a capacidade de estabelecer interacção entre os seus elementos, ter políticas coerentes, um grande esforço para a inovação e uma utilização adequada dos recursos. Esta capacidade não é criada por decreto ou do exterior. Tem como desiderato objectivos em saúde, os quais estimulam a introdução da inovação, a melhoria da saúde pública e ganhos em saúde (OCDE, 1997).

Assim, na sociedade de conhecimento em que se baseia a economia de hoje, a inovação está a tornar-se um conceito crítico para o desenvolvimento da saúde. Neste contexto (Cunningham, 2005), inovação de saúde é definido como um processo criativo, requerendo imaginação e empreendedorismo tanto do sector público como do privado, que se traduz em conhecimento e em produtos tangíveis, serviços ou procedimentos, de que resulta valor acrescentando simultaneamente em três domínios diferentes: (i) a saúde, como valor em si mesmo, como um recurso para o indivíduo e desenvolvimento social, sendo um valor acrescentado para a comunidade e redes sociais; (ii) a saúde, como valor protector e habilitando interações sociais, redesenhando a esfera pública, estabelecendo sinergias entre actores sociais, e uma governação transparente; (iii) a saúde, como valor de crescimento económico, através de investimento em saúde, ambientes físicos e sociais encorajadores e saúde centrada em tecnologias.

Por último apontam-se algumas modalidades e exemplos de inovações em saúde: (i) de produto/serviço: novas vacinas, medicamentos, *kits* diagnóstico, um novo serviço de radioisótopos; (ii) de processo/método: agulha bifurcada; liofilização da vacina, evitando cadeia de frio; nova maneira de sintetizar um medicamento; (iii) na política de saúde: dias nacionais de vacinação; (iv) de estratégia: vacinação em círculos em vez de vacinação em massa; novos financiamentos para investimento em saúde, luta contra o tabagismo, parcerias para o desenvolvimento de produtos.

A inovação tecnológica trouxe um notável avanço aos serviços de saúde durante as últimas três décadas (Goodman, 1998). Este enorme avanço tecnológico contribui para melhorar a qualidade de vida das pessoas e a sua esperança média de vida. No entanto, chegou-se a um ponto, em que os doentes e os médicos exigem cada vez mais soluções inovadoras no domínio tecnológico, independentemente do seu custo e sem se fazer uma adequada análise

custo-benefício. Desta forma, a tecnologia tem que ser melhor gerida porque esta passa a ser objecto de interesse de muitos grupos: fabricantes de equipamento, entidades reguladoras, médicos, doentes, administradores hospitalares, pagadores (através de impostos ou de seguros), dirigentes governamentais e outros grupos com informação suficiente para influenciar o desenvolvimento da tecnologia, a sua aquisição, o seu uso e pagamento.

O sector da cirurgia dos EUA teve um crescimento meteórico aquando da criação dos instrumentos para as cirurgias minimamente invasivas e dos cateteres (Herzlinger, 1997). Quando acabou este passo acelerado de inovação o sector quase desapareceu. Embora a sociedade esteja cada vez mais sensível aos potenciais riscos das novas tecnologias, mantém-se uma forte crença de que os benefícios serão sempre superiores (Calnan *et al.*, 2005).

De uma maneira geral, as pessoas tendem a acreditar passivamente na medicina e nos avanços tecnológicos (Conrad e Schneider (1985). Mas para outros autores como Lupton (1994) existe uma certa desilusão com os avanços científicos da medicina, embora aumente a percepção sobre a dependência relacionada com a biomedicina para dar resposta aos problemas sociais e médicos do futuro.

Numa outra perspectiva, é preciso compreender que se alterou a relação médico-doente (Mead e Bower, 2000). Nesse sentido a relação deixou de ser *infantilizante* e depois *paternalista* para passar a ser *partilhada e negociada*, embora sempre assimétrica como toda a relação de poder. Ou seja, também neste aspecto a credibilidade do aconselhamento médico, ao diminuir, fez com que alguma da inovação na saúde que o médico prescrevia, passasse a ser mais escrutinada pelo doente.

Nos serviços de saúde, o *design* tem desempenhado uma função vital no desenvolvimento do processo do serviço. Os atributos do processo descrevem o *design*, o desempenho, e os resultados do processo de produção dos serviços de saúde (Parvinen *et al.*, 2004). Contudo, os atributos do processo são avaliados segundo diferentes perspectivas, pelos vários actores que actuam no sector da saúde.

A perspectiva dos doentes quanto aos atributos, refere-se ao acesso aos cuidados de saúde, às diferentes opções de cuidados de saúde disponíveis, à participação na selecção das diferentes opções, à utilização de soluções tecnológicas para o seu caso, à localização geográfica dos serviços, aos tempos de espera e, por fim, ao estado em que o próprio doente

se encontra no final do processo. A perspectiva do prestador de serviço quanto aos atributos refere-se ao tempo, espaço, equipamento, consumos e financiamento.

A tecnologia dos serviços de saúde é muito abrangente, estendendo-se desde a aquisição de sistemas de informação clínicos sobre os doentes, até ao uso de tecnologia médica e ao seu impacto na segurança (efeitos adversos e gestão do risco) e eficácia, implicando ainda os aspectos sociais, éticos e legais, relacionados com a implementação de novas tecnologias clínicas (Li e Rubin, 2004). Ainda sobre a inovação tecnológica, Simões (2003) refere que este conceito é suficientemente amplo para abarcar novas técnicas, novos medicamentos, novos equipamentos, novos actos utilizados nos cuidados de saúde.

Os consumidores estão hoje mais activos na escolha do seu prestador de serviço do que estavam no passado. Antes, os doentes seguiam as recomendações e os procedimentos dos médicos, sem contestarem ou sequer questionarem as suas decisões. A diferença em termos de informação e formação dos médicos em relação os seus doentes era de tal forma grande, que estes eram normalmente reverentes, passivos, acríticos (Institute for the Future, 2003).

A situação mudou muito nos últimos anos. As novas gerações têm um nível de educação superior, incluindo maior literacia em saúde, e são mais cépticas face à cultura passiva anterior. O doente tem um poder acrescido que lhe advém da maior possibilidade de escolha, mas também pela existência da automedicação (que foi adoptando por possuir maior informação) e pela partilha no processo de decisão.

Ou seja, com a ajuda das tecnologias de informação, o doente está a desencadear uma revolução no nível de serviço oferecido. O doente será o grande catalisador da inovação que se pode antever, pois vai exigir mais e melhores serviços. Contudo, a dimensão económica do sector da saúde é já demasiado grande e pesada, o que condicionará toda a inovação emergente e a forma como a mesma se processará.

2.4.5.1. BARREIRAS À INOVAÇÃO NA SAÚDE

Para que a indústria dos cuidados de saúde se adapte aos novos mercados e ambientes são necessárias mudanças organizacionais. Estas mudanças são muitas vezes inviáveis devido a factores tais como: (i) não responsabilização, (ii) sobrestimar ou subestimar o poder da visão e missão, (iii) não comunicar a visão, (iv) permitir o bloqueio de novas visões, (v) declaração de vitórias prematuras, (vi) negligenciar as mudanças organizacionais ancoradas na cultura da organização (Freire, 2006).

Estes pressupostos levam a uma fraca implementação de novas estratégias, fracas sinergias, processos de reengenharia que levam muito tempo a concretizar e tem um custo alto, falha em fazer *downsizing* para controlar custos, falhas nos esforços para melhorar a qualidade/desempenho para concretizar os planos de acção (Bilhim, 2004). No NHS também existem barreiras à inovação, que não diferem das de outros países (Institute for the Future, 2003), e dependem de factores idênticos.

O tamanho e a complexidade são um deles: o SNS compreende um complexo sistema, onde a escala e a especificidade tem um papel incontornável; ele exhibe um grande número de membros de *staff*, um grande leque de profissionais especializados, semi-especializados e indiferenciados, assim como uma diversidade de serviços e processos (Hertog *et al*, 2005).

Este tipo de barreira inclui factores adicionais tais como: falta de clareza na percepção e solução dos problemas e falta de comunicação (particularmente da gestão); tipicamente estas grandes organizações desenvolvem barreiras internas (paredes e tectos) e num cenário mais negro ‘silos mentais’, onde existem normas, crenças, e práticas próprias e com comunicação muito fraca ou inexistente.

Outro factor negativo pode ser a herança e o legado: o impacto sistémico da inovação e mudança é visto como uma perturbação para o desempenho da organização e a mudança e novos métodos podem ser desencorajados; as organizações do sector público mantêm as práticas e procedimentos; o *benchmarking* não é bem-vindo.

Igualmente importante pode ser a resistência dos profissionais: o SNS compreende um número distinto de grupos profissionais, com as suas próprias comunidades práticas, conhecimentos e perspectivas; eles podem ser um obstáculo à inovação e mudança, se elas não estiverem de acordo com a sua cultura e perspectiva: a falta de diálogo entre os diferentes grupos profissionais, e entre os diferentes níveis do sistema quer horizontal quer vertical, pode inibir a disseminação da inovação, as ideias podem não ser aceites, mesmo que pertençam à mesma carreira mas sejam de especialidades diferentes (cirurgião e anestesista), que estejam separados hierarquicamente (médicos e *staff* de ambulâncias), ou quando as ideias sobre inovação não foram construídas pelos próprios.

Assinalamos igualmente como barreira o aumento do risco, ou seja, aumenta a resistência quando as mudanças implicam a probabilidade de aumentar o risco para os utentes, para os serviços e para os indivíduos (nas profissões médicas).

Outra barreira é o perfil público e a responsabilidade social: o sector da saúde tem o dever de oferecer cuidados de saúde com padrões elevados. Assim sendo, a saúde é um assunto da maior importância, estando na agenda de todos os governos, e na mira dos *media*. As más práticas e má administração são levados ao conhecimento da população pelos órgãos de comunicação (a começar pelos mais populistas), os administradores e os políticos estão muito preocupados com as mudanças que podem ter resultados negativos, sobretudo se isso atrai os órgãos de comunicação, contribuindo para o aumento do risco, e podendo pôr em risco o processo de mudança.

Os processos de inovação e mudança implicam também necessidade de consultadoria e melhoria dos resultados pouco claros. A introdução de novas práticas, procedimentos, o aumento do risco e o aumento dos *stakeholders* envolvidos no sector da saúde geram uma grande necessidade de consultores especializados, no sentido de rever as mudanças planeadas e as modificações, assim como identificar todas as consequências de tais acções. Isto é exacerbado pela complexidade do sistema de saúde e pelas dificuldades em obter um quadro cristalino de todos os efeitos destas acções.

É possível também não existir capacidade de aprendizagem (a todos os níveis). Pode haver uma falta de estruturas e mecanismos para colocar uma organização a aprender, novamente exacerbado pela escala e complexidade que geram. Se houver falta de diálogo entre os actores num sistema complexo, como se poderá efectuar a difusão das boas práticas? Frequentes reorganizações proporcionam falta de memória colectiva e corporativa, e isto pode acontecer a todos os níveis desde cima (a hierárquica política que faz as leis) até a um nível mais baixo (serviços).

Mas também é previsível resistência à mudança por parte dos utentes: é assumido que existe uma generalizada resistência à reorganização dos serviços públicos, e às mudanças no modo como os cuidados de saúde são distribuídos. Assim, o público ou elementos dele podem ser vistos como um factor adverso. Vários factores contribuem para isso, como a idade, grupos étnicos, etc; existem *lobbies* e grupos de interesse que tem uma perspectiva de como os cuidados devem ser distribuídos. Caso não lhes a grade a forma, reagem.

Por fim, há a clássica ausência de recursos. Esta ausência não é só financeira, pode ter outras formas como a falta de suporte de serviços essenciais à mudança e à implementação de inovações, a par das barreiras técnicas como: o desenvolvimento de novas tecnologias e

aplicações tecnológicas (*software* entre outros) que tem um impacto grande como facilitadores do processo ou mudança organizacional.

2.4.5.2. FACILITADORES DA INOVAÇÃO EM SAÚDE

As barreiras mencionadas acima podem ser anuladas através de condutores (*drivers*) para a inovação (pressão para a inovação) e facilitadores (factores que levam à disseminação das inovações):

- (i) facilitadores para a resolução de problemas: de modo a resolver um problema específico (Hertog *et al*, 2005); factores demográficos, os idosos, as famílias fragmentadas, os estilos de vida e rupturas sociais, são causas tradicionais destes problemas; a inovação é necessária para combater novos problemas (o aumento da obesidade infantil, etc), ou problemas genéricos (libertação de camas de agudos para as situações realmente agudas);
- (ii) melhoria da situação actual: as inovações podem ser introduzidas, porque em vez de lidarem com um problema específico, elas representam uma melhoria na situação actual; por exemplo, fazer as coisas mais rapidamente ou mais eficientemente é um objectivo, mas não representa um problema em si mesmo; uma nova técnica médica pode conferir uma melhoria da qualidade de vida para o doente, mas não oferecer mais nenhuma vantagem;
- (iii) interesse político: mudanças estratégicas no sector público requerem força política, aplicação *top-down* e políticas adequadas, conjuntamente com o reconhecimento político que as mudanças requerem e a alocação de substanciais recursos; pode ter de recorrer a novas visões do mundo e a novos conceitos (novos desempenhos, serviços públicos de saúde com novos tipos de comportamento);
- (iv) crescimento duma cultura de revisão de procedimentos: as *clinic audits* estão cada vez mais a ser colocadas no terreno, para auditar procedimentos e maneiras de agir, não com uma atitude prossecutória mas de melhoria do desempenho;
- (v) mecanismos de suporte à inovação: representa o alocar de recursos (quer financeiros, quer outras formas de suporte) para a inovação e sua implementação; devem as estruturas actuais ser colocadas à disposição para promover, estimular, implementar e disseminar a inovação;
- (vi) capacidade para inovar: o *staff* no sistema de saúde público é caracterizado por um elevado nível de profissionalismo e qualificação, proporcionando um ambiente no qual a inovação deve ser gerada e aceite;

(vii) competência dos facilitadores: um nível de desempenho elevado encoraja o espírito inovador, de modo a atingir padrões e desempenhos elevadas; o uso destes padrões e de indicadores podem distorcer os comportamentos operacionais; este tipo de facilitadores podem forçar a inovação num sentido que não é o adequado;

(viii) factores tecnológicos: é claro que a inovação tecnológica pode ser um forte determinante ou facilitador da inovação; este tipo de inovação pode dar oportunidade a outras formas de inovação (processos, organização, distribuição sistemas de interacção, etc) (Länsisalmi *et al*, 2006).

Em conclusão, a inovação é hoje determinante para a sobrevivência das organizações, quer sejam públicas, quer privadas, com ou sem fins lucrativos. Este facto é dado como adquirido na literatura em geral e assumido pela generalidade das organizações. Contudo, a inovação que não se limita ao conceito de invenção ou à mera criação de algo novo, tem que se fundamentar em critérios de utilidade para o cliente através dos vários benefícios que pode trazer.

A investigação sobre inovação está mais desenvolvida nos produtos do que nos serviços (OCDE, 2005). No entanto, vivemos numa sociedade em que o sector dos serviços é o mais importante dos países desenvolvidos. Este aspecto implica que deve ser dedicada mais atenção à investigação sobre a inovação dos serviços. Só que estes, no seu conjunto, são demasiado complexos e têm pouco em comum. É difícil adoptar padrões de avaliação comuns para serviços de telecomunicações, serviços de saúde, ou serviços de restauração. E neste aspecto, surge o desafio de perceber como se desenvolve a inovação em serviços, no seu todo ou nos seus vários subsectores.

Para além disso, a tecnologia predomina no domínio da inovação dos produtos. Já nos serviços, e dado que existe sempre participação mais ou menos activa do ser humano no desenvolvimento do processo, a inovação não-tecnológica tem um papel mais relevante. Ou seja, o cliente é muitas vezes co-produtor dos serviços necessitando, no entanto, de ser educado ou formado pela organização para que venha a desempenhar esse papel adequadamente.

Sendo o objecto desta tese os serviços de saúde, foi dado um maior enfoque à inovação neste subsector dos serviços e, neste caso, os actores são múltiplos e têm níveis de poder com amplitudes diferenciadas face a outros subsectores (ou seja, enquanto nas telecomunicações os engenheiros predominam, no caso dos serviços de saúde, para além

dos médicos, existem os enfermeiros, os técnicos especializados, administradores e todo o pessoal administrativo e auxiliar). Por outras palavras, a forma como se processa o serviço e a inovação é mais complexa.

Existe ainda um aspecto, relacionado com os serviços de saúde, que contribui para uma maior complexidade, que é o facto do doente não ser muitas vezes o pagador directo do serviço. Este facto vai fazer com que esse mesmo doente, muitas vezes, não actue, não exija e não reclame da mesma forma que o faz noutros tipos de serviços.

Vimos neste capítulo que a tecnologia é determinante no processo de inovação na saúde, mas não é o único factor de mudança. Contudo, é preciso investigar as razões que levam ao sucesso de algumas tecnologias e ao abandono de outras. E depois, analisar também até que ponto valerá a pena investir em algumas tecnologias que podem trazer apenas benefícios limitados à generalidade da população em detrimento de outras que poderão ser mais simples mas trarão mais qualidade de vida à população em geral.

Num estudo efectuado por Lämsä et al em 2006, que envolveu a pesquisa em artigos publicados em inglês sobre a inovação em organizações de saúde no período de 1994 a 2004, foram identificados 704 estudos dos quais apenas 31 focavam estudos empíricos sobre a criação, adopção e difusão da inovação nessas organizações. A metodologia adoptada variava (estudos experimentais, estudos de caso simples e múltiplos). Foram usados como instrumentos de colheita de dados questionários (45%), entrevistas (32%) e ambos. Os estudos focavam inovação organizacional (45%), inovação individual (13%), adopção de inovação (61%), criação de inovação (32%) e difusão de inovação (7%). Os estudos focavam novas práticas organizacionais (36%), serviços inovadores (19%), novas estruturas organizacionais (10%), novas tecnologias (13%) e apenas 3% sobre regras, normas e reestruturações (mudança organizacional).

Os factores internos facilitadores ou inibidores encontrados para a inovação nessas organizações foram: (i) liderança forte; (ii) objectivos claros e partilhados; (iii) orientação para tarefas; (iv) marketing; (v) tempo adequado; (vi) trabalho em equipa; (vii) motivação e participação dos colaboradores; (viii) menos stress e (ix) recursos adequados (financeiros, logísticos e recursos humanos).

No ponto seguinte, abordaremos a temática da liderança na inovação, que nos permitirá identificar formas de liderança em contexto de inovação nas organizações de saúde.

2.5. LIDERANÇA NA INOVAÇÃO

Como foi referido anteriormente, a verdadeira fonte de riqueza de uma organização não são as suas instalações ou o seu património tangível. A inteligência criativa é a maior riqueza de uma empresa moderna. A satisfação dos clientes e o lucro vêm da capacidade intelectual dos seus colaboradores, da capacidade de solucionar os problemas eficientemente, de inovar e de criar. A criatividade está intimamente ligada à auto-estima que emana de um trabalho interessante, estimado e produtivo. As empresas modernas investem no *génio adormecido* que existe em cada pessoa.

O líder inovador cria condições para que os seus colaboradores possam desenvolver os seus talentos e habilidades e aplicá-los na melhoria permanente dos resultados do seu trabalho. Os líderes realmente criativos induzem nos seus colaboradores as mais altas aspirações e expectativas, tornando-os autênticos empresários, dedicados à excelência das suas tarefas e funções.

A inovação tornou-se um tópico de grande interesse para os gestores tanto no sector público como no sector privado. No sector privado, o rápido desenvolvimento da tecnologia permitiu o lançamento de novos produtos, a mudança de novos processos de produção e de gestão diferentes, inovadores.

O processo Schumperiano de ‘destruição criativa’ tornou-se muito intenso, e em muitas organizações, a escolha para os gestores era inovar ou morrer.

No sector público essa inovação torna-se mais difícil. As agências do sector público e as suas organizações são habitualmente monopólios, sem nenhuma pressão competitiva para inovar. As organizações do sector público são usualmente estruturas burocráticas organizadas para realizar as suas tarefas com estabilidade e consistência, que resistem a estas mudanças (Roste, 2005).

Nos anos mais recentes, este pensamento está a ser questionado. O sector público também enfrenta desafios — a sua sustentabilidade, a qual tende a ser alcançada através da redução do desperdício, baixa de custos, ser mais eficiente, e oportunidades — processo clínico electrónico, com recurso às TIC, tendo assim oportunidades de desenvolvimento e de aplicação de inovações. Organizações não governamentais em alguns países tentam catalisar as inovações do sector público estabelecendo prémios para a gestão inovadora no sector público. Estes prémios visam alcançar dois objectivos: (i) encorajar o

desenvolvimento e a disseminação de inovações e boas práticas no sector público; e (ii) diminuir as críticas e a hostilidades ao sector público.

As organizações de saúde não são diferentes, e existem prémios de boas práticas para este tipo de organizações (quer ao nível da gestão, dos processos, da tecnologia). Os critérios para atribuição do prémio são entre outros os ganhos em saúde para os utentes, a melhoria da sua qualidade de vida e a resposta às suas necessidades em saúde.

O que se pretende alcançar com uma liderança eficaz e efectiva, e uma organização inovadora é, em última análise, a criação de valor. Mas para que esta criação de valor ocorra, podem existir vários cenários/estruturas que levam a que tanto os accionistas, os colaboradores e os clientes/utentes tenham maiores benefícios que os encargos dispendidos.

A liderança deve ter uma visão/estratégia para a sua organização, deve comunica-la sempre que tenha oportunidade quer interna quer externamente, deve ser enérgica e dinâmica, deve motivar os seus colaboradores, deve ter capacidade de argumentação e convencer os que estão mais resistentes à mudança, deve escolher um foco mas não deve descurar as oportunidades periféricas que possam aparecer, deve aproveitar a incerteza como oportunidade de desenvolvimento, deve estar focalizado nos resultados e no desempenho da sua organização e deve ter uma responsabilidade social.

Não há inovação sem liderança. Os líderes com a sua liderança, o seu exemplo, as suas palavras e acções de apoio à inovação eliminam muitos obstáculos.

Quando as organizações alcançam os objectivos esperados pelos accionistas, patrocinadores, clientes, colaboradores e outros *stakeholders*, e os custos para esses grupos são menores que os benefícios recebidos, isto indica que as organizações criaram valor.

Criar valor é um objectivo tanto para o líder como para a organização. Este valor pode tomar a forma de produtos ou serviços, melhor trabalho, aproveitamento de oportunidades, energia positiva, exemplo positivo, suporte interpessoal, etc.

Simultaneamente, as organizações criam valor quando os produtos ou serviços que estão a ser produzidos, promovem melhores benefícios para os clientes, que os custos de produção destes produtos ou serviços.

Todas as organizações existem para criar valor, quer sejam empresas, igrejas, escolas, unidades de saúde ou agências governamentais (Mintzberg, 1992).

Para uma instituição de educação sem fins lucrativos, o valor está ligado à qualidade de ensino que os alunos têm, e à sua preparação para o futuro. Para uma unidade de saúde, o valor está ligado à qualidade dos cuidados de saúde prestados, que leva à recuperação dos doentes, à prevenção da doença ou à promoção da saúde (Porter e Teisberg, 2006).

Todos os colaboradores são julgados pela sua capacidade de criar valor. Criar valor é, pois, o objectivo de qualquer sociedade, organização, colaborador ou líder (Porter, 1986).

Tradicionalmente, a criação de valor é definida em termos financeiros, como ganhos, redução de custos, aumento de mais-valia. No entanto, criar valor vai muito para além disso. Os executivos experientes adoptam uma visão mais complexa, avaliam bens intangíveis e tangíveis. Estes executivos consideram que alguns indicadores estão associados com a criação de valor, mas a diversidade e complexidade desses indicadores constituem um obstáculo à sua implementação, dado serem difíceis de entender e comunicar. A simples estrutura que faz a sustentabilidade da criação de valor não é muito clara, dada a complexidade que lhe está associada. A estrutura-base da criação de valor emerge de um elevado e efectivo desempenho organizacional. Esta estrutura-base foi desenvolvida para responder a um modelo, em que a liderança bem sucedida melhora o desempenho organizacional e promove a criação de valor (para a organização, os colaboradores e a sociedade).

Em muitos sectores/áreas/fins numa organização pode aplicar-se esta estrutura: valor dos *outcomes*, *corporate strategy*, cultura organizacional, competências principais, práticas dos recursos humanos, qualidade e selecção de pessoal, etc.

Uma série de *guidelines* podem ser identificadas com recurso à estrutura-base, o que leva o líder a fazer o diagnóstico e a gestão das interrelações, descubra as congruências e as contradições numa organização, ou seja, ajude o trabalho do líder no sentido dum melhor desempenho e subsequentemente criação de valor (Porter e Teisberg, 2006).

Uma das aplicações mais importantes deste *framework* é um guia para a mudança. Ele foi usado para efectuar o diagnóstico e implementação de mudanças, estabelecer uma estratégia competitiva, motivar os colaboradores, facilitar o desenvolvimento organizacional e a mudança, implantar processos de qualidade, desenvolver o potencial dos líderes, etc.

Escoval, 2008 afirma “...parece-nos ainda importante ter presente esta reflexão, os diferentes desafios que a inovação nos coloca, nomeadamente quando associada às sistemáticas e contínuas introduções de tecnologia. ...Por inovação, entende-se a criação de valor – coisas que as pessoas querem verdadeiramente – na sociedade do conhecimento. A inovação tem subjacente a ideia de desenvolvimento, partilha, transferência e utilização de novo conhecimento que contribui para melhorar as características intrínsecas de um produto ou serviço...” (Escoval, 2008).

2.5.1. O MODELO DOS VALORES CONTRASTANTES

As organizações têm duas formas de crescimento: crescimento inorgânico e crescimento orgânico. A primeira é através de aquisição de outras empresas ou produtos. É chamado o crescimento inorgânico, que é rápido, e requer pouco esforço para produzir efeito. O problema com o crescimento inorgânico coloca-se na sua pouca sustentabilidade e resiliência (pensar em todas as *merge* que correram mal). Por outro lado o crescimento orgânico está envolto em inovação, o que torna estas organizações melhores, mais competitivas e inovadoras. Para criar crescimento orgânico, as lideranças precisam perceber como construir sustentabilidade e capacidades resilientes, assim como, ser mais competitivas, criar uma cultura que proporciona condições para a inovação.

Como é que a inovação aparece? Como é que se ‘percebe’ inovação? Como se vê? Uma abordagem rápida revela que a inovação tem muitas formas, inclui melhores e novos produtos, uma combinação de produtos, uma moda, um modelo de negócio, uma campanha publicitária, um serviço, um atributo, etc. Mas o que é que estas formas de inovação tem em comum? Nada.

A inovação pode ter funções, atributos e características. Todas as formas de inovação tem algo de novidade, para fazer as coisas melhor e de uma forma inovadora. Ou seja, uma inovação útil, intencionalmente proporciona ou cria uma forma tangível ou intangível de valor. Uma inovação é sempre específica de uma situação e *timing*, da qual ela nasceu. A inovação tem uma qualidade transformativa, dado que ela substitui produtos existentes e serviços, assim como, substitui maneiras de as fazer. Por outro lado, será substituída por uma inovação subsequente. A inovação está sempre envolvida num fim de ciclo e início de outro.

A inovação está muito próxima de outras duas formas de transformação — criatividade e mudança. Criatividade é a chama que provoca a ignição do combustível. A mudança está

no calor que a combustão produz. A inovação está no motor que transforma o calor em força, que por sua vez move o veículo pela estrada fora numa direcção específica.

O modelo dos Valores Contrastantes (*Competing Values Framework*), conceptualizado por Quinn e Rohrbaugh (1983), emergiu da investigação desenvolvida para a compreensão da eficácia organizacional. Nomeado como um dos modelos mais importantes da história da gestão (Have *et al*, 2003), tem vindo a ser largamente utilizado na pesquisa organizacional há mais de 25 anos. Este pode ser considerado como um mapa, onde se pode ver como a inovação funciona numa organização. No que se refere à gestão, o paradigma das competências atraiu um largo e crescente número de adeptos, seguindo ideias que são agora proeminentes na literatura em estratégia (Pettigrew e Whipp, 1991, Prahalad e Hamel, 1990).

Mais adiante, a figura nº 5, expressa o modelo dos valores contrastantes estruturado, derivado do modelo inicial desenvolvido por Quinn e Rohrbaugh (1983). Este modelo inicial teve como objectivo encontrar os melhores indicadores de eficácia organizacional. Estes investigadores basearam a sua pesquisa na análise estatística de uma lista inclusiva de indicadores de eficácia, descobriram duas grandes dimensões subjacentes à concepção de eficácia.

A primeira dimensão é relacionada com o *enfoque organizacional*, o qual se desloca, desde uma ênfase interna (*integração* — reforço do grau de coordenação em funções especializadas e processos, a fim de atingir a unidade para esse esforço ao nível interno) centrada no bem-estar e desenvolvimento das pessoas da organização, até ao enfoque externo (*diferenciação* — ambicionam desenvolver-se e especializar-se em certas áreas do conhecimento, funções, serviços e departamentos a fim de fornecer serviços ao exterior da organização, e assim criar valor), centrado no bem-estar e desenvolvimento da organização em si mesma.

A segunda dimensão diferencia a *preferência organizacional* para a estrutura e, representa o contraste entre a estabilidade/controlo (*centralização* — decisões tomadas ao nível da gestão de topo) e a flexibilidade/mudança (*descentralização* — decisões e planeamento estratégico são levadas a cabo em primeira instância pelos membros da organização e posteriormente coordenados pela gestão de topo) (Shortell e Kaluzny, 2006).

A junção destas duas dimensões forma os quatro quadrantes do modelo. Este modelo surge assim, da necessidade de minimizar o conflito subjacente ao primeiro modelo, o qual espelhava que as organizações se querem adaptáveis à mudança e flexíveis e, em

simultâneo, estáveis e controladas. Ele foi desenvolvido para especificar o critério de eficácia organizacional.

As dimensões não são mutuamente exclusivas, isto é, cada organização expressa determinada dimensão até dado nível (Kalliath, T. *et al*, 1999). Nesta perspectiva, o modelo foi desenvolvido para especificar critérios de efectividade organizacional, e foi usado para estudar diversos aspectos organizacionais tais como o papel da liderança e efectividade, a cultura organizacional, a mudança, o desenvolvimento e o desenvolvimento dos recursos humanos (Cameron, *et al*, 1991; DiPadova, *et al*, 1993; Quinn, *et al*, 1983; Zammouto, *et al*, 1991). Outros estudos investigaram a cultura organizacional e a estratégia (Bluedorn, *et al*, 1993).

Ainda respeitante às dimensões, e nomeadamente na primeira dimensão (enfoque *interno/externo*), distingue-se entre o critério de satisfação de efectividade interna (moral das pessoas da organização, práticas de comando e rapidez e progresso do núcleo operacional) e o critério de satisfação de efectividade externa (empreendimento de missões de carácter tradicional e operações diferentes) (Quinn, 1983). Esta dimensão reflecte assim, o sistema de valores da organização.

Relativamente à segunda dimensão (*estabilidade/flexibilidade*), esta distingue-se entre acções focalizadas na clarificação e eficiência dos objectivos estabelecidos, e acções focalizadas na adaptação às pessoas e ao ambiente externo. Esta dimensão reflecte as preferências de estruturação. Uma das principais razões porque este modelo tem sido tão estudado deve-se aos valores contrastantes das dimensões.

As organizações necessitam ser *flexíveis e adaptáveis* à mudança mas também *estáveis e controladas*. As suas necessidades são de crescimento, de aquisição de recursos e de apoio externo. Ao mesmo tempo de gestão de informação e de comunicação formal rigorosa.

A eficácia dos líderes (quer sejam pessoas ou organizações) encontra-se directamente relacionada com a sua capacidade de equilibrar situações que se colocam no dia a dia, sugerindo que requisitos de elevado desempenho requerem o domínio simultâneo destas aptidões.

O modelo apresentado agrupa dois papéis de liderança em cada um dos quatro quadrantes. Cada quadrante é designado para que se distingam as suas características mais importantes (vd. Quadro nº 7).

Modelo dos quatro quadrantes:

Cada quadrante representa características e práticas que produzem diferentes formas de valor. Estes quadrantes operam essencialmente da mesma maneira para indivíduos, organizações (internamente) e mercados (externamente). As forças, fraquezas e interações destes quatro quadrantes determinam a capacidade da organização para produzir formas específicas de inovação em situações específicas.

As categorias que compõem os quadrantes são: *Colaboradora*, *Criativa*, *Competitiva* e *Controladora* (Figura nº 9). Estes quadrantes são reconhecidos pelas medidas chave, ambiente de trabalho, e comportamentos de liderança, que são tipicamente associados com cada um dos quatro tipos como boas práticas. Tal como os indivíduos, as organizações possuem características de todos os quadrantes, mas são mais fortes em alguns deles do que noutros.

Por vezes os quadrantes são opostos na natureza, ou seja, quando nós usamos um tipo de prática inovadora, nós destruimos ou enfraquecemos outros tipos de inovação. Em geral, os líderes, os colaboradores, as organizações mais efectivas têm igual proficiência em todos os quadrantes.

Os quadrantes mostram a força organizacional, isto é, as áreas onde há maior competência. Enquanto é útil gerir as forças, é também importante trabalhar com as pessoas que têm força noutros quadrantes, e assim criar um grupo de reflexão. Os estilos de liderança são uma parte da equação, como outros factores, tais como forças externas à organização. Estes factores serão determinantes para o sucesso que se terá no processo de mudança.

Existem ainda duas dimensões secundárias que levam à mudança: (i) velocidade (a rapidez com que actuamos para criar valor) e (ii) magnitude (quantidade de mudanças que temos de iniciar para criar valor).

Os líderes consideram caminhos através dos quais eles respondem naturalmente ou por antecipação de oportunidades nas suas organizações, para que haja uma efectiva criação de valor.

Quanto ao nível de análise ela pode situar-se a três níveis: (i) individual, (ii) interno das organizações e (iii) externos das organizações (nomeadamente resultados).

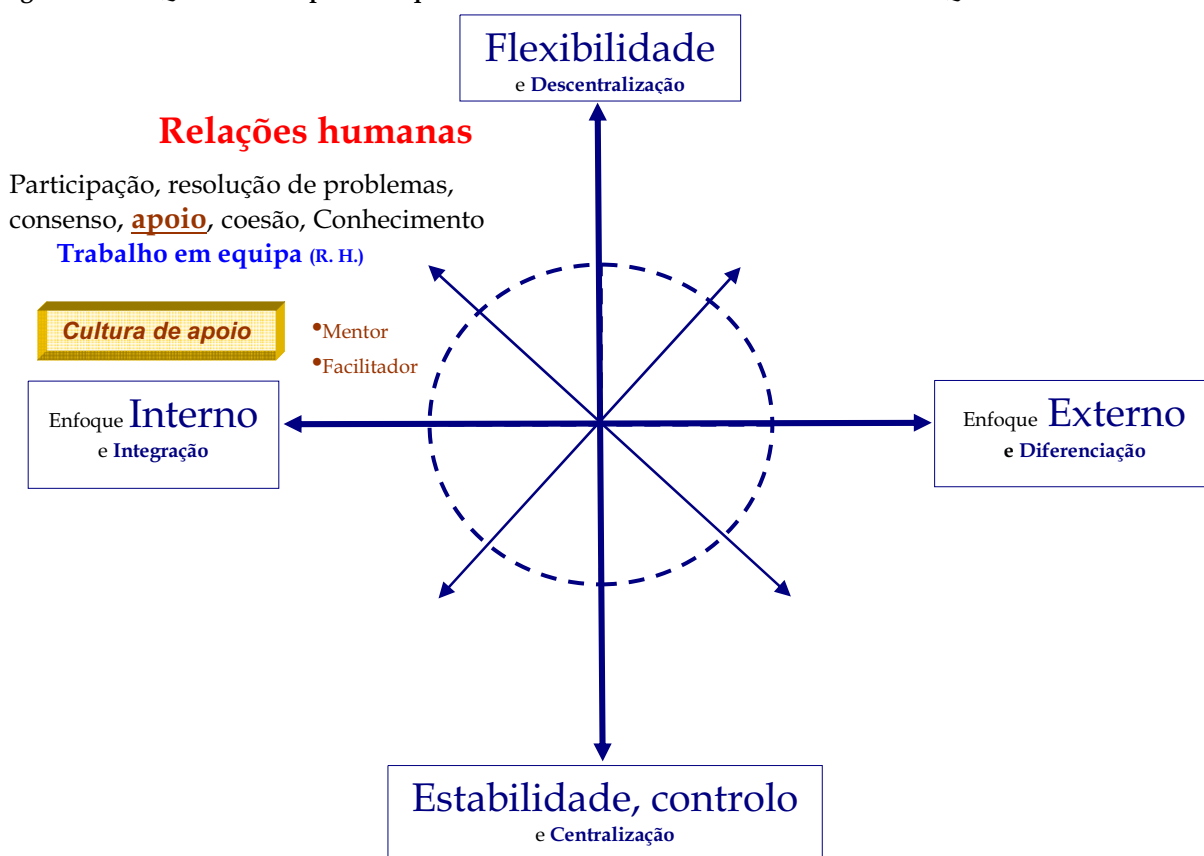
O **quadrante superior esquerdo**, referido como o que contem a perspectiva das relações humanas, vê a sua ênfase dirigida para as funções de liderança das pessoas tais como

confiança e a interacção humana (Figura nº 5). É chamado **quadrante Colaborador**. O companheirismo, aprendizagem e liderança baseada em valores, é o mais comum neste quadrante. Esta abordagem está baseada numa visão de relações humanas da organização, que enfatiza a necessidade dos recursos humanos se unirem de uma forma positiva para construir comunidades práticas cooperativas.

Este perfil põe em contacto os indivíduos com um elevado sentido de missão. Estas organizações são consideradas boas para trabalhar, dado terem em consideração um balanço entre as obrigações do emprego com a vida pessoal; onde existe desenvolvimento humano e um elevado compromisso entre todos os intervenientes.

Aqui o sentido é dado ao desenvolvimento humano, *empowerment* humano e comprometimento dos recursos humanos.

Figura nº 5 – Quadrante Superior Esquerdo do Modelo dos Valores Contrastantes de Quinn e colaboradores



Fonte: Adaptação livre de Quinn, R.E. (1983).

O *empowerment* dos colaboradores para fazerem o que julgam ser correcto é essencial para o líder colaborador. Confiança mútua e integridade são fundamentais nesta cultura, que cria indivíduos altamente empenhados. Os líderes desenvolvem as suas equipas e os membros das equipas através de práticas de ensino, educação e *coaching*. Nestas organizações os

clientes são tratados como família. Este quadrante não está focado em ganhos de curto prazo, mas sim em potencial de longo prazo.

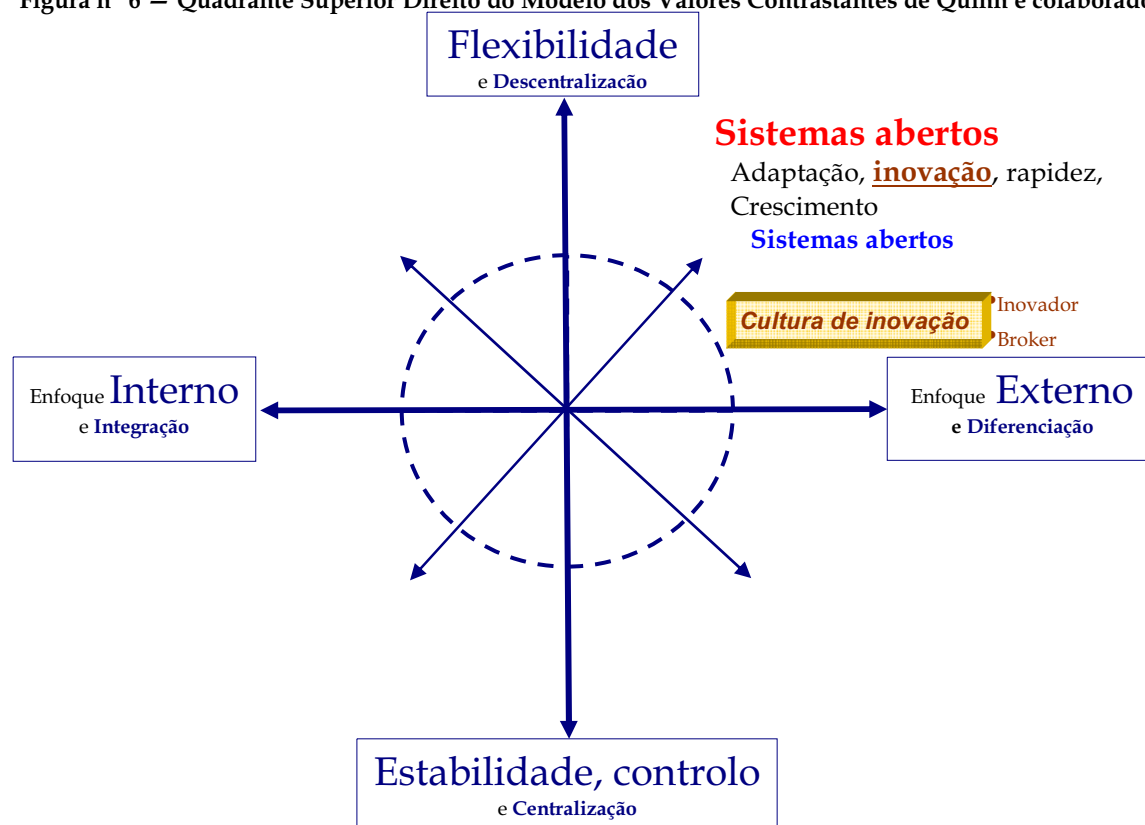
Existe uma preocupação social. Os líderes devem assegurar que novas ideias beneficiam a comunidade, e que um sistema de comunicação e participação é sensível às necessidades, capacidades e ambições de qualquer pessoa na organização.

A liderança deve dar estabilidade interna, segurança e um crescimento mesmo em momentos de insegurança. O ambiente externo é melhor gerido se houver compromissos e cooperação. Nestas organizações existem fluxos em todas as direcções organizacionais (vd. Quadro nº 14).

Os resultados estão na coesão, participação, compromisso. É colocada ênfase no enfoque interno e na flexibilidade da organização. Existe partilha de informação e participação na tomada de decisão. Os papéis aqui encontrados são o do facilitador (procura consensos e compromissos) e o mentor (preocupa-se com as necessidades individuais, escuta activa, facilita o desenvolvimento individual). Tem uma cultura tribal ou de clã.

No **quadrante superior direito**, a construção da eficácia está ligada à teoria dos sistemas abertos, ao processo de adaptação e ao ambiente externo da organização (Figura nº 6).

Figura nº 6 – Quadrante Superior Direito do Modelo dos Valores Contrastantes de Quinn e colaboradores



Fonte: Adaptação livre de Quinn, R.E. (1983).

É chamado **quadrante criativo**. Grandes mudanças, experiências radicais, especulação em novos e emergentes mercados são a alma deste quadrante.

Quadro nº 14 – Características dos quatro quadrantes de acordo com o foco, valores, líder, situação, propósito, práticas, pessoas, ambiente e medidas

<i>Quadrante</i> <i>Variável</i>	<i>Colaborador</i>	<i>Criativo</i>	<i>Competitivo</i>	<i>Controlador</i>
Foco	Values (valores)	Visão	Objectivos	Processo
Valores	Comprometimento, comunicação, desenvolvimento	Resultados da inovação, transformação, agilidade	Atingir objectivos, mais valias, <i>share</i> do mercado	A eficiência, as perdas de tempo, consistência e uniformidade
Líder	Facilitador, mentor, <i>teambuilder</i>	Inovador, <i>broker</i> empreendedor, visionário	Director, competidor, produtor	Coordenador, monitor, organizador
Situação	Comunidade unida, partilhando princípios, competências; está ligado à capacidade; identificam-se com um estilo de vida	A diferenciação cria (significativas) altas diferenciações	Partilha; competição agressiva; mercados que mudam por <i>merge</i> e aquisição; resultados rápidos	Organização em escala, regulamentação da administração, padrões determinam as práticas do negócio, o fracasso não é opção
Propósito	Comunidade, desenvolvimento e conhecimento	Inovação e crescimento	Lucro, mais valias e velocidade	Eficiência e qualidade
Práticas	Construção de equipas e desenvolvimento de comunidades, treino e <i>coaching</i> ; criam uma partilha de visão e valores, trabalham harmoniosamente no ambiente	Encorajamento para pensamentos radicais, <i>new ventures</i> , oportunidades de especulação que emergem, destruição dos modos antigos de trabalhar	Gestão do desempenho através de objectivos, aumentar margens de lucro, começos rápidos e iniciativas para aniquilar os competidores	Implementação em grande escala de tecnologia e sistemas, aplicando melhorias de processo, regulamentação, adesão a padrões
Pessoas	Confiança, entre-ajuda, resolução de conflitos, <i>empowerment</i> , participação encorajada	Visionárias, optimistas, generalistas, entusiastas, pensadoras, expressivas	Orientado por objectivos, assertivo, responsáveis, decisivas, competitivas	Metodologicamente organizadas, técnicas, práticas, objectivos, persistentes
Ambiente	Atmosfera harmoniosa, espaço de trabalho colaborativo, comunicação informal, partilha de valores	Projectos estimulantes, horários flexíveis, livres de constrangimentos diários, diversidade	Pressão elevada, movimentos rápidos, resultados qualificáveis, pagos pelo desempenho	Regras claras, objectivos lógicos, trabalho estruturado, processo de trabalho
Medidas	Satisfação profissional, “ <i>turnover</i> ” de pessoas, treino, competência, <i>peer-review</i>	Experiências diversas, novos mercados em crescimento, adopção, mais valias devido a novos serviços	Altos ganhos, mercados, retorno do investimento	Orçamento, falhas, regulamentos

Fonte: Adaptação livre de Camerom, K., *et al*, (2006)

Os líderes criativos são grandes pensadores, artistas e pessoas que arriscam. Elas adoram desafios impossíveis e tem dúzias de soluções para qualquer problema. Os departamentos

de Investigação e Desenvolvimento (I&D) são tipicamente um ambiente criativo. Aqui o sentido é dado à criação, inovação, ter uma visão do futuro, ou seja, uma mudança constante.

Indivíduos que trabalham neste tipo de organização envolvem-se em todos os aspectos destas empresas. Poder e responsabilidade fluem de indivíduo a indivíduo ou de equipa a equipa de acordo com as capacidades e o projecto que têm nas mãos. O que os/as une são a partilha de perseguir uma grande visão, objectivos impossíveis, inovação radical e cultura de risco (vd. Quadro nº 14).

O **quadrante inferior direito** é referido como o da perspectiva racional, enfatiza as tarefas das funções da liderança. Os seus objectivos são o planeamento, a direcção, a produtividade e a eficácia (Figura nº 7). É chamado **quadrante competitivo**. Aqui os fortes destroem os fracos. Estão orientados para os resultados. Gostam de desafios e de muito trabalho para ganhar.

Os líderes motivam os seus colaboradores, através de objectivos claros, para baterem a competição. Aqui o sentido é dado à competição feroz e agressiva, movimentos rápidos, jogar e ganhar, onde o consumidor tem importância redobrada (vd. Quadro nº 14).

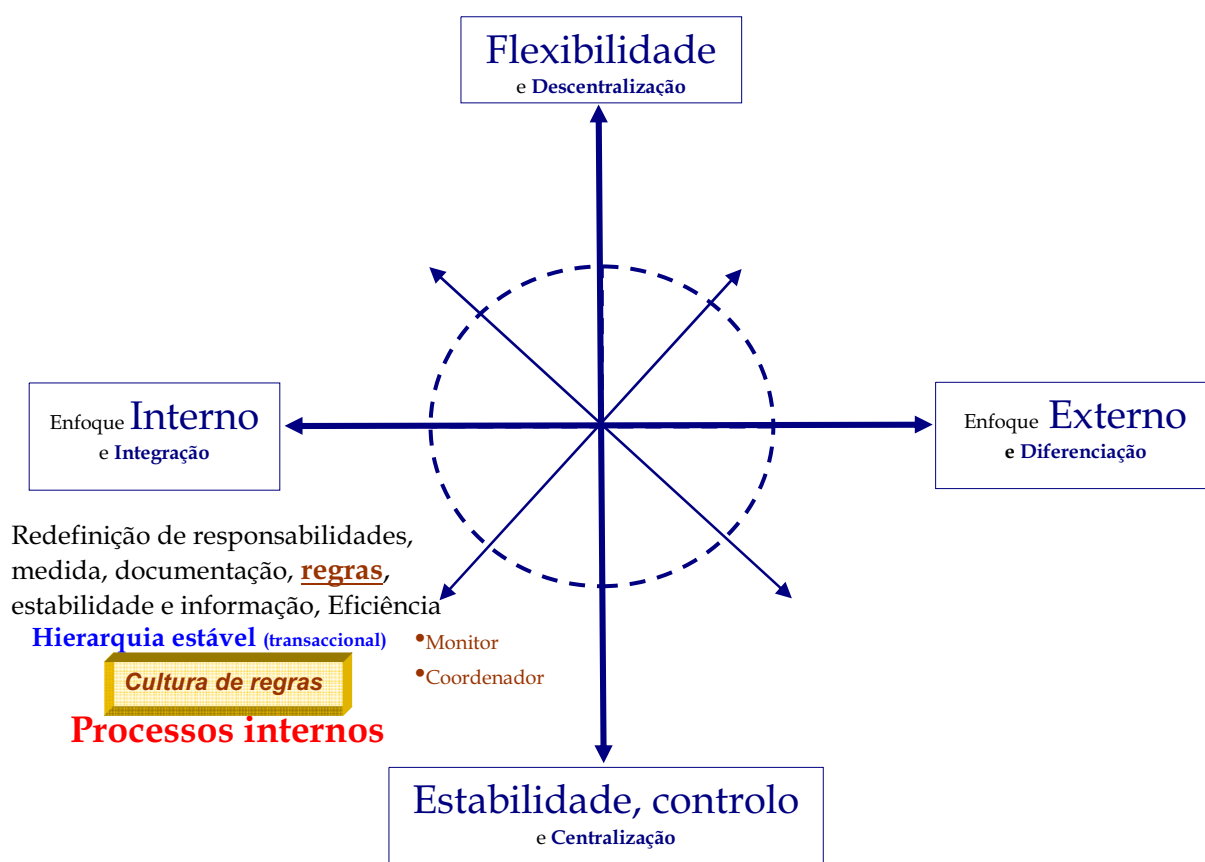
Figura nº 7 – Quadrante Inferior Direito do Modelo dos Valores Contrastantes de Quinn e colaboradores



O sucesso é medido por análise do *share*, mais valias, etc. Ele assenta na estabilidade e no enfoque externo. Os indivíduos são instruídos por uma figura com autoridade e capacidade de decisão e são premiados pelos níveis de desempenho alcançados. Este tipo de mercado tipifica valores organizacionais de competitividade e produtividade. Os papéis atribuídos à liderança são o produtor (orientado para tarefas, focalizado no trabalho, demonstra elevado interesse, motivação, energia, assume responsabilidades e envolve os colaboradores), e o director (comanda a organização, altamente competitiva).

O **quadrante inferior esquerdo** entronca na estruturação da efectividade como um modelo de processo interno e estável (Figura nº 8). É chamado **quadrante de controlador**. Tem uma visão sistemática da inovação. Através da disciplina, de processos com múltiplos passos, tal como melhoria continua. Os líderes são metódicos, pragmáticos e precisos. Estabelecem responsabilidades, distribuem papéis, sistemas e processos, de modo a que tudo seja feito correctamente. São realistas. Querem produtos com um mínimo de variações.

Figura nº 8 – Quadrante Inferior Esquerdo do Modelo dos Valores Contrastantes de Quinn e colaboradores



Fonte: Adaptação livre de Quinn, R.E. (1983).

Aqui o sentido é dado a ser a melhor, a mais barata e a mais segura, existindo controlo e eficiência, com processos adequados. Este quadrante está baseado numa abordagem para a

inovação através da tecnologia e engenharia. Medidas de controlo servem para eliminar erros e aumentar os resultados esperados (vd. Quadro nº 13).

Encontram-se dois papéis de liderança, o coordenador (coordena, resolve problemas e garante que as regras e as normas são cumpridas) e o monitor (recolhe e distribui informação, verifica o desempenho). A papéis opostos associam-se conceitos de contraditoriedade, enquanto papéis adjacentes associam-se a conceitos de semelhança. Podemos ainda considerar que ao nível da liderança, neste modelo, existe uma preocupação com as pessoas e uma preocupação com os objectivos/tarefas. Uma boa liderança é aquela que consegue integrar as duas.

Quanto às organizações, estas à medida que se vão diferenciando, a sua integração é mais difícil. Organizações com alta diferenciação e alta integração ocorrem quando existe uma cultura comum, políticas e procedimentos, estruturas organizacionais, uma visão partilhada e mecanismos integradores, ou seja, são organizações que melhor criam valor.

Figura nº 9 – Modelo dos Valores Contrastantes de Quinn e colaboradores



Fonte: Adaptação livre de Quinn, R.E. (1983).

Quanto à gestão, organizações em que a relação *output/input* é côncava, a sua criação de valor é baixa, ou seja, os *inputs* são superiores aos *outputs*. Quando nas organizações a

relação *output/input* é convexa, a criação de valor é alta, o que quer dizer que os *inputs* são inferiores aos *outputs*. Este último tipo de gestão organizacional é a adequada para se atingir uma organização criadora de valor.

2.5.2. LIDERANÇA EM CONTEXTO DE INOVAÇÃO EM ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Quando se pretende fazer uma análise do que são as organizações de saúde em termos de liderança em contexto de inovação, não podemos perder de vista as incidências, e as perspectivas, e devemos ter uma visão a três dimensões (3D) das organizações. Ou seja temos que as observar internamente, externamente, avaliar o seu passado, perspectivar o seu futuro, o ambiente onde elas trabalham, os seus colaboradores com as suas necessidades de afirmação, o accionista – estado ou privado, e o mais importante de tudo o cliente, utente, cidadão para o qual elas trabalham, e sem os quais a sua razão de existir não era nenhuma.

No entanto, as organizações vivem muito sobre si próprias, preocupam-se mais consigo do que com o seu objectivo – cuidar e tratar pessoas que recorrem aos seus serviços.

O sistema de saúde precisa de uma lufada de ar fresco. Devemos criar valor, baseado em melhores práticas, *guidelines*, focalizar no utente e ter um melhor desempenho (Porter e Teisberg, 2006; Ham, 2003).

Mas como é que isto se alcança, numa sociedade em que o lucro e o sucesso são palavras não destituídas de fundamento? Será que a saúde deve dar lucro? E terá de ter sucesso? Para quem? Accionistas, utentes ou colaboradores? A inovação que acontece neste sector deve estar associada ao lucro ou ao bem-estar e qualidade de vida do cidadão? Os recursos são cada vez mais escassos, os utentes que precisam de cuidados são cada vez mais, a longevidade das populações é cada vez maior e as patologias associadas (obesidade, diabetes, doenças oncológicas, doenças cardiovasculares, etc), são cada vez mais um reflexo dessa longevidade.

A sociedade tem que criar condições para uma melhor distribuição dos meios, uma maior solidariedade e preocupação social de modo a que com pouco se faça muito. O cerne da questão, pensamos nós está na estratégia e liderança, no modo como as organizações se adaptam às novas expectativas e necessidades – as necessidades do nosso tempo, e como elas vão desenvolver a sua actividade de um modo mais pró-activo, assertivo, em prol das populações que servem. Devem criar parcerias, ser complementares, criar sinergias, ser

adaptáveis à mudança, numa palavra ser inovadoras. Tudo isto faz parte de um paradigma novo, em que as organizações se completam e não competem, se entre ajudem e não disputam, façam com que a saúde seja um bem de mérito e não um mérito para si próprias.

A inovação nas suas múltiplas facetas é útil, quer numa perspectiva de mudança quer numa perspectiva de encontrar novas formas de desenvolver a actividade ligada à saúde de maneiras diversas.

Hoje em Portugal, os cuidados de saúde estão a evoluir em vários sentidos: (i) cuidados de saúde primários (CSP): com formação de Unidades de Saúde Familiares ¹(USF), vocacionadas para a prestação de cuidados de saúde primários aos cidadãos, propiciando condições para que cada cidadão tenha o seu médico de família, e que estes desenvolvam na plenitude tudo o que os cuidados de saúde primários tem de bom para dar às populações; a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde² (ACES) cujo sentido está mais orientado para a gestão e administração dos CSP; (ii) cuidados de saúde diferenciados: em que através de complementaridade, parcerias e diferenciação sejam colocados ao serviço dos cidadãos os melhores cuidados de saúde [encontram-se em adjudicação/construção 4 hospitais no modelo Parcerias Público Privado³ (PPP)]; (iii) cuidados continuados integrados⁴ e cuidados paliativos: com a longevidade da população e com o parco apoio que os idosos têm das suas famílias, com o aparecimento de doenças mais incapacitantes e dolorosas que levam os doentes a recorrer aos cuidados paliativos, é necessário criar estruturas de apoio a estes doentes de modo a propiciar-lhes uma melhor qualidade de vida e um fim de vida com dignidade; (iv) um *continuum* de cuidados: onde o utente tem acesso (quer sejam cuidados de saúde primários, diferenciados ou continuados), as chamadas unidades locais de saúde, onde se pode enquadrar a saúde pública, a promoção da saúde e a educação para a saúde.

Para atingir estes objectivos, os modelos de organização e gestão que hoje se encontram em cima da mesa estão a tentar desbravar novos caminhos: unidades hospitalares com maior eficiência, eficácia, acessibilidade, equidade (como exemplo temos o Hospital de S.

¹ Dec-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto: estabelece o regime jurídico da organização e funcionamento das USF e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que a constituem, bem como, remuneração a atribuir aos elementos que integram a USF de nível B.

² Dec-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro: regulamenta a criação dos ACES.

³ Dec-Lei n.º 86/2003 de 26 de Abril.

⁴ Dec-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho; Despacho de 15 de Junho de 2004 do Ministro da Saúde que cria o Programa Nacional de Cuidados Paliativos; Dec-Lei n.º 281/2003 de 8/Novembro que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados.

Sebastião — Feira⁵ e Centros de Responsabilidade Integrada⁶); unidades locais de saúde (em que os utentes têm uma porta de entrada, e depois transitam entre os vários serviços); unidades de saúde familiares (com a acessibilidade e equidade pretendida); programas nacionais de diversa ordem para dar resposta às preocupações dos nossos dias, de modo a que determinadas patologias tenham um enquadramento adequado; adaptação do normativo legal às necessidades dos nossos dias, são alguns dos enfoques tidos em consideração para que os objectivos sejam alcançados.

As unidades locais de saúde (ULS) estão ainda pouco implementadas no terreno. A experiência que existe — Unidade Local de Saúde de Matosinhos⁷ (ULSM) — tem tido algum sucesso, sendo ainda cedo para retirar ilações. Outras Unidades Locais de Saúde foram sendo constituídas: em 2007 a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano; em 2008 a Unidade Local de Saúde da Guarda, a Unidade Local de Saúde do Alto Minho e a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo e já em 2010 entrou em funcionamento a Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, não tendo no entanto condições de serem avaliadas.

No sector público, nomeadamente o sector público administrativo, existe um grande peso de leis e normas a cumprir, tornando a gestão destas unidades – hospitais – muito pesada.

Com os modelos SA e EPE, pensou-se que as organizações teriam maior flexibilidade na sua gestão. No entanto, o que se verificou e verifica é a continuação de uma máquina pesada, que muitas vezes não tem nada a haver com as necessidades de cuidados de saúde, com acessibilidade, com efectividade, com qualidade de cuidados de saúde prestados ou com uma melhor saúde para todos. É muito *economicista*.

No entanto, com a publicação, em 2002, do novo regime jurídico da gestão hospitalar, os hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde podem revestir as figuras jurídicas indicadas no Quadro nº 15.

No sector privado, os constrangimentos legais que a administração pública tem, não se aplicam, pelo que estas organizações são mais flexíveis ao nível da gestão.

Não existe nos hospitais públicos a figura de *Chief Executive Officer* (CEO) — presidente de comissão executiva. O Conselho de Administração é um órgão colegial que integra um

⁵ Dec-Lei nº 218/96 de 20 de Novembro.

⁶ Dec-Lei nº 374/99 de 18 de Setembro.

⁷ Dec-Lei nº 207/99 de 9 de Janeiro.

presidente, vogais (onde se inclui o director clínico e enfermeiro director) com funções executivas. Assim, é difícil fazer comparações e estabelecer linhas mestras nestes dois modelos de gestão.

Quadro nº 15 – Natureza jurídica (estatutos) e sua descrição

<i>Estatuto</i>	<i>Descrição</i>
Hospital SPA	Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial.
Hospital SA ⁸	Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos.
Hospital EPE ⁹	Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial.
Hospital Privado	Estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos.
Hospital Concessionado	As instituições e serviços do SNS geridos por outras entidades, públicas ou privadas, mediante contrato de gestão.
Hospital PPP	Estabelecimento público a construir em financiamento por parceria público-privado.

Fonte: Adaptação livre natureza jurídica dos hospitais em Portugal¹⁰

Quanto à inovação, as organizações do sector público pelo que ficou dito atrás, têm dificuldades em implementá-las, assim como, fazer com que o seu efeito seja duradouro. Por vezes é preciso um novo técnico ou uma nova tecnologia, mas esta tem que ser posta a concurso. O *timing* entre o sentir a necessidade e o atingir do objectivo é ultrapassado, e quando vem, pode ser tarde. No sector privado estes condicionalismos não existem.

Quanto ao planeamento, a gestão do sector público é muito volátil, com entradas e saídas de gestores e conselhos de administração, que muitas vezes vêm pôr em causa o planeamento feito por outros, assim como os constrangimentos organizacionais impostos pela tutela (Ministério das Finanças e Ministério da Saúde).

No sector privado o planeamento é feito pela *holding* (accionista) em conjunto com a organização, e no final e sempre que se julgue oportuno fazem avaliações sobre as metas traçadas e sobre se os objectivos previstos, foram ou não atingidos. Caso o não sejam, podem ser corrigidos atempadamente para evitar mais desvios.

Quanto à liderança, no sector privado existe a *holding* que emana directrizes (vd. entrevistas exploratórias no cap. IV). Nestas organizações existe um CEO que gere, que é responsável, e que exige que os objectivos sejam atingidos em função da missão, visão, objectivos e metas propostas (Guo, 2004).

⁸ Dec-Lei nº 272/2002 (272 a 302) de 9, 10 e 11 de Dezembro: transforma em Sociedade Anónima 31 Hospitais de Sector Público Administrativo.

⁹ Dec-Lei nº 233/2005 de 29 de Dezembro: transforma em entidade pública empresarial 31 Hospitais SA.

¹⁰ Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro. Aprova o novo regime jurídico de gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei nº. 48/90, de 24 de Agosto.

No sector público, existe um órgão colegial — Conselho de Administração — que administra e gere estas organizações sendo o presidente a pessoa que o representa. Este órgão colegial é uma tradição nos países europeus. Nos EUA, Canadá e em alguns países da Ásia e do Pacífico existe um CEO.

Quando se pergunta quem são os líderes destas organizações, uma grande percentagem responde ser o presidente do conselho de administração. As decisões são implementadas via *top-down*, e o presidente tem as funções de um CEO. Tanto no dia a dia como na implementação das inovações, é o presidente do conselho de administração que é o grande dinamizador, utilizando as dez premissas de Mintzberg para o líder e gestor.

Quando pensamos nas estratégias organizacionais, sob o ponto de vista da tipologia de Miles e Snow, as organizações do sector público têm características e comportamentos que se incluem nas organizações reactivas/defensivas. As organizações do sector privado são do tipo prospectivo/analisadora.

Como já foi assinalado, os serviços de saúde distinguem-se de outros serviços, entre outros aspectos, por terem por objecto o ser humano e, como tal, o grau de exigência por parte dos doentes e respectivos familiares e amigos é maior quanto aos resultados ou ao grau de eficiência e eficácia que se pretende alcançar. Isto é, o ser humano exige maior longevidade, maior qualidade de vida e, se possível, sem um grande acréscimo de custos.

Ora, por isto, existem imensos constrangimentos que são agravados por vários factores, entre os quais: (i) as entidades pagadoras diferem muitas vezes, das entidades que beneficiam do serviço; (ii) os intervenientes no processo dos serviços de saúde são vários e de características muito diversificadas: o doente, os seus familiares e amigos, os médicos, os enfermeiros, o pessoal auxiliar, o pessoal técnico especializado, os gestores ou administradores hospitalares; (iii) as entidades que prestam diversos serviços, como as farmácias ou organizações sem fins lucrativos, religiosas ou não (e as entidades que produzem os diversos equipamentos, instrumentos, aparelhos e medicamentos); (iv) as entidades reguladoras, quer a nível nacional, quer a nível europeu e mundial; (v) finalmente, o contribuinte.

Com todas estas variáveis, e sobretudo com o grande catalisador e dinamizador do processo – o doente – a inovação no sector da saúde não é linear, é complexa, difusa e tem imensas forças que interagem entre si de forma por vezes caótica.

De acordo com o National Institute of Standards and Technology, o termo ‘inovação’, refere-se a uma mudança real nos serviços e processos que criem valor para os diferentes actores (NIST, 2002). E ainda de acordo com o NIST, a inovação deve envolver uma ideia, um processo, uma tecnologia, ou um novo produto, ou que será novo na sua forma de aplicação. Contudo, a inovação nos serviços de saúde normalmente está associada à investigação e à inovação tecnológica, o que de acordo com o NIST é limitado. O conceito deverá ser alargado a todos os processos organizacionais que beneficiem da mudança, quer seja através de melhorias significativas, quer da mudança na abordagem ou nos resultados.

A inovação tecnológica trouxe um notável avanço aos serviços de saúde durante as últimas três décadas (Goodman, 1998). Este enorme avanço tecnológico melhorou a qualidade de vida das pessoas e a sua esperança média de vida. No entanto, chegou-se a um ponto, em que os doentes e os médicos exigem cada vez mais soluções inovadoras no domínio tecnológico, independentemente do seu custo. Desta forma, a tecnologia tem que ser melhor gerida porque esta passa a ser objecto de interesse de muitos grupos: fabricantes de equipamento, entidades reguladoras, médicos, doentes, administradores hospitalares, pagadores (através de impostos ou de seguros), dirigentes governamentais e outros grupos com informação suficiente para influenciar o desenvolvimento da tecnologia, a sua aquisição, o seu uso e pagamento.

CAPÍTULO III – MATERIAL E MÉTODOS

A liderança e estratégia em contexto de inovação nas organizações de saúde é um tema actual, sendo que as fronteiras entre o fenómeno e o(s) contexto(s) merecem uma análise atenta.

A informação que há sobre liderança e inovação é dispersa e pontual, pelo que este estudo pretende desbravar caminho e explorar pistas num tópico da saúde que é importante para as organizações de saúde, para os prestadoers, para os gestores, para os doentes e para os demais *stakeholders*, e que é relevante pela sofisticação tecnológica aplicada e pela utilização de processos inovadores ao nível da gestão.

Na presente investigação importa realçar alguns factores que nos fazem ponderar a questão ‘como’ que, conforme Yin (1994), leva a um estudo no sentido de *compreender* os fenómenos. E esses factores são diversos, a começar pelo escasso número de organizações de saúde: a ULSM com esta matriz organizacional em 2006 era única em Portugal; o HSS, foi o pioneiro (e pretende-se saber se ainda é considerado inovadora e com uma liderança que o permita afirmar-se como tal); o HR, por seu turno, o mais parecido com a ULSM; por fim, as duas instituições privadas – HL e HCD – representavam dois dos grupos económicos do sector privado em Portugal, em 2006). É de referir que estas organizações não formam um grupo uniforme e que, por fim, estamos a falar de fenómenos sócio-organizacionais complexos.

Assim sendo, uma abordagem mista (metodologia quantitativa e qualitativa) pareceu-nos a mais adequada. Ou seja, mais do que estabelecer uma relação entre a liderança e a estratégia com a inovação (sócio-técnica e técnico-organizacional), pretende-se com este estudo: (i) conhecer melhor a dinâmica da inovação e da sua difusão; (ii) perceber como é exercida a liderança e a estratégia em contexto de inovação.

Face ao modelo de investigação que se pretende desenvolver, à complexidade do sector da saúde, à existência de diferentes estatutos jurídicos (EPE, SPA, PPP) nos hospitais portugueses, à proliferação de tecnologias inovadoras de suporte à saúde e à inovação ao nível dos processos e da gestão, é importante abordar cuidadosamente qual a melhor metodologia para estudar as propostas de investigação delineadas.

Assim sendo, o desejo de entender e investigar um fenómeno social complexo, contemporâneo dentro do seu contexto real, e a utilização de múltiplas fontes de evidência, leva-nos a optar pelo estudo de caso.

3.1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Definiu-se como questão principal de investigação, que se pretende ver respondida no fim do trabalho a seguinte: *Como se exerce a liderança e se define a estratégia em contexto de inovação nas organizações de saúde?*

Esta questão principal de investigação classifica-se sob o ponto de vista científico/área disciplinar dominante na psicossociologia das organizações / administração de serviços de saúde e constitui o fio condutor da pesquisa, tendo sido desdobrada em:

- (i) A liderança tem impacto no processo de inovação nas organizações de saúde?
- (ii) Existem factores inibidores/facilitadores que influenciam o processo de liderança para a inovação? Se sim, quais são? Qual a sua influência?
- (iii) A inovação estará relacionada com a forma como se exerce a liderança em organizações de saúde com uma estratégia organizacional bem definida?
- (iv) A liderança influencia a descentralização ou centralização do processo de tomada de decisão na inovação em organizações de saúde com estratégias organizacionais bem definidas?
- (v) A estratégia organizacional afecta o modo como a liderança aborda a inovação nas organizações de saúde?

O problema é relevante ao nível da gestão da saúde e das matérias ministradas na formação pós-graduada de gestores de organizações de saúde.

Sendo um estudo de caso, não se deve confundir generalização analítica deste tipo de estudo, com a 'generalização estatística'. O que se generaliza, no estudo de caso, são os aspectos do 'modelo teórico'.

A relevância coloca-se porque a liderança e estratégia em contexto de inovação terá implicações: (i) económicas (o custo com incidências mais directas da sua aplicação e desenvolvimento no caso das inovações tecnológicas e um custo com incidências mais indirectas, por exemplo com novas formas de gestão, não obstante quer uma quer outra ir melhorar o desempenho da organização); (ii) legais e bioéticas (porque essas novas tecnologias — novas armas terapêuticas, novas tecnologias mais ou menos invasivas vêm colocar o problema da responsabilidade ética e bioética).

Foram estabelecidos contactos com essas cinco organizações e todas elas se mostraram disponíveis para colaborar no estudo.

Não perdendo de vista a questão de partida, o eixo central deste trabalho procura explorar e identificar os factores (facilitadores/inibidores) que se colocam a uma liderança eficaz aquando dum processo de inovação, facilitando-a ou dificultando-a. Desse eixo emerge um conjunto de dados considerados verdades indiscutíveis e imprescindíveis para desenvolver este trabalho – os pressupostos teóricos.

Assim, consideramos como pressupostos deste trabalho: (i) o complexo e problemático processo de inovação e a diversidade cultural e profissional que estão presentes no funcionamento interno das organizações; (ii) a cultura organizacional enquanto factor integrador do meio organizacional interno e externo, através da criação de padrões de liderança, de comunicação e de integração, estabelecimento de normas, atitudes, valores e esquemas cognitivos de interpretação da realidade, em organizações com uma estratégia organizacional bem definida; (iii) a integração profissional, na rede de relações quotidianas de trabalho e nas estruturas da organização, variando em função de uma aprendizagem cultural, sendo a liderança numa organização fundamental para este efeito; (iv) a estratégia organizacional dependente do meio ambiente; (v) o facto de a liderança e estratégia em contexto de inovação ser um factor decisivo para se ter ganhos em saúde, nas organizações de saúde onde as estratégias, apesar de definidas, estão pouco implementadas.

3.2. OBJECTIVOS

Tendo como linha orientadora a questão principal de investigação ou de partida, traçamos como **objectivo geral** deste trabalho: Esclarecer a natureza da liderança e estratégia em contexto de inovação nas organizações de saúde, onde existe uma estratégia organizacional.

E como **objectivos específicos**:

- (i) Identificar e descrever comportamentos e práticas do processo de liderança e inovação, em organizações de saúde com estratégias bem definidas;
- (ii) Reconhecer factores inibidores e facilitadores do processo de liderança e inovação;
- (iii) Identificar potenciais tipos de estratégias organizacionais nas organizações de saúde portuguesas;

- (iv) Identificar os actores (elementos do conselho de administração, médicos, enfermeiros, e outros colaboradores; que cargo e que função exercem; se pertencem ao *line* ou ao *staff*) que lideram a inovação;
- (v) Conhecer como é que os líderes que exercem autoridade formal (actores com poder formal) reagem a inovações;
- (vi) Identificar as culturas potenciadoras de gerar inovações;
- (vii) Identificar capacidades de liderança criadas pela inovação.

3.3. PROBLEMÁTICA TEÓRICA (TRÍADE ESTRATÉGIA – LIDERANÇA – INOVAÇÃO)

Estratégias bem definidas e implantadas constituem factores fundamentais para que as organizações de saúde sejam bem sucedidas nos seus propósitos, mercê do maior alinhamento interno à volta dos seus objectivos globais, do posicionamento da organização em relação ao seu ambiente de actuação e da manutenção da coerência ao longo do tempo.

O reconhecimento da importância da administração estratégica vem crescendo exigindo das organizações um acelerar do ritmo das transformações no ambiente empresarial. Nesse sentido, foi desenvolvida uma **tipologia** de comportamento estratégico com base na capacidade de resposta das organizações às condições de mudança do ambiente (Miles & Snow, 2003).

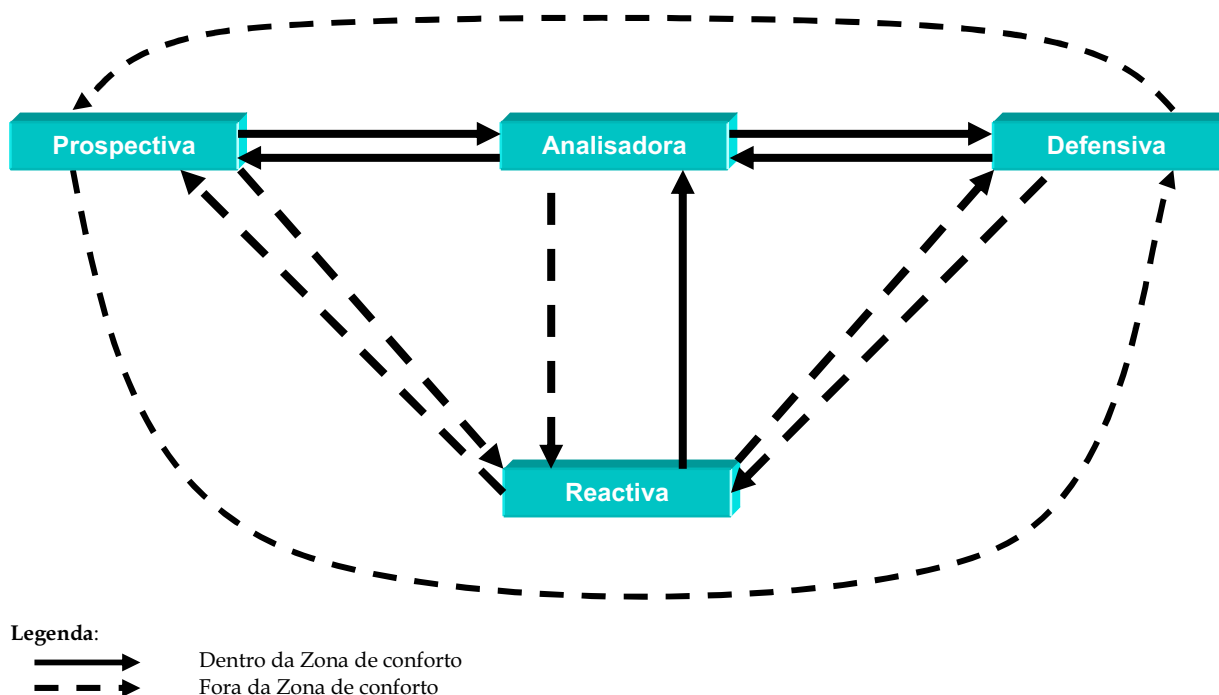
O conceito de escolha estratégica sustenta que a efectividade da adaptação depende da percepção do grupo das condições ambientais e das decisões que tomam, ou seja, como se ajustará a organização nessas condições. Embora os três problemas – empreendedorismo (ou empresarial), engenharia (ou tecnológico) e administração (ou organizacional) – estejam interligados, eles serão explicados individualmente (vd. Figura nº 2 – ciclo adaptativo e Quadros nº 3, 4 e 5 das características das organizações no Cap. II).

De acordo com a adaptação que fizemos do modelo de Miles & Snow (2003), as organizações, ao decidirem mudar de uma orientação para outra, fazem-no dentro de ‘zonas de conforto estratégico’ (vd. Figura nº 10). A teoria postula que uma organização para ser superior, deve efectuar uma clara e directa sobreposição entre (i) missão/valores; (ii) estratégia básica fixada e (iii) estratégias funcionais (comportamento da organização).

De igual forma podemos observar como se caracteriza a liderança nas organizações de saúde, através do modelo adaptado de Quinn *et al* (1996), (vd. Figura nº 3, Quadros nº 7 e 13

no Cap. II) ou modelo adaptado dos Valores Contrastantes (*Competing Values Framework*), conceptualizado por Quinn e Rohrbaugh (1983), e que emergiu da investigação desenvolvida para a compreensão da eficácia organizacional. A Figura nº 5 do capítulo II, expressa o modelo dos valores contrastantes estruturado, derivado do modelo inicial desenvolvido por Quinn e Rohrbaugh (1983).

Figura nº10 – Os quatro tipos de orientações estratégicas (e o reflexo das 'zonas de conforto estratégico')



Fonte: Adaptação livre de Shortell, S.; Kaluzny, A. - *Health care management, organization design and behaviour*. 4 Ed. Delmar ed. 2006.

O modelo apresentado agrupa dois papéis de liderança em cada um dos quatro quadrantes. Cada quadrante representa características e práticas que produzem diferentes formas de valor. Estes quadrantes operam essencialmente da mesma maneira para indivíduos, organizações (internamente) e mercados (externamente).

As forças, fraquezas e interações destes quatro quadrantes determinam a capacidade da organização para produzir formas específicas de inovação em situações singulares. As categorias que compõem os quadrantes são: Colaboradora, Criativa, Competitiva e Controladora. Os quadrantes mostram a força organizacional, isto é, as áreas onde há maior competência.

Pretendemos desenvolver o trabalho de campo em três fases: (i) dado ser um estudo de caso com características descritivas e exploratórias, a quando da revisão da literatura desejamos

efectuar entrevistas exploratórias a elementos de 12 unidades de saúde do sector público e privado que funcionam como peritos ou actores-chave; (ii) efectuar um inquérito por questionário de auto-resposta a elementos (chefias intermédia – directores de serviço, enfermeiros chefe, administradores de área e alguns membros dos conselhos de administração) das unidades seleccionadas como casos para o nosso estudo, entrevistas em profundidade aos presidentes dos Conselhos de administração, assim como observação directa e estruturada aquando da nossa presença nessas unidades de saúde; (iii) ouvir os conselhos de administração dos cinco casos sobre as conclusões preliminares, para um comentário sobre as mesmas.

3.4. MODELO DE ANÁLISE

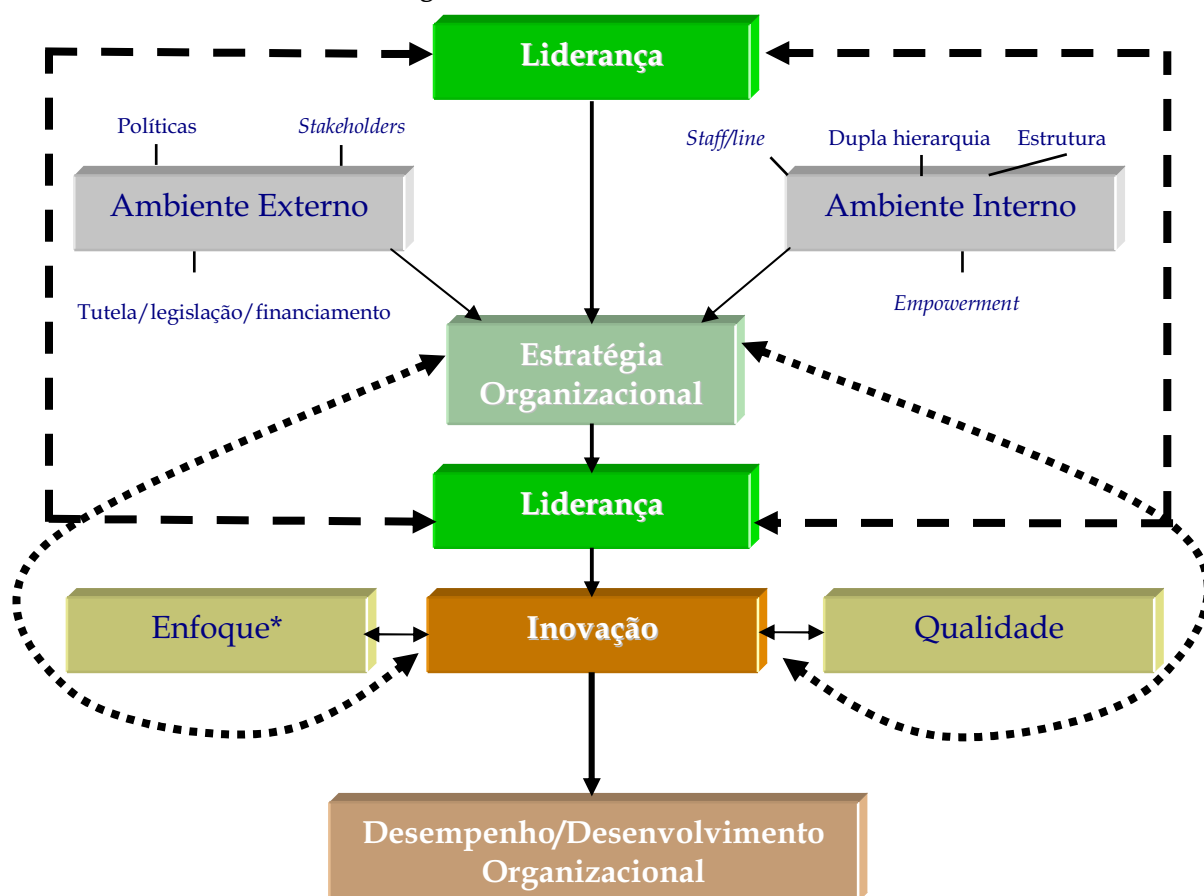
No estudo efectuado, considera-se que a organização – unidade de saúde – é a unidade em análise no presente estudo, e que esta é influenciada na sua estratégia pelo ambiente externo e pelo ambiente interno (quer ao nível da liderança quer pela inovação/mudança que pode ser motivada por elementos internos ou externos) (vd. Figura nº 11). Esta estratégia tem como objectivo último estabelecer as melhores práticas para o melhor desenvolvimento organizacional, com vista a que a(s) unidade(s) de saúde tenham o melhor desempenho. Em resposta a esta estratégia organizacional, a liderança, através de um sistema de retro-alimentação ou *feedback* positivo deve novamente colocar a ênfase na estratégia organizacional.

Existe uma necessidade de inovar e mudar a estratégia organizacional em resposta às exigências e oportunidades do (i) ambiente interno (*staff/line* – técnicos de saúde/administradores; dupla hierarquia – direcção médica/direcção de enfermagem; estrutura (mais ou menos verticalizada); *empowerment* – tanto do utente/*stakeholders* como certas profissões ligadas à saúde/associações de doentes); (ii) ambiente externo (políticas; *stakeholders* – ordens profissionais, associações de doentes, sindicatos, enfim, a sociedade; os organismos que tutelam/legislam/financiam as organizações de saúde), bem como à liderança que é exercida.

Esta inovação exige que a estratégia mude. Evolui posteriormente para um melhor desempenho organizacional, utilizando ferramentas de qualidade, e tendo como enfoque os valores, a visão, os objectivos e os processos das organizações de saúde. Atinge-se assim, um grau de desempenho organizacional elevado, não podendo no entanto a organização

parar. Estas organizações são sistemas complexos, sócio-técnicos, abertos e como tal estão continuamente a ajustar-se ao ambiente que as rodeia.

Figura nº11 – Modelo de Análise



*-valores, visão, objectivos, processos

Para o presente estudo equacionou-se um elevado número de variáveis que, directa ou indirectamente influenciam a estratégia, inovação e liderança das organizações de saúde (vd. Quadros nº E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7 e E8 no Anexo E). Nestas tabelas as variáveis estão classificadas quanto à área temática, a sua localização nas questões do questionário, tipo de variável e a sua categoria ou valor.

Em relação ao tipo de variáveis apresentadas, elas são qualitativas ordinais, nominais, categoriais e de intervalo. Na categoria ou valor, e porque sendo a maior parte das questões fechadas na escala ordinal, os elementos são atributos ou qualidades, os números servem apenas para identificar ou categorizar os elementos. Assim sendo, as variáveis nominais dicotómicas e as variáveis medidas em escala ordinal podem tomar diferentes graus, isto é, nestas últimas podem ser distinguidos diferentes graus de um atributo, existindo entre eles

uma relação de ordem. Os números são associados de modo a que a relação de ordem se continue a manter.

3.5. DESENHO DE ESTUDO

O *caso* deve ser tratado como sistema integrado. Isto significa que os dados daqui resultantes, embora constituam novas formas de conhecimento sobre o tema, não são representativos de toda a problemática num contexto mais alargado, dizem respeito ao caso em estudo no seu contexto próprio (Stake, 1995). O estudo de caso ultrapassa toda e qualquer forma de história ou descrição de acontecimentos ou circunstâncias, uma vez que os dados são recolhidos sistematicamente, a relação entre as variáveis é estudada e o estudo é planeado metodicamente (Baxter e Jack, 2008).

Apesar de tudo o estudo de caso é susceptível de críticas: (i) falta de rigor; (ii) influência do investigador – falsas evidências, visões enviesadas; (iii) pouca base para generalizações e poucos contributos para o conhecimento; (iv) extensão excessiva e consumo de muito tempo para ser concluído; (v) utilidade limitada à elaboração de hipóteses (Flyvbjerg, 2006).

Os instrumentos de investigação colocam em evidência interações e acontecimentos numa determinada situação real e permitem a identificação desses mesmos processos interactivos, o que poderia passar despercebido num estudo de maiores dimensões. Neste estudo, não se exclui a observação directa e estruturada como método de colheita de dados em detrimento da entrevista em profundidade, dado ser de todo o interesse explorar situações de interacção e de convivência diária, de forma a entender o processo de liderança e estratégia em contexto de inovação.

Eisenhardt e Bourgeois (1989), num estudo realizado junto de empresas de microcomputadores, utilizaram como fonte de dados: (i) entrevistas aos presidentes das empresas (n=8); (ii) entrevistas exploratórias (divididas em duas partes) aos outros membros da direcção da empresa (n=33); (iii) inquérito por questionário a toda a equipa da direcção da empresa; e (iv) exploração de dados secundários. Finalmente, estes autores observavam e descreviam um dia de trabalho dos gestores.

A exploração duma situação real num determinado contexto permite desenvolver, esclarecer ou modificar noções e ideias acerca do fenómeno estudado, e podem constituir a primeira etapa de pesquisas mais amplas.

Neste sentido, adaptou-se a metodologia de estudo de caso, onde algumas organizações serão estudadas e observadas as questões que se pretendem estudar. Esta metodologia aplica-se quando o foco da investigação está em responder ao *como* e ao *porquê* (Graça, 2009a).

Pretende-se estudar as instituições seleccionadas através de conjuntos de actores-chave. Optou-se pelo inquérito por questionário de administração directa (ou de auto-resposta), dado ser uma técnica adequada ao estudo que se pretende efectuar. Apesar de ser uma das técnicas mais utilizadas na investigação empírica em vários campos do conhecimento (Ghiglione e Matalon, 2001), só deve ser utilizada para recolha de factos sobre fenómenos que não são directamente mensuráveis ou observáveis do exterior.

Assim, o que se pretende identificar, descrever ou avaliar é: (i) a importância dada à inovação, à liderança e à estratégia por parte das administrações; (ii) os factores (inibidores/facilitadores) que influenciam o processo de liderança para a inovação; (iii) em que medida a estratégia organizacional afecta o exercício da liderança em contexto de inovação nas organizações de saúde.

É, no entanto, uma técnica que tem limitações quanto ao grau de profundidade da informação que se recolhe. Apresenta como desvantagens, entre outras: (i) menor espontaneidade na resposta; (ii) menor garantia de resposta completa ao questionário; (iii) não-garantia de que a ordem sequencial das perguntas é respeitada (por se tratar de um questionário de auto-administração ou de auto-resposta); (iv) possibilidade de menor resposta completa ao questionário; (v) dificuldade de concepção. Como vantagens teremos entre outras: (i) maior cobertura da população com um mínimo de custos; (ii) maior garantia de sigilo e anonimato; (iii) maior uniformidade na maneira como as questões são postas aos inquiridos; (iv) sistematização; (v) maior simplicidade de análise; (vi) maior rapidez na escolha e análise dos dados (Graça, 2009b).

Adoptou-se uma configuração mista (qualitativa e quantitativa) e de natureza descritiva, na medida em que para a análise e avaliação, quer do tipo de liderança, quer da inovação organizacional, implica não só uma descrição pormenorizada do objecto de estudo num certo contexto, mas também se pressupõe a introdução de uma estratégia comparativa entre as cinco unidades hospitalares, os três modelos de gestão e entre os colaboradores: *Staff* (médicos e enfermeiros) e *Line* (Conselho de Administração e administradores).

Foram assim seleccionados os colaboradores de serviços das cinco unidades hospitalares, cujos critérios de inclusão foram: (i) serem prestadores directos de cuidados, integrando chefias intermédias (médicos directores de departamento ou de serviço, enfermeiros chefes/coordenadores e administradores de áreas administrativas); (ii) estarem a trabalhar no período de entrega dos questionários; (iii) aceitarem participar voluntariamente no estudo, sendo o seu consentimento de resposta precedido de informação sobre o âmbito e finalidade do estudo.

A produção de conhecimentos resultante das definições destes actores, tendo em conta a sua subjectividade e a sua experiência individual, remete para um estudo de carácter misto, ou seja, a integração dos dados qualitativos e quantitativos num único estudo, ou seja, o investigador mistura aspectos dos paradigmas qualitativo e quantitativo em todos ou alguns dos passos do desenho de estudo (Creswell, 1994).

Os métodos qualitativos adequam-se melhor à pesquisa exploratória, susceptível de encontrar pistas ou gerar hipóteses de investigação, enquanto que os métodos quantitativos são necessários, quando tal área amadurece para propósitos de verificação (Polit, 1995; Bogdan e Biklen, 1994). As análises quantitativas podem auxiliar também a esclarecer e dar forma às descobertas obtidas em análises qualitativas.

A pesquisa quantitativa assume-se como um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, e é baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador, sendo que esta abordagem, reflecte um processo complexo, que conduz a resultados que devem conter o menor enviesamento possível (Fortin, 1999). No paradigma quantitativo os investigadores recolhem os dados e procuram estabelecer relações entre eles, são utilizadas técnicas que conduzem a conclusões quantitativas e se possível generalizáveis (Bell, 2002).

Efectuaram-se várias entrevistas exploratórias, aquando da revisão da literatura (vd. Cap. II), a elementos dos Conselho de Administração de diversos hospitais públicos e privados, assim como directores de serviço, enfermeiros chefe e administradores de área, com vista a fazer um levantamento sobre as estratégias, a liderança e a inovação, e como elas se desenvolvem na organização.

No que diz respeito à problemática apresentada e pela base teórica revista, elaboramos um estudo com as seguintes características: (i) *Exploratório* — porque é um estudo de caso e o que se pretende responder é ao ‘como se exerce a liderança e se define a estratégia em

contexto de inovação em organizações de saúde'; (ii) *Descritivo* – visto se propor estudar a liderança em contexto de inovação em organizações de saúde e a sua estratégia.

3.6. MÉTODOS E TÉCNICAS DE RECOLHA DE DADOS

Foi utilizada a revisão da literatura para ter acesso a um maior número do que aquela que poderia pesquisar directamente.

Utilizaram-se técnicas qualitativas, o que passou pela aplicação de entrevistas estruturadas (aos membros do Conselho de Administração), análise documental, observação directa, e, complementarmente com aplicação de um inquérito por questionário a Administradores, directores clínicos adjuntos e enfermeiros directores adjuntos, Directores de Departamento e de Serviço, assim como enfermeiros chefe e coordenadores, afim de aprofundar a qualidade e a quantidade das informações.

Foi assim estabelecida uma estratégia de estudo, centrada numa abordagem qualitativa que não negligencia os aspectos quantitativos, tendo como objectivo a caracterização da liderança e estratégia em contexto de inovação nas organizações de saúde.

3.6.1. ENTREVISTAS EXPLORATÓRIAS

Foi elaborado um guião de entrevista (vd. Anexo D2), para as entrevistas exploratórias a directores de serviço, enfermeiros chefes, administradores e a alguns membros do conselho de administração, onde se pretendia dar resposta às questões levantadas pelos três grandes temas: (i) a liderança; (ii) a estratégia organizacional e (iii) a inovação. As entrevistas realizaram-se entre Março e Julho de 2007.

O tratamento dos dados recolhidos através das entrevistas realizadas foi feito através dum método qualitativo – a análise de conteúdo, dado que, mais do que um método, é uma técnica de tratamento de informação.

A análise de conteúdo foi realizada tendo em conta os objectivos já apresentados. Assim, após uma leitura geral das entrevistas obtidas, procedeu-se à retenção e posterior sistematização da informação recolhida. A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia) com os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de

registo) sob um título genérico, agrupamento esse, efectuado em razão dos caracteres comuns destes elementos.

Na construção das diferentes categorias existiu a preocupação de responder às cinco qualidades que as categorias devem de possuir: a exclusão mútua, a homogeneidade, a pertinência, a objectividade/fidelidade e, por último, a produtividade.

Realizaram-se 33 entrevistas a elementos do conselho de administração de 18 instituições de saúde – hospitais e *holdings* de dois grupos económicos (vd. Quadro nº G1 no Anexo G).

O tempo previsto para a realização de cada entrevista era de 30 minutos, tendo no entanto variado entre 45 a 90 minutos.

Apesar da organização e codificação dos dados, foi por vezes necessário recorrer à releitura das entrevistas para certificação do significado das declarações. As declarações que contêm o mesmo significado não serão citadas na apresentação e discussão dos resultados, de forma a não tornar nem repetitiva nem cansativa a sua leitura e interpretação.

Após a revisão da literatura, complementada pela análise de conteúdo às entrevistas semi-estruturadas, sentiu-se a necessidade de elaborar um questionário que permitisse uma mensuração mais objectiva dos aspectos em estudo (sabendo a opinião de outros colaboradores), de modo a responder com mais eficácia à questão de investigação.

3.6.2. OBSERVAÇÃO DIRECTA E ESTRUTURADA

A observação directa e estruturada foi uma das técnicas escolhidas como técnica de recolha de evidência. Pretendeu-se ultrapassar o papel passivo do simples observador e, assim, poder assumir algum tipo de *participação* em algumas situações, que de outro modo seriam inacessíveis à investigação.

A observação directa e estruturada, em relação a outras modalidades de observação, apresenta vantagens e desvantagens. As principais vantagens são (do autor, face à experiência vivida): (i) permitir ver *in loco* a realidade das organizações; (ii) facilitar o rápido acesso a dados sobre situações habituais em que os membros das organizações se encontram envolvidos; (iii) possibilitar o acesso a dados que a organização ou colaboradores considera de domínio privado; (iv) possibilitar captar as palavras de esclarecimento que acompanham o comportamento dos observados (Graça, 2009a).

As desvantagens da observação directa e estruturada referem-se especialmente às restrições determinadas pela assunção de papéis pelo investigador como profissional de saúde. A informação recolhida desta forma reflecte a percepção de uma realidade vista ‘por dentro’.

Certos cuidados foram tomados de forma a evitar a preponderância do papel *participante* face ao de *observador*, nomeadamente o de seguir um cronograma previamente traçado.

Foram incluídas, nas notas de campo (NC), vd. Anexo F, informações, actividades e comportamento dos intervenientes nesse processo, e que se iam observando ao longo do tempo. Durante o período de observação foi adoptada uma postura passiva, sem interferências ou interacções, dado o estatuto organizacional do observador. Elas apresentam um número sequencial e distribuem-se pelos três aspectos a estudar (estratégia, inovação e liderança).

Observou-se o comportamento e atitudes dos colaboradores em face a certas informações que foram sendo dadas pelo conselho de administração e o modo como o conselho de administração resolveu certas questões colocadas por directores de serviço, e observou-se as mudanças organizacionais (inovação) que entretanto se foram implementando. Neste âmbito, a observação directa e estruturada focalizou-se em três grandes temas: (i) a estratégia organizacional; (ii) a liderança e (iii) a inovação e (iv) a liderança e estratégia em contexto de inovação.

3.6.3. ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE

Recorreu-se também a esta técnica de colheita de dados, porque: (i) possibilita a obtenção de dados referentes aos mais diversos aspectos da vida social; (ii) faculta a obtenção de dados em profundidade acerca do comportamento humano; (iii) e permite que os dados obtidos sejam susceptíveis de classificação e de quantificação.

Só dando voz aos protagonistas é possível extrair a riqueza das suas expressões e agrupar informações sobre o que os indivíduos pensam, conhecem, sentem e percebem; só ouvindo os interlocutores é possível chegar aos dados que traduzem a realidade. Assim sendo, o investigador dispõe de uma série de perguntas – guias, relativamente abertas, a propósito das quais é imperativo receber uma informação da parte do entrevistado.

Efectuaram-se três entrevistas que funcionaram como pré-teste a fim de avaliar o guião da entrevista, das quais resultou um ajuste, em termos de tempos e assuntos abordados, relativamente aos objectivos da pesquisa empírica, cujos dados não foram utilizados.

Do ponto de vista técnico a grande maioria das entrevistas não foram gravadas, por não obter a concordância de todos os entrevistados, comprometendo-se o entrevistador a respeitar o conteúdo das mesmas.

Foi elaborado um guião para entrevista em profundidade aos membros do conselho de administração, (vd. Anexo D3), que se realizaram entre Março e Julho de 2008. Para efectuar estas entrevistas em profundidade foram consumidas aproximadamente 24 horas (média de 2 horas por entrevista); como elas se desenrolaram de norte a sul do país foram necessários cerca de 10 dias em deslocações. No tratamento das mesmas foram consumidas cerca de 60 horas.

3.6.4. INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO

A recolha de dados efectua-se por questionário de administração directa (ou de auto-resposta). Esta opção relaciona-se sobretudo com a dimensão da unidade de análise, com os custos relativamente baixos e com o perfil dos respondentes.

Ao questionário juntou-se uma pequena nota de apresentação do mesmo, do investigador e do tema, incluindo as instruções de preenchimento e os contactos para eventuais esclarecimentos. Simultaneamente entregou-se um envelope onde o respondente coloca o questionário preenchido, de modo a ser devolvido em envelope fechado.

O questionário foi construído e aplicado de modo a poder dar resposta às questões sobre liderança, inovação e estratégia nas organizações de saúde quer públicas quer privadas, e inspirou-se, nomeadamente, na tipologia de Miles & Snow e no modelo dos valores contrastantes de Quinn (vd. Anexo D1).

Não havendo questionários já testados e aferidos para os modelos que se pretendiam estudar para o sector da saúde, optou-se por criar um questionário único que incluísse os dois modelos e que permitisse estudar a estratégia, a inovação e a liderança. No entanto, e dado o sector da saúde a quem se dirigia (conselhos de administração e gestores - médicos, enfermeiros e coordenadores - e chefias intermédias, foram reformuladas algumas questões, de modo a ser mais prático e facilitar o seu preenchimento, e ter uma melhor aceitação por parte daqueles.

O instrumento de colheita de dados, é constituído por diferentes questões, as quais foram elaboradas tendo por base diferentes instrumentos publicados.

Assim foi, tido em conta o inquérito por questionário efectuado por Shortell e Zalac (1990), para o modelo de Miles & Snow. Foram igualmente considerados para o modelo do *Competing Values* de Quinn, questões sobre as características dominantes, o líder organizacional, a integração, o clima, os critérios e o estilo de gestão das organizações.

As questões sobre estratégia basearam-se no questionário *Strategic Capability Survey* desenhado por Malcolm Macpherson, da Nova Zelândia (MacPherson, 2001), em que algumas das questões foram adaptadas para o caso em apreço. De igual modo as questões sobre inovação basearam-se no questionário de *Permanent Innovation Survey* (South Ásia. Innovation Labs, 2007). Por último as questões sobre liderança basearam-se no *Healthcare Organization Survey for Senior Leadership* (RAND, 1999).

Para alcançar os objectivos definidos, seleccionaram-se previamente as dimensões que se adequavam à tipologia de Miles & Snow. Assim, distinguiram-se os três tipos de dimensões (empresarial — **DE**, tecnológica — **DT**, administrativa — **DA**) associadas ao ciclo adaptativo.

Na revisão da literatura, refere-se que Miles & Snow (2003) afirmam que o processo de adaptação entre a organização e a envolvente externa assenta, essencialmente, no comportamento que a gestão de topo procura consistente e sistematicamente adoptar, para responder às questões empresarial, tecnológica e administrativa, do que resulta a identificação de um conjunto de dimensões associados a cada um delas e que esteve na base do questionário (Quadro nº 16).

No que se refere à dimensão empresarial (**DE**), pode distinguir-se quatro categorias, a saber: (i) **DE1**; (ii) **DE2**; (iii) **DE3** e (iv) **DE4**. Pela ordem indicada, considera-se que a primeira compreende a escolha estratégica dos domínios em que a organização pretende actuar. A segunda capta a predisposição organizacional para a mudança. A terceira, o crescimento e o seu direccionamento. Por último, a quarta, obtém os sinais do mercado (amplitude e intensidade).

A dimensão tecnológica (**DT**) compreende três categorias. A **DT1** determina a característica principal associada à elaboração dos processos que regem as actividades da organização, designada de objectivo tecnológico. As outras, mais específicas, e que serão designadas **DT2**

e **DT3**, assumem particular relevância no âmbito produtivo das organizações, compreendendo, a amplitude das tecnologias e o modo característico da actuação, respectivamente.

Quadro nº 16 – Dimensões do ciclo adaptativo e características dos tipos estratégicos organizacionais

Estratégias Tipo Dimensão	ESTRATÉGIA ORGANIZACIONAL			
	<i>D – Defensiva</i>	<i>P – Prospectiva</i>	<i>A – Analisadora</i>	<i>R – Reactiva</i>
DE – Dimensão empresarial				
DE1 – Domínio	Focalizado/nichos	Expansão contínua e alargada	Seleção resultante de segmentação cuidadosa e ajustada	Relativamente acidental e transitório
DE2 – Atitude	Conservadora – alta qualidade dos produtos	Inovador – iniciador da mudança	Seguidor racional da mudança	Seguidor de impulsos
DE3 – Monitorização	Apenas nos segmentos tradicionais	Pesquisa intensa no mercado	Orientado para a competitividade	Esporádico – conjuntural
DE4 – Crescimento	Maior penetração nos segmentos tradicionais	Desenvolvimento e diversificação de produtos/mercados	Penetração agressiva e desenvolvimento cuidadoso de novos produtos/mercados	Mudanças bruscas
DT – Dimensão tecnológica				
DT1 – Objectivo tecnológico	Eficiência dos custos	Flexibilidade e inovação	Eficiência dos custos e flexibilidade, procura de sinergias	Permite respostas rápidas face a ameaças e oportunidades
DT2 – Extensão tecnológica	Focalizado na tecnologia tradicional/especialização	Tecnologias múltiplas	Tecnologias relacionadas	Mudança de aplicações tecnológicas
DT3 – Postura tecnológica	Padronização e programas de manutenção	Pessoal técnico habilitado e diversificado	Desenvolvimento incremental e procura de sinergias	Capacidade de experimentação e rápidas soluções
DA – Dimensão administrativa				
DA1 – Áreas dominantes	Finanças e produção	Marketing e/ou I&D	Em função das características do domínio final/produto ou marketing/I&D	Varia segundo as ameaças e oportunidades percebidas
DA2 – Planeamento	Tradicional – estruturado, avaliação e controlo	Prospectivo – permanente ajustamento face a novos dados	Articulação e programação de acções de suporte à inovação	Orientado para resolução de problemas críticos
DA3 – Estrutura	De tipo funcional	Centrado nos produtos e mercados	De tipo matricial	Volátil. Reestruturações frequentes
DA4 – Controlo e coordenação	Centralização hierárquica, elevados índices de padronização, formalização e especialização	Elevada descentralização, fraca formalização, padronização e especialização	Elevada centralização nas áreas funcionais e descentralização nas áreas de produto/mercado	Variável

Por último, a dimensão administrativa (**DA**), que compreende quatro categorias. A **DA1** compreende as áreas da organização que têm maior influência nas decisões estratégicas e às quais a gestão de topo dedica maior atenção (áreas dominantes). A **DA2**, tem na sua composição, basicamente, diferentes objectivos e metodologias de planeamento. A **DA3**, está associada ao tipo básico de *design* organizacional que foi adoptado. A **DA4** é última,

compreende os mecanismos reguladores do funcionamento da organização, como sejam a formalização e centralização.

De salientar que quando foi apresentado o projecto de doutoramento, solicitada a autorização aos Conselhos de Administração para a realização de parte do trabalho de campo e construído o questionário, foi colocado como título da dissertação de Doutoramento “Liderança na Inovação, o novo paradigma dos serviços de saúde Portugueses”. No entanto, houve uma alteração do título, que passou a ser “*Liderança e estratégia em contexto de inovação nas organizações de saúde: estudos de caso*”, dado se ter verificado que como estudo de caso seria mais adequado, traduzindo melhor o conteúdo da dissertação.

3.6.5. PRÉ-TESTE

Depois de redigido, mas antes de ser aplicado definitivamente, o inquérito por questionário passou por uma prova preliminar (pré-teste) com a finalidade de detectar falhas ou imprecisões e prevenir o risco de enviesamento.

Há duas fases no pré-teste de um questionário: (i) refere-se a cada questão ser considerada por si só; (ii) ao questionário na sua totalidade e às condições da sua aplicação. Qualquer questionário precisa de ser testado antes da sua utilização e o pré-teste indica como as questões e as respostas são compreendidas, permite evitar erros de forma, conteúdo, estrutura e sequência e de prevenir eventuais recusas, incompreensões e equívocos.

Deste modo aplicou-se o pré-teste a três respondentes. Foi passado este pré-teste entre Janeiro e Fevereiro de 2008 a elementos (n= 3) de conselhos de administração, para avaliar da sua adequabilidade (verificar se as questões eram pertinentes e unívocas, compreensivas, se a sua sequência era adequada e se havia coerência com os objectivos definidos).

Após da análise (qualitativa) das respostas, verificou-se que as perguntas eram pertinentes, não havendo necessidade de alterar o questionário. O tempo de resposta foi de aproximadamente 30 minutos. No final do inquérito e para um total de 165 respondentes, foi feito teste do Alfa de Cronbach para as cinco alíneas da questão A19, as treze alíneas da questão C6 e as seis alíneas da questão B. O questionário revelou possuir, neste aspecto, uma elevada consistência interna.

3.7. MÉTODOS E TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS

Mediante este estudo, onde uma das abordagens a utilizar é qualitativa, impõe-se que os dados recolhidos sejam organizados no sentido de chegar a conclusões. A técnica utilizada para analisar os dados das entrevistas foi a análise de conteúdo.

Na pré-análise intuitivamente procedeu-se à organização e sistematização das ideias iniciais de maneira a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise.

As entrevistas realizadas devem constituir um *corpus* com vista a serem submetidas a procedimentos analíticos, tendo em conta as regras da exaustividade, homogeneidade e pertinência. Assim, após transcrever, na íntegra, todas as entrevistas a fim de criar um *corpus* procurou-se ter em conta todos os elementos que o compõem. Por outro lado, as entrevistas devem obedecer a ‘critérios de escolha’, ou seja, devem ser realizadas tendo em conta as mesmas condições: (i) o grupo entrevistado, (ii) actividade profissional, (iii) local de trabalho e (iv) papel dentro da organização. Este foi um aspecto que ganhou maior ênfase durante a delimitação da unidade de análise. Uma vez definida a unidade de análise, ficaram definidos os ‘critérios de escolha’ para todos os entrevistados. Só garantindo que todos os entrevistados estão sujeitos a um conjunto de critérios semelhantes, podemos adquirir um conjunto de documentos pertinentes, que se constituam como fonte de informação propícia a dar resposta aos objectivos deste estudo.

Em análise qualitativa, a organização da codificação compreende o ‘recorte’ (escolha das unidades de análise), a ‘enumeração’ (selecção das regras de contagem), a ‘classificação’ e a ‘agregação’ (escolha das categorias) (Bardin, 1977).

Da fase referente ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação resulta a construção de quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos, os quais condensam e põem em relevo as informações fornecidas pela análise.

3.7.1. O TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Após a sua colheita, os dados foram lançados numa base de dados informatizada e processados no programa de estatística.

Os dados de caracterização da amostra foram dispostos nos Quadros nº E12, E13 e E14 no Anexo E, compostos de distribuição de frequências (*frequências absolutas e frequências*

relativas), e quando adequado, complementadas com as respectivas *modas* (medida de tendência central).

As respostas às questões de investigação passaram por um processo de tratamento estatístico com recurso a testes não-paramétricos, verificada a sua não normalidade pelo teste de *Kolmogorov Smirnov* (vd. Quadro nº E15 no Anexo E).

Utilizou-se o teste de *Kruskal-Wallis* a um nível de significância de 5%, atendendo à natureza da análise de associação entre uma variável categórica com mais de duas categorias com uma variável numérica ou comparação de três ou mais grupos independentes face a uma variável numérica, bem como à sua não normalidade (teste de *Kolmogorov Smirnov* – Quadro nº E15 no Anexo E).

Foi verificada a consistência interna das questões sobre estratégia, inovação e liderança recorrendo ao *Alpha de Cronbach* (vd. Quadro nº E16 no Anexo E), (Pestana e Gageiro, 2003). Foi verificada e garantida a homogeneidade de variâncias entre grupos: *staff/line* e as unidades hospitalares (Pestana e Gageiro, 2003).

3.8. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A unidade de análise consiste numa colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidos por um conjunto de critérios: (i) ser uma organização de saúde; (ii) prestar cuidados de saúde diferenciados com ou sem cuidados de saúde primários (integração de cuidados); (iii) ser uma pessoa colectiva com autonomia administrativa e financeira; (iv) pertencer ao sector público ou sector privado; (v) ser considerada uma organização inovadora quer ao nível da gestão (de acordo com os critérios de selecção – utilizar ferramentas que permitem flexibilidade de gestão, quer ao nível do tipo de cuidados que presta – primários e diferenciados) quer ao nível das tecnologias.

Das unidades de saúde onde foram efectuadas entrevistas exploratórias (13 públicas, 2 privadas, 1 PPP e 2 *Holdings* – vd. Quadro nº G1 no Anexo G), num total de 33 entrevistas exploratórias, foram seleccionados cinco para aplicar o questionário e entrevistas em profundidade.

Esta selecção teve a ver com: (i) serem organizações de saúde representativas dos sectores onde se integram (privado/público); (ii) não serem organizações onde se perspectivava a mudança do seu estatuto (caso do Hospital Fernando da Fonseca, Hospital de S. Maria,

Hospital de S. João, Hospitais da Universidade de Coimbra); (iii) terem experiências inovadoras quer ao nível da gestão quer das tecnologias.

Como em Portugal não havia experiências PPP que integrassem cuidados, optou-se por estudar uma unidade de saúde da Agência Valência de Saúde da Região Autónoma de Valência (Espanha), que constitui um dos poucos exemplos de inovação e liderança ao nível da gestão e da tecnologia.

A unidade de observação inclui elementos do Conselho de Administração, Administradores, Director Clínico e Enfermeiro Director, Directores de Departamento e de Serviço, assim como, enfermeiros chefe e coordenadores de quatro unidades hospitalares de Portugal e uma unidade hospitalar de Espanha, aos quais foi passado um questionário.

O investigador seleccionou nas organizações de saúde estudadas os grupos a quem iria ser aplicado o questionário – chefias intermédias (directores de departamento/serviço, enfermeiros chefes e técnicos coordenadores, administradores de áreas). Teve acesso aos serviços e nomes dos elementos que constituíam esses grupos, e assim, aplicou 211 questionários dos quais recolheu 165, com uma taxa de resposta de 78,2 % (Quadro nº17).

Quadro nº 17 – Questionários aplicados e recolhidos à amostra das Unidades de Análise

	Unidade análise	ULSM	HSS	HL	HCD	HLR	Total
Amostra	Questionários aplicados	96	47	24	24	20	211
	Questionários recolhidos	75	45	15	15	15	165
	Taxa resposta (%)	78,1	95,7	62,5	62,5	75,0	78,2

3.8.1. OS CINCO CASOS

Estes casos foram seleccionados em função de: (i) o HSS e a ULSM são instituições públicas e foram das primeiras organizações de saúde a utilizarem ferramentas do NPM (vd. Cap. II), sendo que a primeira só tem cuidados diferenciados e a segunda é uma ULS com numa perspectiva de integração de cuidados (CSP/Cuidados Diferenciados), modelo que está a ser multiplicado noutras regiões do país; (ii) o HL e o HCD são hospitais pertencentes ao sector privado, representam dois dos grupos económicos privados que prestam cuidados de saúde em Portugal; (iii) o HR é uma unidade de saúde duma região autónoma Espanhola (Valência) com um modelo de gestão PPP, o qual vai no futuro ser implementado em Portugal com as necessárias adaptações, sendo portanto interessante estudá-lo. Os dados das cinco organizações estudadas reportam aos anos de 2007 e 2008.

Esta secção é a sequência natural da anterior, ou seja, após a apresentação dos objectivos e do modelo de investigação, importa detalhar de que forma pretendemos chegar à evidência que confira validade ao modelo definido. Nas páginas seguintes, serão tratados os cinco estudos de caso que se identificaram neste capítulo. Posteriormente far-se-á uma análise comparativa dos diferentes casos (Quadro nº18).

Quadro nº 18 – Dados sobre as unidades de análise em estudo

Unidade análise	ULSM (2007)	HSS (2007)	HL (2008)	HCD (2008)	HLR (2008)
Indicador					
Nº Camas	432	310	140	159	300
Nº Médicos	519	156	+/-200	419	317+231***
Nº Enfermeiros	745	276	**	152	594+257***
Nº Técnicos	111	56	**	56	54+14***
Proveitos Operacionais	83,753*	65,407*	**	81,852*	114,807

* milhões de euros; ** ainda não existem dados; *** Cuidados de Saúde Primários

Duas das organizações de saúde pertencem ao sector público com estatuto jurídico EPE. O Hospital de S. Sebastião – **HSS** – (ou Hospital da Feira) e a Unidade Local de Saúde de Matosinhos – **ULSM** – (integra os cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados). Foram modelos inovadores de gestão e organização, que passaram do Sector Público Administrativo (SPA) para um estatuto jurídico de Sociedade Anónima (SA) e posteriormente Empresa Pública Empresarializada (EPE), com todas as alterações que a alteração de estatuto provocou na envolvente externa e interna, assim como, autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Interessou saber, entre outras, qual o posicionamento das lideranças organizacionais face a essas mudanças.

Duas das organizações de saúde são do sector privado e pertencem a dois grupos económicos diferentes: Hospital da Luz – **HL** – pertencente ao Grupo Espírito Santo Saúde e o Hospital Cuf Descobertas – **HCD** – pertencente ao Grupo José de Mello Saúde.

Não existindo ainda em Portugal hospitais com modelo de gestão de PPP, foi considerado o Hospital de La Ribera – **HR** – em Valência (Espanha), por ser dos primeiros a ser construído sob este estatuto (concessão), ser universitário, integrar cuidados de saúde primários e diferenciados e ter um grau de diferenciação elevado.

3.8.1.1. HOSPITAL DE S. SEBASTIÃO

O Hospital de S. Sebastião é um hospital distrital EPE, com 310 camas, possui internamento hospitalar, atendimento de urgência e de ambulatório. A sua área de abrangência envolve o Norte do Distrito de Aveiro, a cerca de 30 km da cidade do Porto. O número de habitantes

do concelho de Santa Maria da Feira, onde está implantado, é de 135.964 habitantes (633 hab. /km²), distribuídos por 31 freguesias, numa área geográfica de 214,7 Km². Além da população deste concelho, o Hospital serve ainda toda a população residente na área demogeográfica de Aveiro Norte, que compreende os concelhos de Arouca, Castelo de Paiva, Espinho, Oliveira de Azeméis, Ovar, São João da Madeira e Vale de Cambra, o que perfaz um total de 383.050 habitantes.

O Hospital de S. Sebastião possui um contrato-programa, celebrado anualmente com a entidade accionista, que é o Ministério da Saúde, representado no acto de celebração do contrato pela Administração Regional de Saúde do Norte e pela Administração Central do Sistema de Saúde (vd. Anexo A).

3.8.1.2. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

A Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) é uma unidade de saúde que possui internamento hospitalar, atendimento de urgência e de ambulatório e cuidados de saúde primários (com uma unidade de saúde pública), acreditada pelo *Health Quality Service*.

A ULSM, EPE, foi criada em 9 de Junho de 1999, sendo uma entidade pública empresarial, estabelecida pelo Decreto-Lei 233/2005 de 29 de Dezembro (Administração Regional de Saúde do Norte, 2007). Integra as seguintes unidades: (i) Hospital Pedro Hispano; (ii) Centro de Diagnóstico Pneumológico; (iii) Unidade de Saúde Pública; e (iv) Centros de Saúde de Matosinhos, Senhora da Hora, São Mamede de Infesta e Leça da Palmeira, bem como as três extensões deste último (Perafita, Santa Cruz do Bispo e Lavra).

O Hospital Pedro Hispano, com uma lotação de 432 camas, presta ainda cuidados hospitalares directos à população do concelho da Maia e é o hospital de referência dos Hospitais de Vila do Conde e da Póvoa de Varzim, excepto para as áreas de traumatologia crânio-encefálica e de neurocirurgia, servindo, assim, uma população de aproximadamente 430.000 habitantes. A ULSM pretende obter a excelência na integração entre cuidados de saúde primários e cuidados diferenciados, e constituir-se deste modo como modelo de referência nacional desta integração.

A ULSM possui um contrato-programa, celebrado com o Ministério da Saúde, representado no acto de celebração do contrato pela Administração Regional de Saúde do Norte e pela Administração Central do Sistema de Saúde. Este contrato-programa

estabelece a partir de 2008 o pagamento por capitação com base populacional (vd. Anexo A).

3.8.1.3. HOSPITAL DE LA RIBERA

O Hospital de La Ribera primeiro, e actualmente a totalidade do Departamento de Saúde de Alzira (Departamento de Saúde de La Ribera) do qual este hospital faz parte, é um dos primeiros exemplos práticos de gestão integral do serviço público de saúde em Espanha. É um modelo baseado na colaboração estratégica entre um grupo de empresas privadas e a Agência Valenciana de Saúde, com o objectivo de trazer novas soluções na prestação de cuidados no sector da saúde (vd. Anexo B).

Desde 1999, foi adoptado o Modelo Alzira (sistema de gestão, Vd. Anexo B), numa primeira fase implementado no Hospital de La Ribera (com 300 camas) e posteriormente alargado a todo o Departamento 11 de Saúde, constituindo uma organização de prestação de cuidados de saúde integrados (cuidados de saúde primários e cuidados diferenciados) e que gere a saúde dos cidadãos.

De igual forma o Departamento de Saúde de La Ribera (Alzira) é um parceiro activo da Agência Valenciana de Saúde, estando alinhado com os objectivos estratégicos e o planeamento da mesma. De realçar ainda o facto desta unidade hospitalar estar certificada com as normas ISO 9001:2008 – Sistemas de Gestão da Qualidade e ISO 14001:2004 (Gestão ambiental).

3.8.1.4. Hospital da Luz

Inaugurado a 18 de Abril de 2007 (apesar de estar em funcionamento desde Novembro de 2006), o Hospital da Luz com 140 camas, é a unidade hospitalar da Espírito Santo Saúde (ESSaúde) mais relevante, empresa detida a 100% pelo Banco Espírito Santo. Assume o compromisso de diagnosticar e tratar de forma rápida e eficaz quem o procura através da prática de uma medicina de excelência e inovação (quer nos processos quer nos equipamentos).

O Grupo ESSaúde tem outras unidades de saúde quer ao nível dos MCDT quer do ambulatório. A inovação tecnológica do Hospital da Luz está presente nos equipamentos médicos de última geração e na utilização de sistemas de informação de vanguarda que garantem a segurança e eficácia dos cuidados de saúde prestados (vd. Anexo A).

3.8.1.5. Hospital Cuf Descobertas

Localizado no Parque das Nações em Lisboa, o Hospital Cuf Descobertas é uma das mais modernas unidades hospitalares em Portugal, pretende distinguir-se pela excelência do corpo clínico, pela ampla oferta de serviços, elevado perfil tecnológico e qualidade das suas amenidades. De realçar ainda o facto desta unidade hospitalar estar certificada com a norma ISO 9001:2008 – Sistemas de Gestão da Qualidade.

Esta unidade hospitalar com 159 camas é detida na sua totalidade pelo Grupo José de Mello Saúde (operador privado no sector da saúde em Portugal, tendo outras unidades de saúde quer ao nível do internamento, quer do ambulatório).

Foi também nessa linha de expansão ibérica que a José de Mello Saúde, em parceria com o Grupo Hospitalario Quirón, abriu, em 2008, um novo hospital em Barcelona. Este Grupo, em permanente crescimento, tem hoje cerca de 850 camas em operação e uma cobertura de todas as especialidades clínicas (vd. Anexo A).

Em qualquer destas cinco unidades de saúde houve um grande empenhamento na entrega dos questionários, por parte dos órgãos de gestão, e na sua resposta por parte dos respondentes.

Na **ULSM** o investigador foi acompanhado pelo presidente do Conselho de Administração na distribuição dos mesmos, e no **HSS** a administração colocou à disposição uma colaboradora para ajudar na sua distribuição, no esclarecimento de eventuais dúvidas e na prestação de informações adicionais.

Os secretariados dos Conselhos de Administração fizeram a recolha dos questionários em envelope fechado, e estes foram levantados na própria unidade ou enviados pelo correio para o responsável do estudo.

Nas unidades do sector Privado (**HL** e **HCD**) foi o Conselho Executivo responsável pela entrega, recolha e envio do questionário ao responsável pelo estudo. No **HR** foi o investigador que aquando da sua visita de três dias à unidade hospitalar passou o questionário e o recolheu.

O número de questionários aplicados nas diversas unidades diz muito do modo como elas estão organizadas. As unidades do sector privado são estruturas organizacionais muito mais achatadas, os sectores de apoio (recursos humanos, aprovisionamento, logística) estão centralizados na *Holding* respectiva, e outros sectores (limpeza, alimentação) estão em

regime de *outsourcing*. Os serviços clínicos têm menos directores de serviço e enfermeiros chefes. Daqui resulta que não foram aplicados tantos questionários. No sector público com a sua estrutura organizacional muito mais hierárquica e vertical, o número de questionários aplicados e recolhidos foi maior.

Algumas das principais características sociodemográficas da amostra estão apresentadas no Quadro nº 19, 20 e 21 assim como no Gráfico nº 1 exigindo desde já uma breve análise.

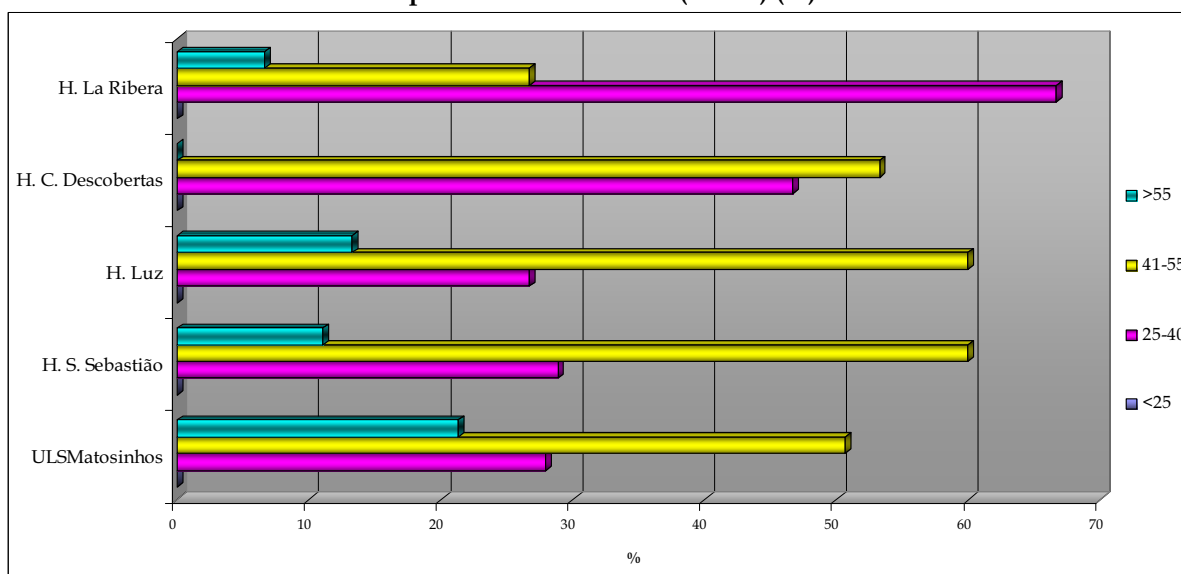
Quadro nº 19 – Número de respondentes ao Questionário por género e por unidade de saúde (n=165)

Unidades	ULS Matosinhos	Hospital S. Sebastião	Hospital Luz	Hospital Descobertas	Hospital La Ribera
Género	%	%	%	%	%
Feminino	53.3	62.2	60	66.7	33.3
Masculino	46.7	37.8	40	33.3	66.7
Total	(n=75)	(n=45)	(n=15)	(n=15)	(n=15)

O primeiro aspecto a realçar é a predominância do género feminino (cerca de 56%). Esta situação deve-se ao tipo de organização que está a ser estudada (organizações de saúde) onde, de facto, a maioria dos colaboradores (administradores, médicos, enfermeiros e técnicos) são do género feminino (com excepção do Hospital de La Ribera).

Quanto à idade (Gráfico nº 1) o intervalo dos 41 – 55 é o que está presente em maior número, excepto no HCD e no HR onde o grupo dos 25 – 40 anos está em maior número.

Gráfico nº 1 – Número de respondentes do Questionário, por grupo etário e por unidade de saúde (n=165) (%)



Em relação ao grupo profissional, os administradores estão em menor número, e o grupo dos directores de serviço está em maior número (vd. Quadro nº 20 e Gráfico nº E1 no Anexo E).

No entanto, no **HCD** e no **HR**, o grupo que está em maior número são os enfermeiros (46.7 e 60% respectivamente).

Quadro nº 20 – Distribuição dos resultados dos respondentes por cargo que desempenha na sua organização e por unidade de saúde (n=165)

	ULS Matosinhos	H. S. Sebastião	H. Luz	H. Descobertas	H. La Ribera
	%	%	%	%	%
Conselho Administração	4	0	6,7	0	20
Administrador	5,3	0	0	13,3	13,3
Direcção Médica	4	8,9	26,7	0	0
Direcção de Enfermagem	2,7	0	13,3	0	0
Director de Departamento	5,3	4,4	6,7	0	0
Director Serviço	36	42,2	13,3	26,7	6,7
Enfermeiro Chefe	24	28,9	26,7	46,7	60
Técnico Coordenador	18,7	15,6	6,7	13,3	0
Total	100 (n=75)	100 (n=45)	100 (n=15)	100 (n=15)	100 (n=15)

Fomos analisar em função do *staff/line* o número de colaboradores das unidades em análise. O *staff* é o que está em maior número em todas as unidades estudadas (vd. Quadro nº 21 e Gráfico nº 2E no Anexo E), o que está de acordo com o tipo de organizações (complexas, especializadas, ambiente hospitalar).

Quadro nº 21 – Distribuição dos resultados dos respondentes de acordo com o *line 'versus' staff* e pelas unidades de saúde (n=165)

	ULS Matosinhos		H. S. Sebastião		H. Luz		H. Descobertas		H. La Ribera	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Line	16	12	8,9	4	46,7	7	13,3	2	33,3	5
Staff	84	63	91,1	41	53,3	8	86,7	13	66,7	10
Total	100	75	100	45	100	15	100	15	100	15

3.9. PROCEDIMENTOS DEONTOLÓGICOS E ÉTICOS

Um dos primeiros passos foi solicitar autorização por escrito aos Conselhos de Administração das organizações de saúde para efectuar o trabalho de campo, através de carta do Senhor Presidente do Conselho Científico da ENSP da Universidade Nova de Lisboa, autorização essa que foi concedida (anexo F). Houve o cuidado de assegurar a

confidencialidade das respostas bem como garantir o sigilo e anonimato dos questionários, assim como, a imagem no caso das entrevistas e demais informações.

3.10. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A diversidade de estratégias, utilizadas no sector da saúde, fazia prever que a recolha de dados, quer através de fontes primárias, quer através de fontes secundárias, seria uma tarefa complexa e delicada. A realidade confirmou que as organizações de saúde estudadas têm um tratamento de informação muito díspar.

A administração do Hospital Cuf Descobertas referiu-nos, por exemplo, que não se avaliava sistematicamente as inovações tecnológicas ou processuais. Por outro lado, haveria algumas inovações tecnológicas que não seriam rentáveis se fossem exclusivamente para os novos serviços e não fossem colocadas ao serviço de outros.

Ainda mais relevante do que a dificuldade de acesso a dados relativos às novas tecnologias, é a existência de dados pouco comparáveis. Ou seja, é difícil comparar desempenhos com uma especificidade tão diversa.

As tecnologias têm um enfoque clínico claro mas, como se verificou, outros conhecimentos são relevantes para o seu funcionamento (**HL**). Os diferentes conhecimentos que envolvem as novas tecnologias e novos processos obrigam a uma integração de actividades dos vários actores, sob pena de se alcançarem resultados abaixo das expectativas.

Se os médicos detêm o conhecimento mais focado no diagnóstico e na terapêutica das doenças, os engenheiros detêm o conhecimento sobre o funcionamento das tecnologias, os técnicos actuam na inter-relação entre os equipamentos e os doentes e os gestores possuem as informações necessárias para a realização de análises de custo-benefício.

Por último, o modelo de análise proposto foi adequado aos cinco casos estudados. A estratégia organizacional estava no centro das decisões e iria depender de quatro factores fundamentais: (i) a liderança das organizações estudadas, o modo como era exercida a liderança de topo e como as lideranças dos níveis intermédios da organização influenciavam a estratégia organizacional (associação esta que é estudada pelo modelo adaptado dos Valores Contrastantes de Quinn); (ii) o modo como a estratégia organizacional era influenciada pelo ambiente quer interno, quer externo (modo esse estudado pelo modelo adaptado de Miles & Snow); (iii) a inovação e o modo como afectava

(e era afectada por) a estratégia organizacional e pela liderança; (iv) a cultura organizacional e a sua importância para a estratégia organizacional (modelo adaptado dos Valores Contrastantes de Quinn).

CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1. ENTREVISTAS EXPLORATÓRIAS

Numa tese de doutoramento por vezes é necessário recorrer a outras fontes de informação para decidir qual a melhor abordagem a problemas do dia-a-dia das organizações. Foi o que aconteceu neste estudo sobre a liderança e estratégia em contexto de inovação nas organizações de saúde. Considerou-se que para o enquadramento teórico era de todo o interesse efectuar entrevistas exploratórias a organizações de saúde, no sentido de saber mais sobre esta problemática, nomeadamente, como se enquadravam com a tutela, com os *stakeholders*, com a sociedade, e como é que a liderança exercia influência no desenvolvimento da gestão e organização dos serviços numa óptica de inovação (quer de processos quer de novas tecnologias – de diagnóstico e tratamento). Assim efectuaram-se diversas entrevistas exploratórias (vd. Quadro nº G1 no Anexo G) a diversas organizações de saúde do sector público, privado e do modelo PPP.

Com o guião de entrevista exploratórias (vd. Anexo D2), efectuaram-se 33 entrevistas a elementos dos conselhos de administração (administradores, direcção clínica e direcção de enfermagem, assim como a alguns administradores de área, tais como dos recursos humanos, qualidade, sistemas de informação, aprovisionamento e comunicação e imagem).

4.1.1. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS EXPLORATÓRIAS

Foram constituídos três temas – liderança, inovação e estratégia organizacional; várias categorias e dentro destas outras sub-categorias (vd. Quadro nº G2 no Anexo G).

Podemos ver, no Gráfico nº 2 em Anexo G, que a eficiência e o contrato-programa foram as duas subcategorias mais faladas ao nível da estratégia organizacional. Na liderança as subcategorias mais abordadas foram a inteligência emocional, o decisor, a competência e a responsabilidade. Quanto à inovação, as subcategorias mais focadas foram a qualidade, a gestão e as tecnologias.

Ao analisar o conteúdo das entrevistas exploratórias, verifica-se que uma das diferenças ao nível da estratégia organizacional, entre sectores, é o facto de que tanto no sector privado como no modelo PPP, existirem três vertentes que estas organizações tomam como referencial, a saber: (i) **os accionistas** – que devem ter resultados económico/financeiros adequados às suas expectativas; (ii) **os colaboradores** – que devem estar motivados e aptos para desenvolverem o seu papel dentro da organização; (iii) **os clientes/utentes** – que

conhecem os seus direitos, e para os quais a organização trabalha, a fim de satisfazer as suas necessidades, expectativas e até preferências, assegurando assim a sua fidelização.

No sector público, o perfil destes *stakeholders* está mais esbatido: o accionista Estado (Ministérios das Finanças e da Saúde) está mais longe, sendo a legislação, os *Business Plan*, os contratos-programa (com os indicadores de eficácia, eficiência e qualidade) os principais instrumentos de gestão; os colaboradores pertencem fundamentalmente à função pública, pelo que nem todos estão (ainda) submetidos a uma pressão para o estabelecimento de objectivos/metast: o Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública (SIADAP) e a contratualização interna ainda não fazem parte da rotina de todos os serviços.

Pelo contrário, as organizações do sector privado e do modelo PPP tendem a investir mais em qualidade e *marketing*. Estas organizações tentam fazer passar a imagem de organizações dinâmicas, modernas, inovadoras, onde se trabalha em equipa para satisfazer as necessidades dos utentes, onde tudo é colocado à sua disposição para que se sintam bem e com segurança e conforto. O tempo das amenidades (hotelaria, etc.) está a ser substituído pelo tempo do bom desempenho clínico, tendo estas organizações iniciado uma nova era com a *clinical governance* e a gestão do risco clínico; tentam ter massa crítica para poderem ser reconhecidos tecnicamente pelas associações profissionais (e em particular, a Ordem dos Médicos); investem em nichos de mercado (obstetrícia/ginecologia; oftalmologia; otorrinolaringologia, alergologia; etc).

Em contra-ponto a esta imagem, estão algumas unidades do sector público de grande dimensão, com alta diferenciação, com um passado de alta diferenciação (e capacidade de inovação), mas que actualmente sofrem de alguma inércia. Sentem, de resto, que podem estar em risco de ser ultrapassadas por unidades mais pequenas, mais flexíveis, mais abertas à inovação técnico-organizacional, estando assim em perigo o seu estatuto de hospitais de *fim de linha*.

O sector privado tem uma estratégia organizacional mais prospectiva e analisadora, enquanto que o sector público tem uma perspectiva essencialmente mista, analisadora e defensiva. Isto deve-se ao modo como estas organizações são pensadas e administradas, bem como à sua natureza jurídica.

Quanto à liderança, nas organizações do sector privado, ela está essencialmente sedeada nas *holdings*. São estas que definem estratégias que se traduzem em metas e objectivos que

devem ser alcançados pelas várias organizações que as constituem. No terreno estão comissões executivas constituídas por administradores que levam a cabo a estratégia planeada.

No sector público é o accionista Estado que negocia através da sua Agência de Contratualização em Serviços de Saúde (ACSS), tendo como instrumento de trabalho um *Business Plan*, um contrato-programa, onde são contratualizado os objectivos, a execução económico financeira e de produção de cada unidade, assim como indicadores de qualidade, eficiência e eficácia, bem como um orçamento.

Neste caso, por vezes as unidades têm uma visão de conjunto, pois cada uma pode concorrer para o mesmo objectivo (local, regional ou nacional), não havendo por isso um espírito de complementaridade. A agência de contratualização é que tem (ou deve ter) essa visão global.

Quanto à inovação, ela inscreve-se essencialmente ao nível dos processos (qualidade, marketing, e sistemas de informação para a gestão) e das tecnologias (novos equipamentos), e sempre numa perspectiva incremental.

Sobre a análise de conteúdo das entrevistas exploratórias, no sector privado, verifica-se que as tendências observadas são a responsabilidade, a prestação de contas (*accountability*), a tecnologia, a qualidade, o desempenho, o marketing, e a perspectiva de que estas organizações de saúde são prospectivas/criativas.

No sector público, os principais enfoques dos CA são a tecnologia, a qualidade, a gestão e os contratos-programa. Os contratos-programa e a contratualização estão já no terreno, assim como, a contratualização interna com os serviços, que começa a ser generalizada. Tendo em atenção as negociações entre a ARS, a ACSS e os hospitais, as especificidades de cada um e o modo como são operacionalizados, necessitam de um acompanhamento eficaz, desinibido e sem constrangimentos.

A inovação tecnológica (novos protocolos terapêuticos, novas tecnologias de diagnóstico e terapêutica) depende em grande parte do que os técnicos de saúde pretendem efectuar e da existência de financiamento para tal. Este tipo de inovação é muito dispendioso, o custo-benefício pode não ser logo vislumbrado, levando a que as administrações não invistam nele, apesar de trazerem ganhos em saúde para o utente e para a sua qualidade de vida.

Ao compararmos o sector privado e público, verifica-se que o segundo dá mais importância aos contratos-programa, gestão, qualidade e tecnologia. Isto deve-se aos constrangimentos orgânicos e à imposição de contenção de custos, por parte da tutela. Os contratos-programa, ao contemplarem indicadores de qualidade, eficácia e eficiência, condicionam a qualidade e a gestão numa perspectiva de melhoria.

Em relação ao sector privado, as *holdings* dão directrizes e responsabilizam as comissões executivas pela sua execução. Se não obtêm resultados são responsabilizados e saem, coisa que no sector público muito raramente acontece.

O grau de exigência, o rigor, a transparência, a responsabilização e a flexibilidade devem ser pedras de toque de qualquer administração, quer seja pública ou privada. Os *stakeholders* são pouco mencionados nas entrevistas. A responsabilidade ao nível do sector público refere-se tanto à prestação de contas (*accountability*) como à responsabilidade social (aqui mais que o sector privado).

A qualidade, a tecnologia, o marketing e a inovação são pontos fortes nestas organizações.

Da análise de conteúdo das entrevistas exploratórias feitas no hospital de La Ribera, pode inferir-se que *o utente está colocado no centro do sistema* (alargamento do horário das consultas, afim dos utentes depois do seu dia de trabalho poderem aceder aos cuidados de saúde; descentralização de algumas consultas, por exemplo nos centros de saúde; processo clínico electrónico que passa a estar disponível e acessível; existência de penalização para a entidade caso sejam ultrapassados os tempos cirúrgicos estabelecidos; existência de apenas dois serviços, um de medicina e outro cirúrgico, sendo que todas as especialidades quer médicas quer cirúrgicas se encontram dentro destas, indo os especialistas ao encontro dos doentes e não ao contrário, etc.), sendo a perspectiva prospectiva, a mais abordada.

Considera-se uma organização criativa, e a mudança e inovação são uma ambição e uma intenção assumida.

Assim ao nível estratégico consideraram alguns entrevistados que “... ao nível da interligação cuidados de saúde primários – hospital, a existência de médico link, algumas especialidades deslocam-se aos cuidados de saúde primários e os enfermeiros desses cuidados fazem urgência no hospital, foi uma decisão inovadora e foi uma estratégia que se verificou com o tempo acertada...”E9.

Ao nível da inovação a relação que se estabeleceu com a Agência Valenciana de Saúde foi uma mais-valia, pois “...as conversas e as decisões decorrentes das mesmas, são consideradas

pertinentes, e é sempre tido em consideração o utente, como o elemento fundamental do sistema, e que sem o qual, este sistema não funcionaria...” Es.

4.2. ANÁLISE DA OBSERVAÇÃO DIRECTA ESTRUTURADA

As notas de campo (NC) distribuem-se pelos aspectos observados (estratégia, inovação e liderança) na investigação (vd. Quadros nº 22, 23 e 24).

Com a análise das notas de campo efectuadas aquando da observação directa e estruturada para a estratégia organizacional (vd. Quadro nº 22 e Quadro nº E9 no Anexo E), o mais relevante foi constatar que, na **ULSM**, com a integração de cuidados e a certificação dos serviços houve a necessidade de uniformizar, fazer protocolos e estabelecer processos que de outra forma seriam difíceis de realizar (não existia a tradição de os CSP e os cuidados diferenciados trabalharem em conjunto para um mesmo objectivo), assim como a internalização dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), utilizando a capacidade instalada da **ULSM**; o contrato-programa em que foi introduzido o pagamento por capitação com base no número de habitantes foi outra novidade introduzida pela tutela.

Por sua vez, no **HSS**, a análise custo-benefício é efectuada para verificar se vale a pena apostar em mudanças, e caso a resposta seja positiva elas avançam; existe uma grande centralização e muito controlo por parte dos órgãos de gestão de topo, evitando-se assim grandes desvios. No **HL** de construção recente, a aposta é na oncologia médica e nos cuidados paliativos; há um certo voluntarismo para resolver os problemas e ver oportunidades de fazer melhor; ao nível da logística, a economia de escala é uma das opções estratégicas desta unidade dado ser a *holding* a fazer concursos para a compra de materiais de consumo clínico e outros, com as inerentes vantagens económicas que advêm do volume da compra.

No que diz respeito ao **HCD**, constata-se que ao nível do ambulatório de cirurgia utilizam-se os recursos intensivamente; vive-se um grande controlo interno e uma preocupação com o ambiente externo (para reconhecer oportunidades de negócio).

Por fim, no **HR**, o facto de existirem protocolos de actuação, o médico *Link*, o processo electrónico único para os CSP e cuidados diferenciados e o facto de haver só dois serviços de internamento, onde as especialidades médicas se entrecruzam, constitui uma estratégia organizacional bem conseguida; a consulta externa está aberta aos utentes de acordo com as

suas necessidades; ao nível das cirurgias se ultrapassarem mais de noventa dias a organização é penalizada, o que faz com que esse objectivo seja prioritário; o contrato-programa é por capitação com base no número de habitantes.

Quadro nº 22 – Quadro-Resumo da Observação Directa e Estruturada: Estratégia organizacional

Casos Dimensões/itens	Hospital S. Sebastião	Unidade Local Saúde Matosinhos	Hospital da Luz	Hospital Cuf Descobertas	Hospital de La Ribera
Estrutura	Enfermeiro na consulta externa	Integração dos cuidados de saúde, com internalização dos MCDT.	Hospital de construção recente, aposta na oncologia médica e nos cuidados paliativos	Hospital que ao nível do ambulatório de cirurgia utiliza os recursos intensivamente	Médico link desloca-se; C. ext. em função dos utentes; 3 serviços: medicina, cirurgia, outros; A lista de espera para cirurgia não pode ultrapassar mais de 90 dias
Processo	Centralização e controlo; Análise custo benefício	Protocolo CSP/Hospital; Certificação	Reuniões constantes	Ambiente externo	Protocolo CSP/Hospital; Certificação; Processo electrónico CSP/Hospital
Resultados		Contrato-programa	Economia de escala	Controlo interno	Contrato-programa

O pagamento por capitação com base na população que serve tanto na **ULSM** como no **HR**, assim como o *continuum* de cuidados, novas tecnologias e novos processos de organizar o trabalho, são algumas das inovações encontradas nestas organizações (vd. Quadro nº 23 e Quadro nº E10 no Anexo E). Ao nível não tecnológico, o **HSS** e a **ULSM** com a sua gestão inovadora abriu caminho a novas formas de gestão, como a flexibilidade dos processos (recursos humanos, aprovisionamento, contratualização interna, entre outros), indo ao encontro do que se pretendia para os hospitais do SNS com o *New Public Management*.

No entanto, a flexibilidade para um melhor desempenho, a transparência e a responsabilização pelos actos administrativos praticados ficou aquém do que era esperado. Com a passagem a Entidade Pública Empresarial, passou a haver uma maior centralização no Ministério da Saúde através da Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde (ACSS) e das Administrações Regionais de Saúde (ARS), o que veio frustrar as expectativas destas unidades de saúde numa maior descentralização e flexibilidade. A **ULSM** tem acreditados os cuidados de saúde primários e diferenciados pelo Health Quality Services. Também o **HR** aproveitou o facto de ser uma experiência inovadora consagrada na legislação para ter princípios inovadores de gestão idênticos aos apontados para a **ULSM** e o **HSS**. O **HCD** e o **HL** fazem uma análise custo-benefício quando pretendem iniciar uma nova forma de abordar um problema, sendo que, por exemplo, o primeiro tem no seu

quadro só farmacêuticos nos serviços farmacêuticos da instituição, e ambos dão os meios complementares de diagnóstico e terapêutica – patologia clínica – ao exterior.

Ao nível tecnológico, o **HL** e o **HCD** investiram fortemente em novas tecnologias sendo que o **HL** investiu muito na oncologia médica, pretendendo vender os seus serviços ao SNS. O **HCD** investiu ao nível das especialidades médicas (alergologia, otorrinolaringologia e pediatria) no sentido de ter massa crítica e assim ser reconhecida como instituição de ensino pós-graduado. De igual forma o **HR** passou a ser uma instituição universitária. O **HSS** e a **ULSM** apostam na complementariedade nas suas zonas de influência, pretendendo ir ao encontro das necessidades da população que servem.

Quadro nº 23 – Quadro-Resumo da Observação Directa e Estruturada: Inovação

Casos Dimensões/itens	Hospital S. Sebastião	Unidade Local Saúde Matosinhos	Hospital da Luz	Hospital Cuf Descobertas	Hospital de La Ribera
Tecnológica	Enfermeiro na consulta externa	Câmara hiperbárica	Tecnologia de ponta (oncologia)	Tecnologia de ponta	Processo electrónico CSP/Hospital; Projectos inovadores
Não tecnológica	Enfermeiro na consulta externa; Gestão inovadora	Articulação CSP/Hospital; Certificação farmácia; Contrato-programa; Acreditação HQS; Gestão inovadora	Análise custo- benefício; Gestão inovadora	Análise custo- benefício; Farmácia (só farmacêuticos); Certificação	Contrato-programa Protocolo CSP/Hospital; Certificação; Projectos inovadores

Quanto à liderança podemos observar que o facto de nalguns casos ser mais centralizadora e controladora e noutros mais flexível é indissociável da estratégia organizacional implementada (vd. Quadro nº 24 e Quadro nº E11 no Anexo E). O facto de o **HCD** a **ULSM** e o **HSS** serem mais centralizadores (quer no Administrador Executivo quer nos Conselhos de Administração), contribui para que a liderança seja mais formal, mais centralizadora e controladora e a comunicação seja feita essencialmente no sentido descendente – *top-down*. As outras duas unidades **HL** e **HR**, com sistemas mais flexíveis e descentralizados, olham para os colaboradores (mas também para o ambiente que as rodeia), indo ao encontro da estratégia previamente definida (procura de oportunidades no primeiro caso e resposta aos utentes na segunda).

Quadro nº 24 – Quadro-Resumo da Observação Directa e Estruturada: Liderança

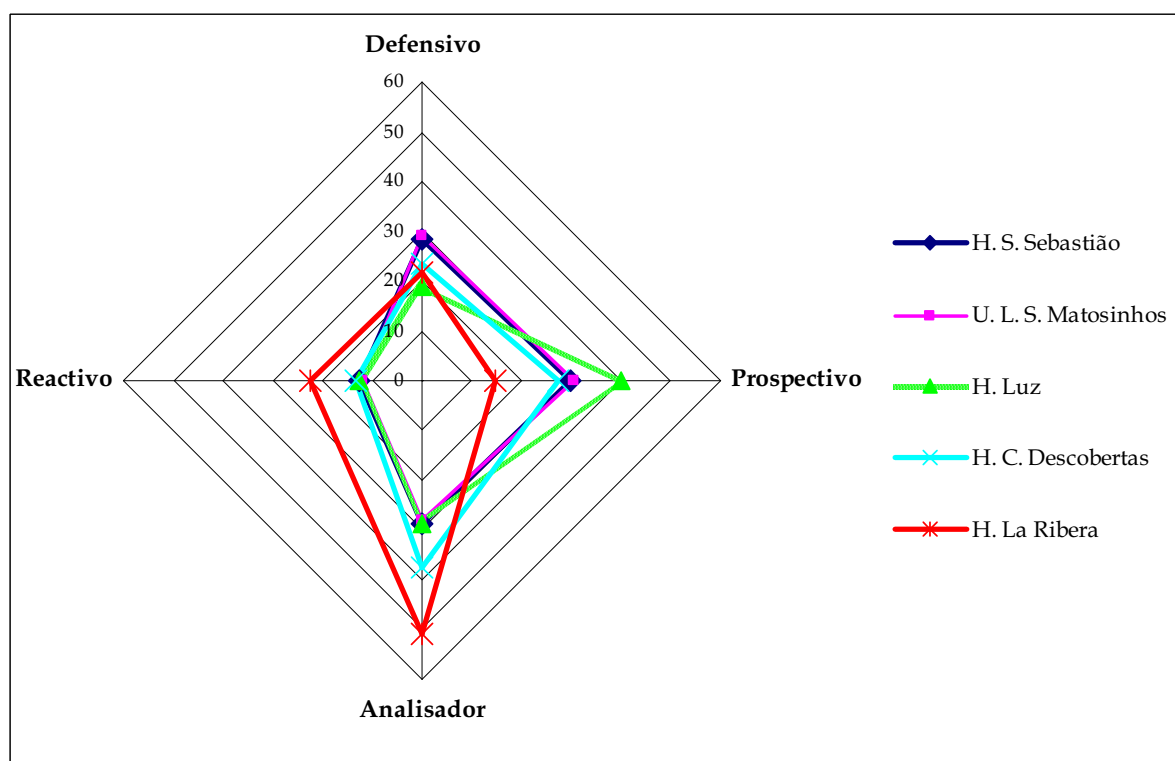
Casos Dimensões/itens	Hospital S. Sebastião	Unidade Local Saúde Matosinhos	Hospital da Luz	Hospital Cuf Descobertas	Hospital de La Ribera
Formal	Conselho de Administração	Conselho de Administração	CEO (Holding)	CEO (Holding)	CEO
Top-down Versus Bottom-up	+ Top-down	+ Top-down	Depende	+ Top-down	Depende

4.3. ANÁLISE DO QUESTIONÁRIO

4.3.1. QUESTÕES SOBRE O MODELO ADAPTADO DE MILES & SNOW

Quando olhamos para as respostas às questões (A1 – A11), que nos indicam como é que a estratégia organizacional se desenvolve de acordo com o modelo de Miles & Snow, e qual a tipologia que emerge nestas organizações, verifica-se o seguinte (Gráfico nº 2):

Gráfico nº 2 – Análise dos resultados dos respondentes ao questionário segundo o modelo adaptado de Miles & Snow



(i) O **Hospital de S. Sebastião** e a **Unidade Local de Saúde de Matosinhos**, apesar de serem mais *prospectivos* (hospitais em rápido crescimento, trilham novos caminhos e desenvolvem métodos inovadores), também têm uma vertente *analísadora* (hospitais gerais orientados para a comunidade). Os administradores olham os serviços internos (promovem a contratualização interna) mas estão focados no todo organizacional, para responderem às questões que os contratos-programa colocam (eficácia, eficiência e qualidade). Tem uma hierarquia *top-down* mais efectiva.

(ii) O **Hospital da Luz** tem uma tipologia essencialmente *prospectiva*. Isso pode dever-se à sua juventude. Está a tentar impor-se no terreno, procura afirmar-se como uma organização moderna, inovadora, onde a excelência e a qualidade dos cuidados têm uma grande

importância, e são uma pedra de toque da instituição. Pretende ser uma unidade de referência, tanto ao nível do sector privado onde se insere, como no sector público com quem quer também colaborar.

(iii) O **Hospital Cuf Descobertas** e **Hospital de La Ribera** têm uma tipologia predominantemente *analisadora*. Estas unidades de saúde têm já uma história para contar. Dado que estão continuamente a monitorizar o mercado, a primeira na procura de novos utentes/clientes e de novas oportunidades de negócio (p. ex. cesariana com raquianestesia); e o segundo na procura de: (i) novas expectativas que os seus utentes possam ter ao nível da procura de cuidados (p. ex. oftalmologia); (ii) não deixar que os seus utentes procurem outras unidades de saúde, pois se assim for tem que os pagar; (iii) as listas de espera para cirurgia não podem exceder 90 dias sob pena de penalização para a organização (caso necessário operam até mais tarde e ao sábado, mesmo que para isso tenham que utilizar recursos para pagar às equipas de cirurgias)

O **Hospital Cuf Descobertas** sendo uma unidade privada, desenvolveu-se nomeadamente ao nível da obstetrícia/ginecologia, alergologia entre outras. É, assim, uma unidade que por vezes tem traços de *prospectivo* (quando vê oportunidades), mas também é *defensivo* (quando sente que tem que consolidar).

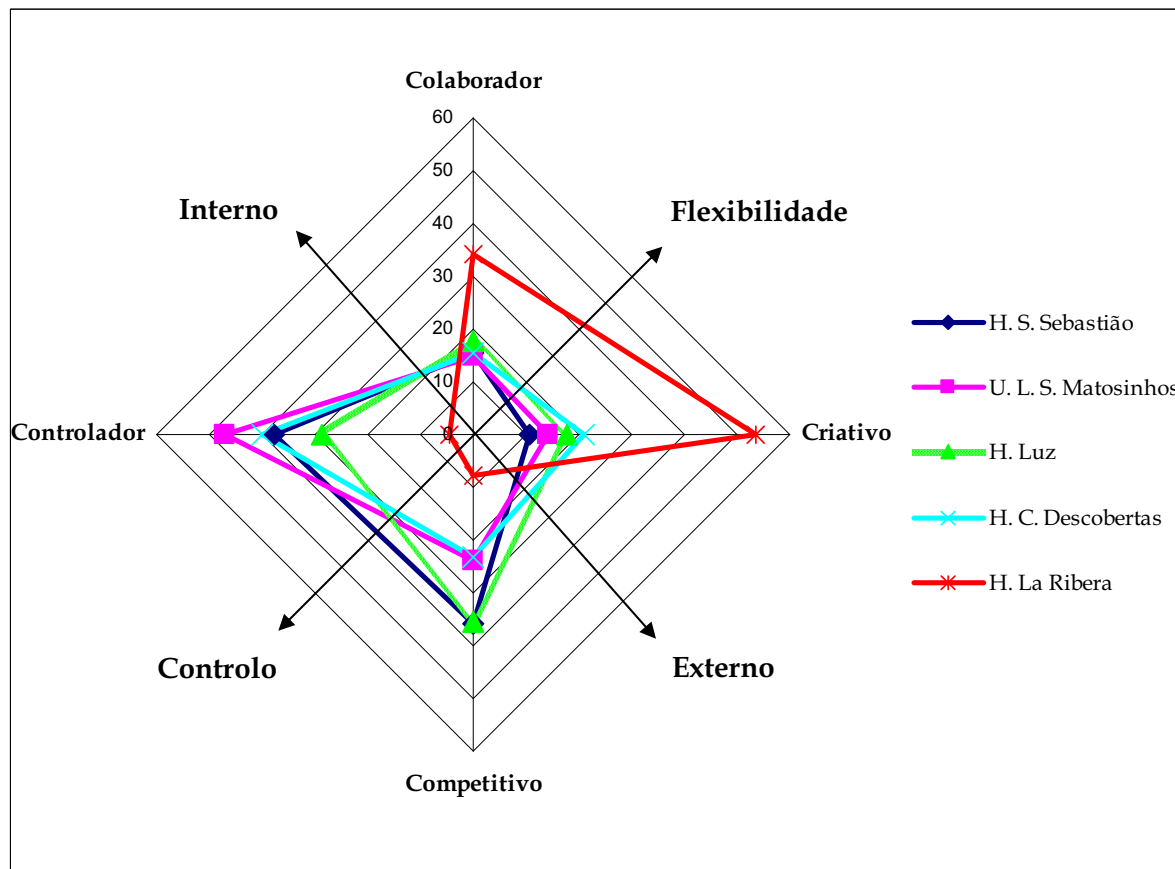
O **Hospital de La Ribera**, em função do seu modelo de gestão e de ter passado a ser um Hospital Universitário, é uma unidade que apresenta uma estratégia essencialmente *analisadora* (quando vê oportunidades), mas também é *defensivo* (quando sente que tem que consolidar).

Além disso, o facto de ser Universitário deu-lhe outras responsabilidades, nomeadamente ao nível da formação, da inovação, da mudança, da liderança, enfim conferiu-lhe responsabilidades acrescidas a que tem que responder em tempo útil e com qualidade.

4.3.2. MODELO DOS VALORES CONTRASTANTES: CULTURA ORGANIZACIONAL

Na análise das respostas às questões (A14, A16, A18, C1, C2, C3), que nos indicam como é que a **cultura organizacional** se desenvolve de acordo com o modelo, e qual a tipologia que emerge nestas organizações, verifica-se o seguinte, de acordo com o Gráfico nº 3: o **Hospital de S. Sebastião** apresenta um perfil que se encaixa nas características de uma organização com uma cultura *controladora* (o eixo flexibilidade/controlo está mais deslocado para o controlo e o eixo interno/externo está deslocado para a vertente interna – integração).

Gráfico nº 3 – Análise dos resultados dos respondentes ao questionário segundo o Modelo adaptado dos Valores Contrastantes (Cultura Organizacional)



A **Unidade Local de Saúde de Matosinhos** apresenta um perfil que se enquadra nas características de uma organização com uma cultura *controladora* (o eixo flexibilidade/controlador está mais deslocado para o controlo e o eixo interno/externo está deslocado para a vertente interna – integração). Por sua vez, o **Hospital da Luz** tem um perfil que se ajusta às características de uma organização com uma cultura *competitiva* (o eixo flexibilidade/controlador está mais deslocado para o controlo e o eixo interno/externo está deslocado para a vertente externa – diferenciação).

O perfil do **Hospital Cuf Descobertas** aponta para uma organização com uma cultura *controladora* (o eixo flexibilidade/controlador está mais deslocado para o controlo e o eixo interno/externo está deslocado para a vertente interna – integração).

Por fim, o **Hospital de La Ribera** apresenta o eixo flexibilidade/controlador deslocado para o lado da flexibilidade, e o eixo interno/externo deslocado para o lado externo –

diferenciação, o que lhe confere características de uma organização com uma cultura organizacional *criativa*.

4.3.3. MODELO DOS VALORES CONTRASTANTES: LIDERANÇA

Sobre as respostas à questão que nos indica como é que a **liderança** se desenvolve de acordo com o Modelo dos Valores Contrastantes e qual o tipo que emerge nestas organizações, verifica-se e de acordo com o Gráfico nº 4, que o **Hospital de S. Sebastião** apresenta características de uma organização com uma liderança *controladora* (o eixo flexibilidade/controlo está mais deslocado para o controlo e o eixo interno/externo está deslocado para a vertente interna — integração). A liderança é monitora e coordenadora.

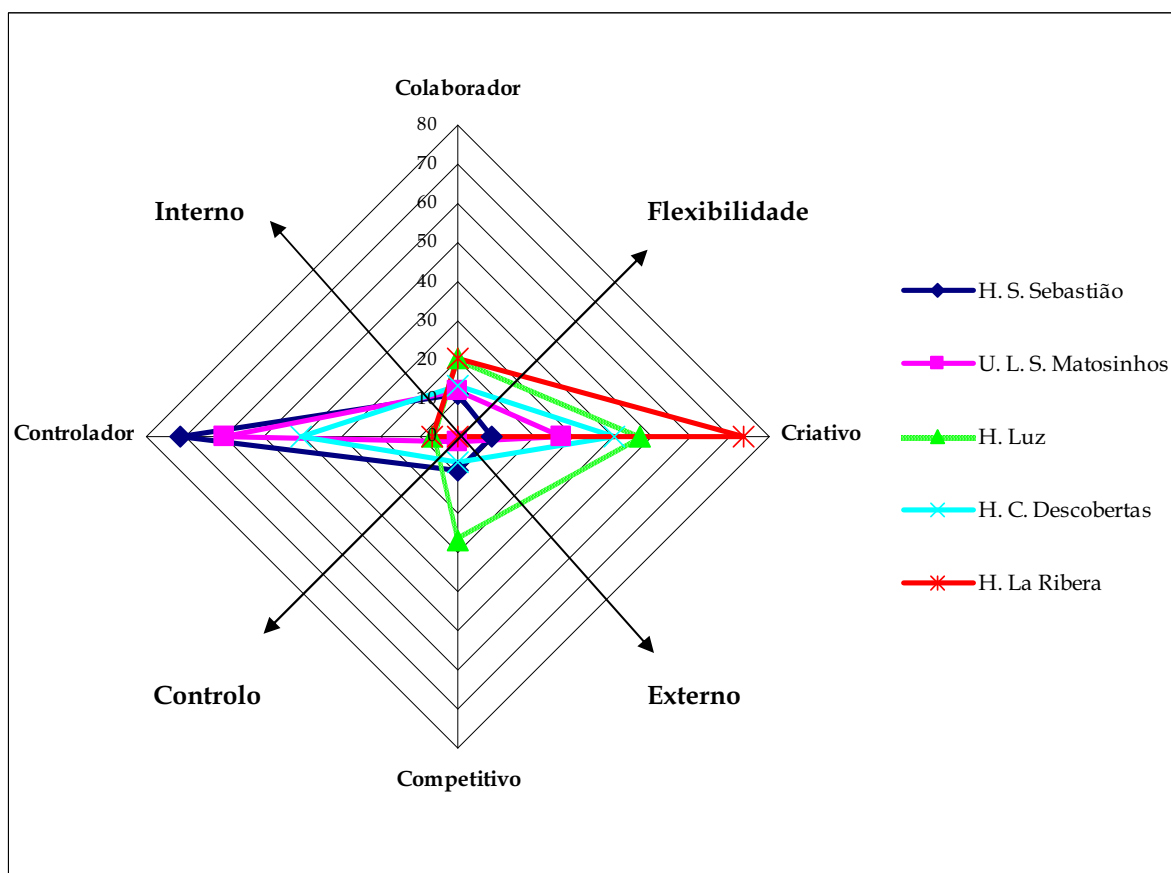
Quanto à **Unidade Local de Saúde de Matosinhos** é uma organização com uma liderança *controladora* (o eixo flexibilidade/controlo está mais deslocado para o controlo e o eixo interno/externo está deslocado para a vertente interna — integração). A liderança é monitora e coordenadora.

Relativamente ao perfil do **Hospital da Luz**, pode dizer-se que se enquadra nas características de uma organização com uma liderança *criativa* (o eixo flexibilidade/controlo está mais deslocado para a flexibilidade e o eixo interno/externo está deslocado para a vertente externa — diferenciação). A liderança é inovadora e *broker*.

O **Hospital Cuf Descobertas** apresenta um perfil com as características de uma organização com uma liderança simultaneamente *controladora* e *criativa*. O eixo flexibilidade/controlo está mais deslocado para o controlo e para a flexibilidade e o eixo interno/externo está deslocado para a vertente interna e externa — diferenciação e integração. A liderança é um misto de monitora e coordenadora com inovadora e *broker*.

Finalmente, o **Hospital de La Ribera** apresenta um eixo flexibilidade/controlo deslocado para o lado da flexibilidade, e um eixo interno/externo deslocado para o lado externo — diferenciação, o que lhe confere características de uma organização com uma liderança *criativa*. A liderança é inovadora e *broker*.

Gráfico nº 4 – Análise dos resultados dos respondentes ao questionário segundo o Modelo adaptado dos Valores Contrastantes (Liderança)



4.3.4. UNIDADES DE SAÚDE EM RELAÇÃO À ESTRATÉGIA

Neste ponto, o que se pretende saber, é se: (i) as distribuições dos 5 grupos (unidades de saúde) são iguais em tendência central de acordo com a percepção dos respondentes; (ii) e se existe pelo menos uma das unidades de saúde que difere em tendência central (vd. Quadro nº E12 no Anexo E). De facto as questões **A19.2** e **A19.5** têm associado um nível de significância de 0,010 e 0,001 respectivamente, pelo que existe pelo menos uma unidade de saúde que difere em tendência central.

Nas questões **A19.1**, **A19.3** e **A19.4** a moda é 2, para todas as unidades, na escala de Likert, **2= concordo** é o valor que detém o maior número de observações.

Nas questões **A19.2** e **A19.5** a moda é 2, excepto para a questão **A19.2 – HL** – que é 4, e para a questão **A19.5 – HSS** – que é 1. Assim, na escala de Likert, e para o **HL**, **4=discordo** é o valor que detém o maior número de observações para a questão **A19.2**; para a questão

A19.5 no **HSS**, o valor que detém maior número de observações é o **1=Concordo totalmente**.

Para a questão **A19.2**, o **HR** é a unidade de saúde que **concorda mais** com a afirmação (com uma média das ordens ou =53,60), e o **HCD** é o que **concorda menos** (102,50).

Ao olhar para a questão **A19.5**, o **HSS** e o **HR** são as unidades de saúde que **concordam mais** com a afirmação (média das ordens de 62,18 e 70,40 respectivamente), estando as outras unidades de saúde mais focalizadas na **não concordância** com a afirmação, muito próximas do nível das médias das ordens.

4.3.5. UNIDADES DE SAÚDE EM RELAÇÃO À INOVAÇÃO

As questões **B1** e **B4** têm associado um nível de significância inferior a 0,01 respectivamente, pelo que existe pelo menos uma unidade de saúde que difere em tendência central (vd. Quadro nº E13 no Anexo E).

Nas questões **B1** e **B4**, o **HL** é a unidade de saúde que **concorda mais** com a afirmação (média das ordens 125,27 e 118,97), ou seja, é o que dá mais importância à inovação, enquanto que o **HR** é o que **concorda menos** (média das ordens 73,50 e 60,60), para um $p < 0,01$.

As modas (valores que detém o maior número de observações) confirmam a tendência das média das ordens, sendo que, quanto maior é a média das ordens maior é a moda, e quanto menor é a média das ordens menor é a moda.

4.3.6. UNIDADES DE SAÚDE EM RELAÇÃO À LIDERANÇA

Quanto à questão **C6.5**, **C6.6** e **C6.7**, o **HR** é a unidade de saúde que **concorda mais** com a afirmação (média das ordens 60,00, 56,27 e 64,70), e o **HSS** é o que **concorda menos** (média das ordens 89,63, 91,31 e 91,27) para $p < 0,05$.

Na questão **C6.8**, o **HL** é a unidade de saúde que **concorda mais** com a afirmação (média das ordens 61,87), e a **ULSM** é a que **concorda menos** (média das ordens 81,47) para $p < 0,05$.

Ao olhar para a questão **C6.11**, **C6.12** e **C6.13**, o **HR** é a unidade de saúde que **concorda mais** com a afirmação (média das ordens 49,83, 42,73 e 56,80), e a **ULSM** é a que **concorda menos** (média das ordens 89,23, 98,85 e 95,08) para $p < 0,05$.

Daqui se conclui que nestas questões, existe pelo menos uma unidade de saúde que difere em tendência central (vd. Quadro nº E14 no Anexo E).

As modas (valores que detêm o maior número de observações) confirmam a tendência da média das ordens, sendo que, quanto maior é a média das ordens maior é a moda, e quanto menor é a média das ordens menor é a moda.

4.3.7. UNIDADES DE SAÚDE (CASOS) VERSUS A ESTRATÉGIA, INOVAÇÃO E LIDERANÇA

Não é possível fazer uma análise do *staff/line* em relação às unidades de saúde, dado que as organizações **HR**, **HL**, **HCD** tem um *line* muito reduzido, inferior a 15 (vd. Quadro nº. 25), uma estrutura muito achatada, com poucos níveis hierárquicos intermédios, não permitindo assim uma amostra adequada para o efeito.

Se olharmos para a distribuição das médias, medianas e % de positivos nas unidades de saúde (Quadro nº 25) em relação à estratégia, inovação e liderança, verifica-se o seguinte:

- ao nível da **estratégia**, a média tende em todas as unidades de saúde para 2, sendo a do **HR** a que tem valor mais baixo (1.786), ou seja é o que **concorda mais** com as questões sobre estratégia; a mediana também se encontra no valor 2; em relação à percentagem de positivos (que pretende ver a consistência), o **HR** é o que apresenta maior valor 72% e o **HL** é o que apresenta menor valor 50.7%;
- ao nível da **inovação**, a média tende em todas as unidades de saúde para 5, sendo a do **HL** a que tem valor mais alto (5.773), ou seja é o que **concorda mais** com as questões sobre inovação; a mediana também se encontra no valor 5. Em relação à percentagem de positivos (que pretende ver a consistência), o **HL** é o que apresenta maior valor 78,7% e o **HCD** é o que apresenta menor valor 58.7%;
- ao nível da **liderança**, a média tende em todas as unidades de saúde para 2, sendo a do **HR** a que tem valor mais baixo (1.974), ou seja é o que **concorda mais** com as questões sobre liderança. A mediana também se encontra no valor 2. Em relação à percentagem de positivos (que pretende ver a consistência), o **HCD** é o que apresenta maior valor 68.7% e a **ULSM** é a que apresenta menor valor 54%.

Quadro nº 25 – Distribuição das médias, medianas e % de positivos nas unidades de saúde em relação à estratégia, inovação e liderança.

<i>Unidades</i>		ESTRATÉGIA	INOVAÇÃO	LIDERANÇA
H. S. Sebastião	Média	2.062	5.128	2.259
	Mediana	2	5	2
	Média das ordens	75.66	83.89	83.74
	% Positivos (CONCORDO)	59.6%	61.4%	54.9%
U.L.S. Matosinhos	Média	2.277	5.040	2.343
	Mediana	2	5	2
	Média das ordens	90.77	81.28	93.74
	% Positivos (CONCORDO)	64%	65.6%	54%
H. Descobertas	Média	2.239	4.929	2.030
	Mediana	2	5	2
	Média das ordens	91.50	71.17	67.63
	% Positivos (CONCORDO)	68%	58.7%	68.7%
H. Luz	Média	2.301	5.773	2.015
	Mediana	2	6	2
	Média das ordens	96.60	116.97	69.60
	% Positivos (CONCORDO)	50.7%	78.7%	55.4%
H. La Ribera	Média	1.786	4.866	1.974
	Mediana	2	5	2
	Média das ordens		66.80	61.30
	% Positivos (CONCORDO)	72%	64%	57%
H		15.011	10.396	9.300
p (KW)		0.005	0.034	0.054

Legenda – % Positivos: na estratégia e liderança considerou-se 2 (concordo). Na inovação considerou-se 5 e 6 como concordo; *média das ordens* – orientador do sentido das diferenças; **H** – qui-quadrado através do teste de Kruskal-Wallis (valor de teste); **p** – grau ou nível de significância; **Estratégia** e **Liderança**: de 1 (concordo totalmente); 2 (concordo); 3 (nem concordo nem discordo); 4 (discordo); 5 (discordo totalmente); **Inovação**: de 1 (mínima importância); 2; 3; 4; 5; 6; 7 (máxima importância).

Ao fazer a análise dos níveis de significância, verifica-se que a estratégia e a inovação têm associados valores de $p < 0.01$ (muito significativa) e 0.05 (significativa), respectivamente. Desta análise, pode concluir-se que existe pelo menos uma das unidades de saúde que difere em tendência central, para um nível de significância de 5%. No que concerne à liderança, as distribuições das cinco unidades de saúde são iguais em tendência central ($p > 0.05$, n.s.) (vd. Quadro nº 25).

No Quadro nº 26 os valores de *score* da estratégia e da liderança variam entre um e cinco, sendo o valor de um correspondente a **concordo totalmente** e o valor de cinco **discordo totalmente**. Os valores de *score* da inovação variam entre um e sete representando o código um **mínima importância** e o código sete **máxima importância**.

O *score* representa um indicador global de estratégia, liderança e inovação nas unidades de saúde estudadas (casos), onde o *score* um é o melhor cenário para a estratégia e liderança e o

pior cenário para a inovação, sendo o *score* cinco o pior cenário para a estratégia e liderança e o *score* sete é o melhor cenário para a inovação.

Quadro nº 26 – Scores das unidades de saúde em relação à estratégia, inovação e liderança

<i>Unidades</i>	<i>Score Estratégia</i>	<i>Score Inovação</i>	<i>Score Liderança</i>
H. S. Sebastião	2.06	5.13	2.26
U.L.S. Matosinhos	2.27	5.01	2.34
H. Descobertas	2.24	4.92	2.03
H. Luz	2.30	5.77	2.01
H. de La Ribera	1.78	4.86	1.97

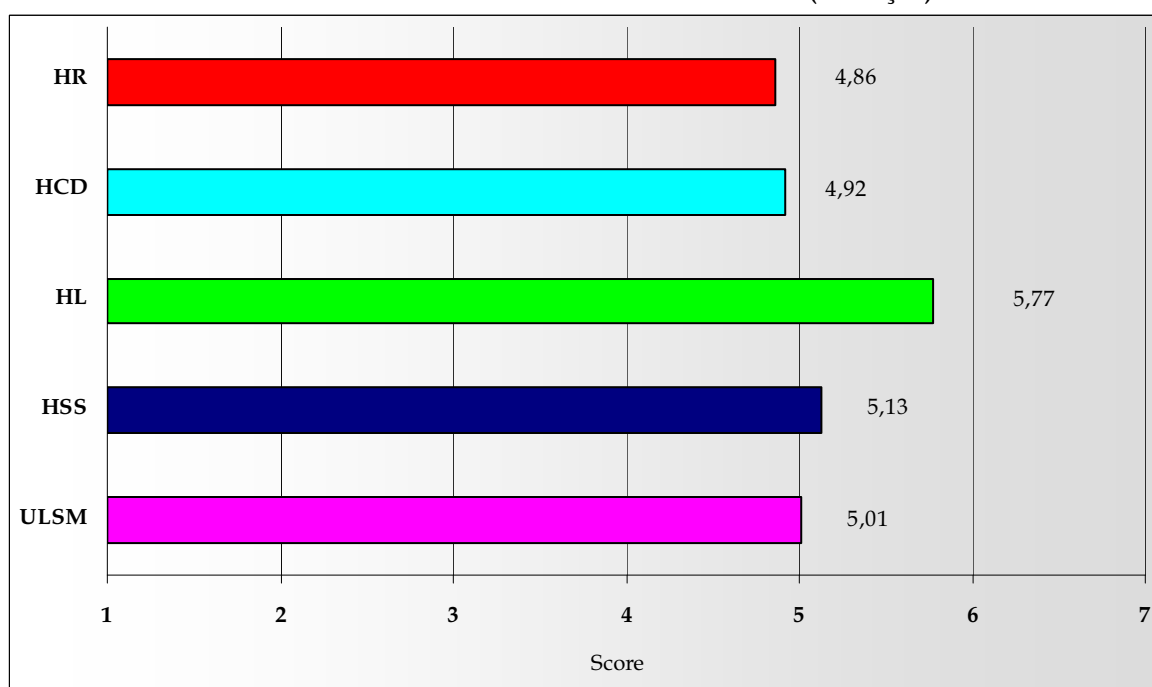
Legenda: Estratégia e Liderança: de 1 (concordo totalmente); 2 (concordo); 3 (nem concordo nem discordo); 4 (discordo); 5 (discordo totalmente). Inovação: de 1 (mínima importância); 2; 3; 4; 5; 6; 7 (máxima importância).

Assim sendo, ao nível da **estratégia**, o **melhor score** é o do HR (1.78), seguido do HSS (2.06), do HCD (2.24), da USLM (2.27) e finalmente o HL (2.30, o **pior score** a este nível).

Em relação à **inovação**, o **melhor score** é do HL (5.77). O HR tem o **pior score**, com 4.86 (vd. Gráfico n. 5).

Ao nível da **liderança**, o **melhor score** é o do HR (1.97), e o pior é o da USLM (2.34).

Gráfico nº 5 – Score das Unidades de Saúde (inovação)



Se olharmos apenas para as organizações de saúde portuguesas, e focalizarmos os **scores** do *Staff/Line* (vd. Quadro nº 27), verificamos que existe uma percepção em relação à estratégia de que um dos grupos (neste caso o *Line*) **concorda mais** com a estratégia delineada (com um grau de significância de 5%), o que é normal dado este grupo estar na génese da

estratégia organizacional. De igual modo se comporta a inovação, que para um grau de significância de 5%, também é o *Line* que **concorda mais** com as inovações introduzidas. Desta análise, pode concluir-se, que pelo menos um dos grupos difere em tendência central para a estratégia e para a inovação.

Quadro nº 27 – Scores dos grupos profissionais (Staff e Line), em relação à estratégia, inovação e liderança

<i>Grupos</i>	<i>Score Estratégia</i>	<i>Score Inovação</i>	<i>Score Liderança</i>
<i>STAFF</i>	2.26	5.04	2.28
<i>LINE</i>	1.96	5.46	2.10
<i>p</i>	<0,05	<0,05	>0,05

Legenda: **Estratégia:** de 1 (concordo totalmente); 2 (concordo); 3 (nem concordo nem discordo); 4 (discordo); 5 (discordo totalmente).

Liderança: de 1 (concordo totalmente); 2 (concordo); 3 (nem concordo nem discordo); 4 (discordo); 5 (discordo totalmente).

Inovação: de 1 (mínima importância); 2; 3; 4; 5; 6; 7 (máxima importância).

Se se fizer o mesmo tipo de raciocínio, mas desta vez em relação às organizações do sector público e do sector privado português (vd. Quadro nº 28), verificamos que para um grau de significância de 5%, existe uma relação estatisticamente significativa na liderança, em que o sector privado está mais formalmente ligado à liderança que o sector público. Desta análise, pode concluir-se que existe pelo menos um dos sectores que difere em tendência central (sector privado).

Quadro nº 28 – Scores das Unidade de Saúde (Sector Público e Privado), em relação à estratégia, inovação e liderança

<i>Grupos</i>	<i>Score Estratégia</i>	<i>Score Inovação</i>	<i>Score Liderança</i>
<i>Público</i>	2.19	5.06	2.31
<i>Privado</i>	2.27	5.34	2.02
<i>p</i>	>0,05	>0,05	<0,05

Legenda: **Estratégia:** de 1 (concordo totalmente); 2 (concordo); 3 (nem concordo nem discordo); 4 (discordo); 5 (discordo totalmente).

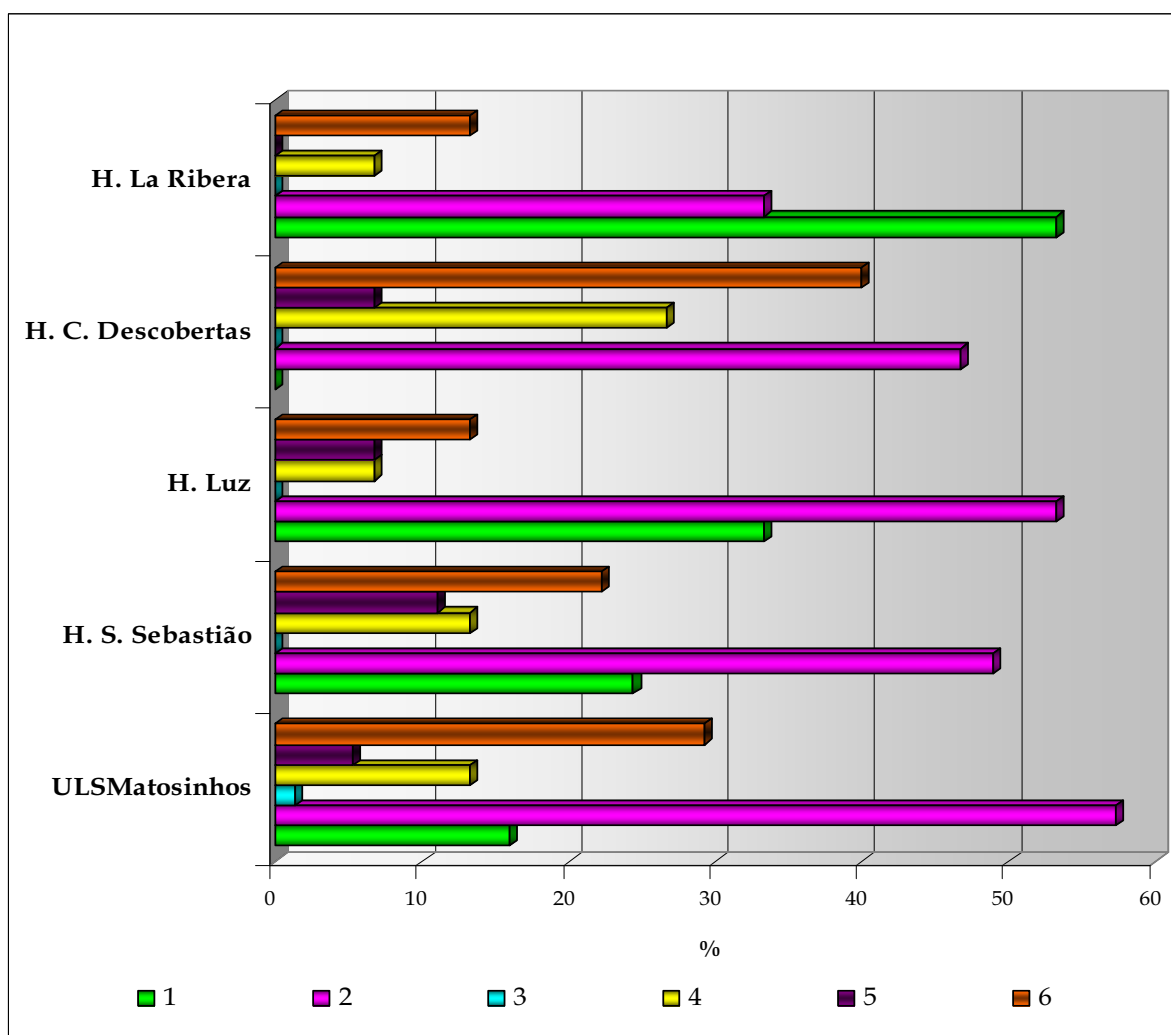
Liderança: de 1 (concordo totalmente); 2 (concordo); 3 (nem concordo nem discordo); 4 (discordo); 5 (discordo totalmente).

Inovação: de 1 (mínima importância); 2; 3; 4; 5; 6; 7 (máxima importância).

4.3.8. RELAÇÃO ENTRE A ESTRATÉGIA ORGANIZACIONAL E A INOVAÇÃO

Quando se questionou como é que a estratégia organizacional estava ligada com o processo de inovação (Gráfico nº 6), os respondentes da **ULSM**, do **HSS**, do **HL** e do **HCD** consideraram que a estratégia de desenvolvimento faz parte do processo de inovação. No entanto, o **HR** considerou que a estratégia de desenvolvimento do processo é orgânica.

Gráfico nº 6 – A estratégia organizacional e os processos de inovação



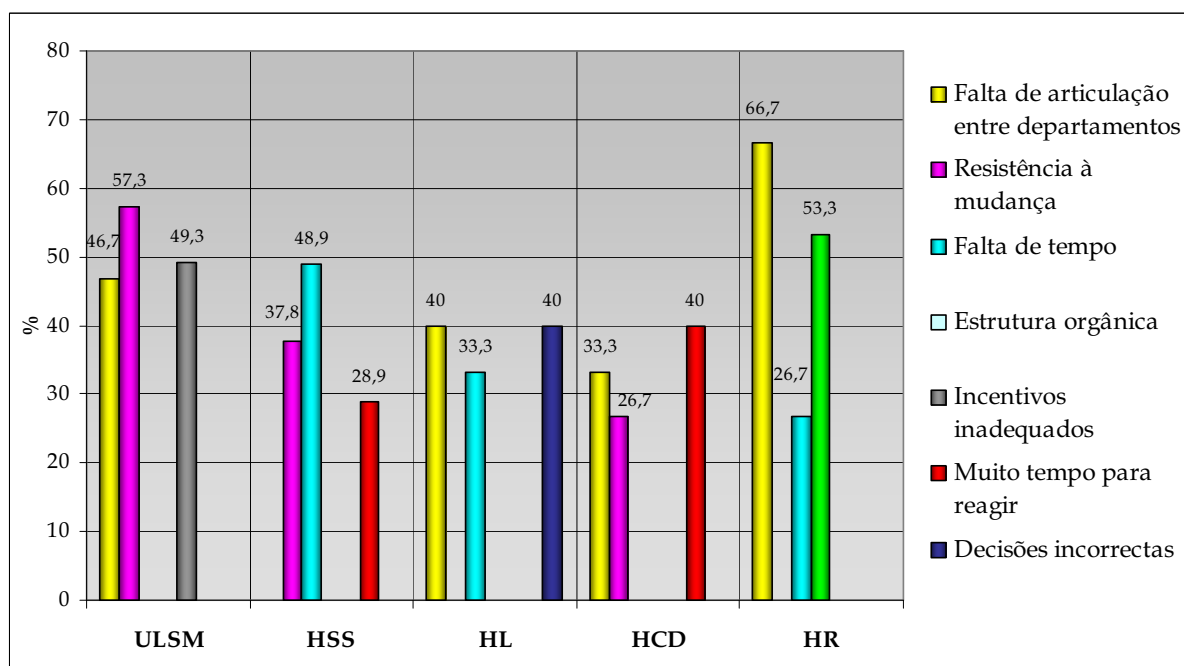
Legenda: 1 – A nossa estratégia de desenvolvimento e processos é orgânica e não está formalmente ligada; 2 – A estratégia de desenvolvimento faz parte do nosso processo de inovação; 3 – Tem um plano de inovação separado; 4 – Utiliza ferramentas para resolver problemas estratégicos; 5 – Incorporada na descrição de funções dos gestores sénior; 6 – Está no plano estratégico da organização

4.3.9. MAIORES OBSTÁCULOS À INOVAÇÃO

Quando se pretende saber quais os maiores obstáculos à inovação, os resultados são diversos (Gráfico nº 7): (i) a **ULSM** considera em primeiro lugar a resistência à mudança, seguida de incentivos inadequados e de falta de articulação entre departamentos; (ii) o **HSS** põe em primeiro lugar a falta de tempo, seguida de resistência à mudança e do muito tempo para reagir quer ao ambiente externo quer interno; (iii) o **HL** destaca as decisões incorrectas e a falta de articulação entre departamentos, seguidas de falta de tempo (hospital recente, onde os circuitos estão ainda a ser criados); (iv) o **HCD** considera em primeiro lugar o muito tempo para reagir quer ao ambiente externo quer interno, seguido de falta de articulação entre departamentos e a resistência à mudança (provavelmente o

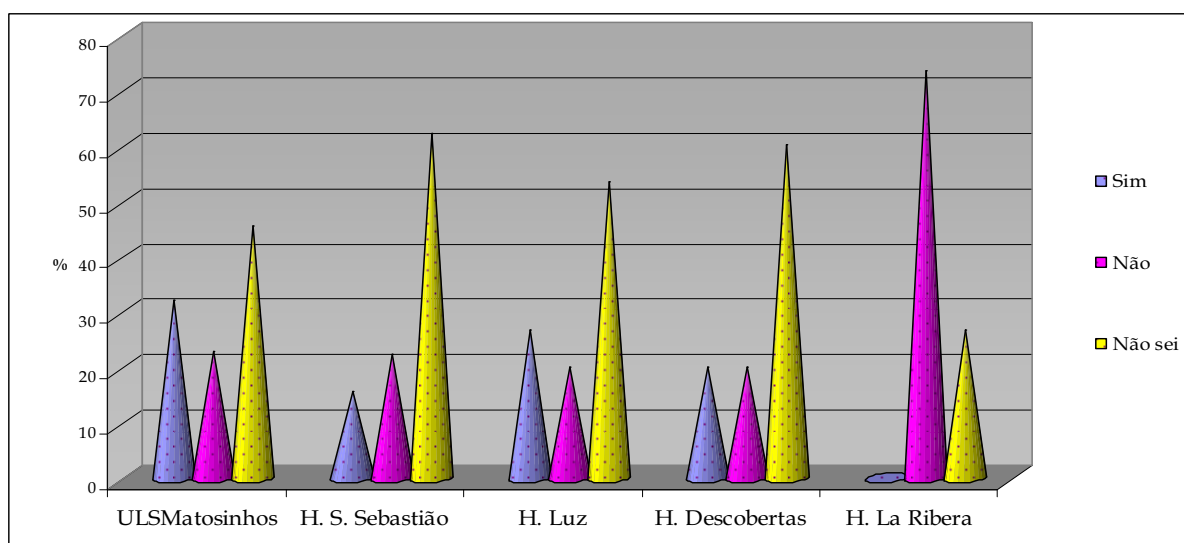
facto das pessoas irem lá trabalhar e terem outro emprego, não facilita a articulação); (v) por fim, o **HR** onde o obstáculo principal seria a falta de articulação entre departamentos, seguido de estrutura orgânica (o facto de só existirem dois departamentos – medicina e cirurgia, e das camas não pertencerem aos serviços, poderá ser considerado um constrangimento) e a falta de tempo.

Gráfico n.º 7 – Os três maiores obstáculos à inovação nas organizações de saúde estudadas



Em relação à existência de portefólio de inovação, e segundo o Gráfico n.º 8, a grande maioria dos respondentes não sabe (ou afirma que não existe).

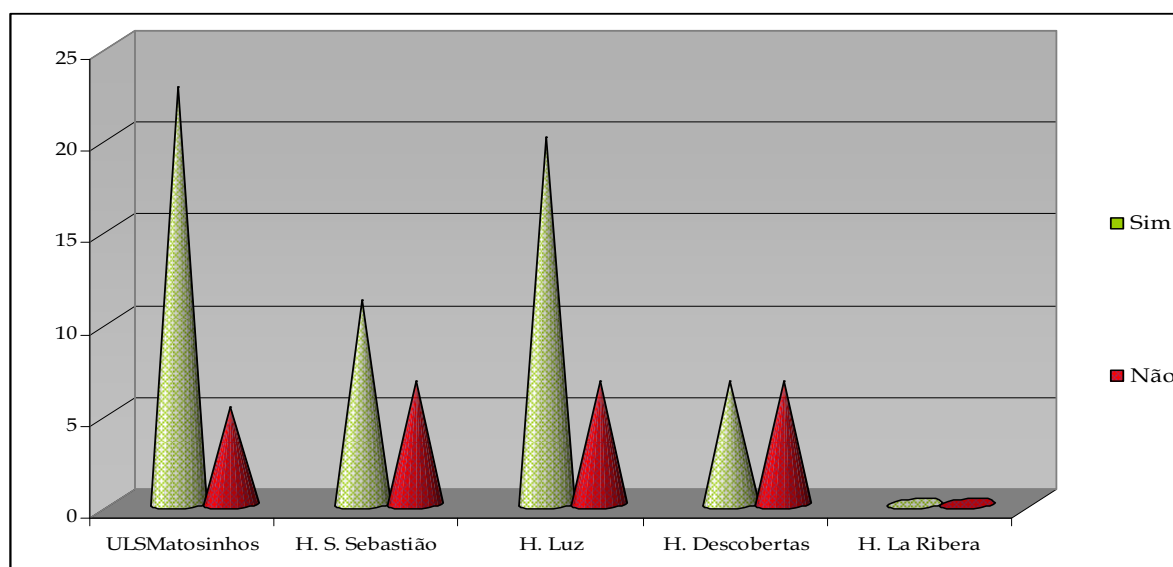
Gráfico n.º 8 – Existência de portefólio de inovação na organização



A existência de um portfólio sobre inovação contribuiria para uma melhor gestão e articulação destas matérias, dado que exigiria um registo, uma bolsa e a sua gestão. Por vezes as ideias e sugestões não se podem levar à prática, mas o tempo pode ajudar a que venham a ser utilizadas.

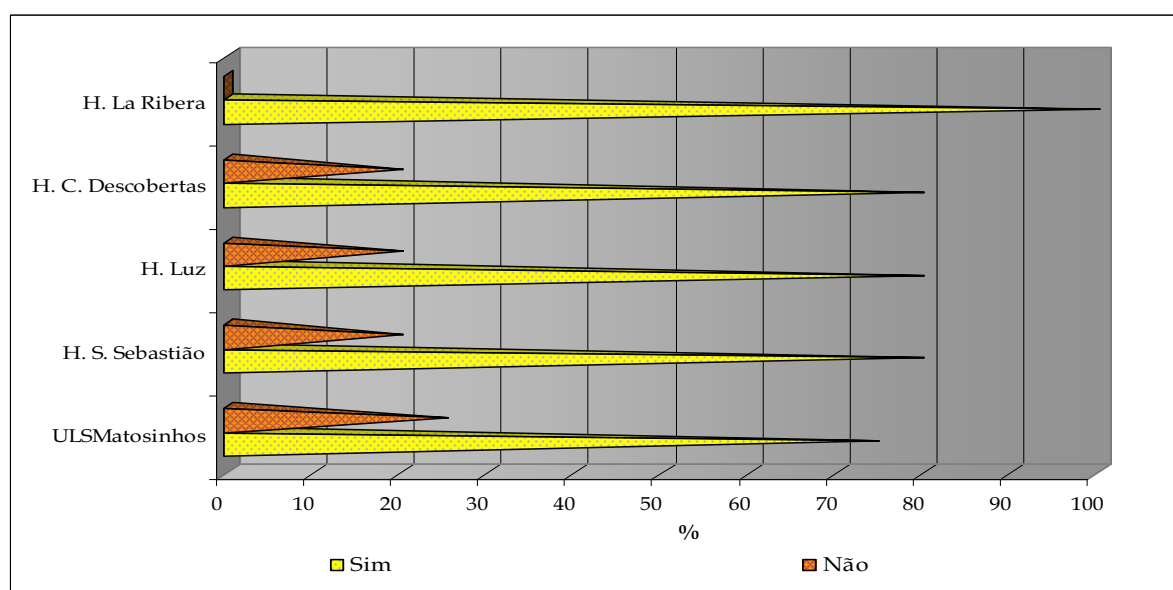
A grande maioria dos respondentes em todas as unidades afirma, segundo o Gráfico nº 9, que a sua organização utiliza algum *software* de gestão para apoiar os processos de mudança.

Gráfico nº 9 – A organização utiliza software de gestão para apoiar os processos de mudança



Segundo o Gráfico nº 10, os respondentes afirmam, na sua grande maioria, que existem incentivos com expressão pecuniária nas suas unidades.

Gráfico nº 10 – Existência de incentivos com expressão pecuniária



4.4. ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE

As entrevistas em profundidade pretendem garantir uma *fotografia* mais nítida das organizações e uma análise adicional de dados, nomeadamente através dos comentários feitos durante as mesmas. É no entanto uma técnica que consome muito tempo e que obriga a mais deslocações (como consequente dispêndio de tempo e dinheiro) e a um maior esforço no que concerne ao tratamento e análise dos dados.

A marcação das entrevistas foi feita ou através do secretariado dos CA ou directamente com os entrevistados.

Foram realizadas entrevistas a cinco presidentes do Conselho de Administração/Director Gerente/Comissão Executiva, a um vogal executivo, a dois Directores clínicos e a dois Enfermeiros directores, num total de dez.

Todos os elementos entrevistados possuíam formação superior (medicina, economia, enfermagem, engenharia). Para além desta formação, possuíam formação pós-graduada em diversas áreas (por exemplo, cursos de especialização em administração hospitalar, cursos de mestrado).

Quando questionados sobre o que eram para si as ideias-chave para o sector da saúde (Quadro nº 29), os seus contributos foram discriminados em categorias e os comentários a essas categorias contabilizados em número e em percentagem.

Quadro nº 29 – Distribuição dos comentários por categorias

Categoria	Comentários	%
Responsabilidade	26	12
Integração de cuidados	26	12
Sustentabilidade económico-financeira	26	12
Flexibilidade, rapidez e agilidade na tomada de decisão	24	11
Equipas sem complexos nem ideias pré concebidas	24	11
Qualidade	19	9
Forte componente de inovação organizacional	19	9
Partilha de serviços	16	7
Gestão	15	7
Desempenho elevado das organizações com procura da excelência	12	5
Centralidade no utente	12	5
Total	219	100

Quando questionados sobre o que era para si inovação (Quadro nº 30), os seus contributos foram discriminados em categorias e os comentários a essas categorias contabilizados em número e em percentagem.

Quadro n° 30 – Distribuição dos comentários por categorias

Categoria	Comentários	%
Contratos-programa	26	16
Integração de cuidados	26	16
Marketing	26	16
Flexibilidade, rapidez e agilidade na tomada de decisão	24	14
Equipas sem complexos nem ideias pré concebidas	24	14
Equipamentos médicos	14	10
Forte componente de inovação organizacional	12	7
Ambiente	12	7
Total	164	100

Quando questionados sobre como se exerce a liderança (na inovação) – se ela é colegial ou individual; se é mais hierárquica ou mais achatada; como são transmitidas e apresentadas as propostas para inovações e como chega à gestão de topo uma ideia inovadora –, uma percentagem elevadíssima (96%) considera que a liderança é colegial (conselho de administração ou comissão executiva). Só uma proporção residual (4%) afirma que a liderança é individual, centrada no presidente do conselho de administração. Além disso, é essencialmente hierárquica (90%) (apenas uma minoria, 10%, considera que ela é mais horizontalizada).

Infere-se das entrevistas que, em 85% dos casos, as propostas de inovação chegam à gestão de topo através das chefias intermédias. Só em 15% dos casos é que são os próprios colaboradores a fazerem chegar as ideias inovadoras à gestão de topo. Por outro lado, existem poucos grupos de pensamento e dinamizadores de projectos inovadores (15%).

As dificuldades/constrangimentos em relação à liderança, estratégia e inovação nestas organizações de saúde prendem-se essencialmente com os contratos-programa (38% – 19 comentários), legislação e normativos (38% – 19 comentários), as mudanças de políticas de saúde (20% – 10 comentários) e reestruturação de serviços (4% – 2 comentários).

4.5. ANÁLISE DAS REFLEXÕES ESTRATÉGICAS FEITAS PELOS CONSELHOS DE ADMINISTRAÇÃO

Foi solicitado aos presidentes dos conselhos de administração, por *e-mail*, uma reflexão em função dos resultados obtidos nas suas organizações.

Todos os presidentes responderam, e no geral concordaram com os resultados encontrados para as suas organizações. De facto as organizações não se podem considerar apenas numa

única tipologia: em função do tempo e das especificidades do ambiente externo e interno elas evoluem de uma tipologia para outra, considerando que o *continuum* é de facto a realidade das organizações de hoje e do futuro.

Em relação à cultura organizacional e à liderança, e apesar de pretenderem ser organizações mais flexíveis e de terem que responder a especificidades colocadas pelas tutelas, inibem-se um pouco no seu desenvolvimento (mais verdadeiro nas organizações do sector público que nas do sector privado). No entanto, estão a fazer um esforço para que no sector público haja mais flexibilidade, um maior diálogo, responsabilização das chefias intermédias na gestão e uma maior autonomia, transparência nas decisões e um maior enfoque no utente. Ao nível dos *stakeholders*, pretende-se uma comunidade mais presente e interventiva na resolução de problemas e apresentação de soluções. Também os fornecedores, os utentes e até os competidores podem dar uma colaboração nas organizações de saúde numa perspectiva *outside-in* (de fora para dentro). As auditorias, nomeadamente as clínicas, podem dar um enorme apoio ao desenvolvimento organizacional, com a implementação duma metodologia *peer-to-peer*, onde são os colegas que vão auditar os processos e os serviços.

No geral, todos consideraram que, apesar de tudo, (i) uma percentagem elevada de processos inovadores internos são colocados *bottom-up* por alguns colaboradores, estando assim na sua génese; (ii) a tomada de decisão de as colocar no terreno é feita *top-down*; (iii) a sua execução é numa primeira fase um estudo piloto, em que após análise e avaliação poderá ser disseminada por toda a organização; e, por fim, (iv) a difusão das ideias inovadoras passa por uma comunicação interna forte.

Em relação a processos inovadores externos, a sua génese, adopção e mesmo difusão passam pela tutela que a impõe com a intenção ou preocupação de uniformizar procedimentos. O estabelecimento de objectivos e indicadores permite o *benchmarking* entre as organizações, e a criação de um quadro comparativo entre elas (sem o qual por vezes são comparadas ‘coisas’ que não podem ser comparadas).

CAPÍTULO V – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1. MODELO ADAPTADO DE MILES & SNOW

Este modelo ajuda a entender melhor as dinâmicas das organizações de saúde, aqui objecto de estudo de caso (cinco casos). As organizações de saúde *prospectivas e analisadoras* fazem mais frequente e substancialmente ajustamentos em função das condições do ambiente, e os administradores destes hospitais olham mais para os colaboradores como um potencial de informação e conhecimento. Eles percebem que na sua organização de saúde uma grande maioria desses colaboradores interfere nas decisões. Estas são descentralizadas nos diversos sectores, seguem um processo *bottom-up*. Em suma, são organizações com uma hierarquia mais achatada.

Enquanto isso, numa organização de saúde *defensiva e reactiva* poucos ou nenhuns ajustamentos são feitos em função do ambiente. Os administradores dão atenção aos serviços internos mas estão focados no todo organizacional. Têm uma hierarquia *top-down* mais efectiva.

As unidades de saúde *prospectivas* têm complexos mecanismos de coordenação (comunicação; descentralização e participação na tomada de decisão); as unidades de saúde *defensivas* fazem esforços para racionalizar a produção, têm mecanismos simples de coordenação, a tomada de decisão centralizada é influenciada pela produção e finanças e as unidades de saúde *analisadoras* têm as características das duas anteriores, sendo que o ambiente é muito importante na tomada de decisão.

H. S. SEBASTIÃO

Esta unidade de saúde, apesar de se enquadrar numa tipologia essencialmente *prospectiva* (de acordo com o modelo adaptado de Miles & Snow, vd. Gráfico 2 no Cap. IV), também tem características ou traços de *analisadora*.

O HSS teve um crescimento rápido, trilhou novos caminhos e desenvolveu métodos inovadores essencialmente ao nível do modelo de gestão, indo ao encontro das estratégias do NPM. Apresenta também uma vertente *defensiva*. Esta vertente, talvez se deva ao facto de após ter sido considerado um hospital inovador ao nível da gestão, ele não se replicou por outras unidades de saúde (não se tornou um pólo de irradiação, ficou como uma espécie de quisto ou abcesso de fixação).

Os próprios responsáveis consideram que houve uma regressão desta unidade de saúde aquando da passagem para SA e posteriormente para EPE. O **HSS**, em Portugal, abriu caminho a novas formas de gestão e a um modelo de gestão mais próximo do sector privado, com ferramentas próprias deste sector, quer ao nível do aprovisionamento quer da gestão de recursos humanos. Isso permitiu-lhe maior flexibilidade na gestão (recursos humanos, aprovisionamento, contratualização interna, entre outros), indo ao encontro do que se pretendia para os hospitais do SNS com o *New Public Management*.

No entanto, a flexibilidade para um melhor desempenho, a transparência e a responsabilização pelos actos administrativos praticados ficaram aquém do que era esperado. Com a passagem a Entidade Pública Empresarial (EPE), passou a haver uma maior centralização no Ministério da Saúde através da Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde (ACSS) e das Administrações Regionais de Saúde (ARS), o que veio frustrar as expectativas desta unidade de saúde relativamente a uma maior descentralização e flexibilidade.

Este tipo de organizações faz frequentes e substanciais ajustamentos em função das condições ambientais. Os administradores destas organizações olham também para o seu interior, pois grande parte das tomadas de decisão são influenciadas pelos órgãos internos, havendo assim uma descentralização e uma estrutura organizacional mais achatada.

Estas unidades de saúde têm complexos mecanismos de coordenação e comunicação, o que vem de encontro às conclusões de estudo de Hambrick (1983).

A estratégia organizacional é contínua em vez de categórica, dado estarem presentes os dois tipos — *prospectivos* e *analísadores*, o que também é referido no estudo de Boyne e Walker, (2004). Podemos ir ainda mais longe, e dizer que a estratégia organizacional do **HSS** depende da contingência e do tempo. Por contingência podemos considerar o meio interno e externo que vai moldando a organização. Esta contingência é plástica, e depende do tempo, daí ser interdependente e contínua no tempo e no espaço.

U L S MATOSINHOS

É uma unidade de saúde com características mistas — *prospectiva* e *analísadora* (vd. Gráfico nº 2 no Cap. IV). As organizações de saúde de tipologia *prospectiva* e *analísadora* têm um crescimento rápido, trilharam novos caminhos e desenvolvem métodos inovadores, fazendo

frequentes e substanciais ajustamentos em função das condições ambientais, as quais são monitorizadas regularmente.

Os administradores destas organizações olham também para o seu interior, pois grande parte das tomadas de decisão são influenciadas pelos órgãos internos, havendo assim, uma descentralização e uma estrutura organizacional mais achatada. No caso da **ULSM**, a sua estrutura continua a ser bastante verticalizada.

Por outro lado, houve a preocupação de adquirir programas informáticos que interligassem os dois tipos de cuidados de saúde que são prestados, primários e diferenciados. Inclusivamente a telemedicina foi utilizada nesta unidade de saúde para dar resposta às necessidades dos médicos de família dos centros de saúde que passaram a ter acesso em tempo real aos especialistas do serviço de Dermatologia. Evita-se assim a deslocação dos utentes e rentabilizam-se recursos (tempo nas deslocações, monetários com o transporte dos utentes, realização de nova consulta, entre outros) melhorando assim o acesso a este tipo de cuidados.

Por vezes estas organizações tomam aspectos que as identificam mais com a tipologia *defensiva*, ou seja, fazem poucos ou nenhuns ajustamentos em função do ambiente. Os administradores olham para o interior das suas organizações, no entanto, a tomada de decisão é centralizada, tem uma estrutura hierárquica mais *top-down*. Passou a haver uma maior centralização no Ministério da Saúde (através da ACSS e das ARS), o que veio frustrar as expectativas desta unidade local de saúde numa maior descentralização e flexibilidade.

As organizações de saúde do tipo *prospectivo* têm complexos mecanismos de coordenação e comunicação (Hambrick, 1983). O mesmo autor considera que organizações *defensivas* fazem esforços no sentido da racionalização da produção e tem mecanismos simples de coordenação, onde a tomada de decisão é centralizada e influenciada pela produção e parte financeira. Organizações com uma tipologia *analisadora* têm características das duas anteriores tipologias (*prospectiva* e *defensiva*). Em função do ambiente e dos problemas, assim a organização toma um dos sentidos, sendo portanto plástica e contínua em função do tempo.

A estratégia deve ser contínua em vez de categórica, dado estarem presentes os dois tipos – *prospectivos* e *analisadores* (Boyne e Walker, 2004). A *defensiva* acaba por se esbater, dado ser redundante, ou seja ela está incluída num dos outros tipos.

HOSPITAL DA LUZ

O HL apresenta uma tipologia essencialmente *prospectiva*. Isso pode dever-se à sua juventude (vd. Gráfico nº 2 no Cap. IV). É uma organização de saúde em rápido crescimento, trilha novos caminhos e desenvolve métodos inovadores (p. ex. o serviço de oncologia com modernos equipamentos de radioterapia), o que está de acordo com o modelo de Miles & Snow (2003). Este tipo de organização tem complexos mecanismos de coordenação — comunicação; descentralização e participação na tomada de decisão o que corrobora as conclusões de Hambrick (1983).

O *scanning* do mercado é também uma das competências deste tipo de organizações, à procura de oportunidades (Conant *et al*, 1990; McKee, Varadarajan e Pride, 2004, Shortell e Zalac, 1990).

O conselho de administração, no entanto, considera-a *analisadora*, pois tem que estar sempre a monitorizar o ambiente externo e a intervir sempre que necessário. O ambiente interno também é uma preocupação pois dele podem surgir problemas (p. ex. diminuição da produção).

Pensamos que esta atitude *analisadora* se insere numa política *prospectiva*, dado que, apesar de ter de responder positivamente às suas obrigações, como organização de saúde privada, não perde de vista o mercado, e os seus colaboradores tendem a ser o mais dinâmicos possível de modo a captar novos clientes e a ir ao encontro das suas expectativas, quer ao nível do tratamento quer ao nível das amenidades.

HOSPITAL CUF DESCOBERTAS

O HCD tem uma tipologia predominantemente *analisadora* (vd. Gráfico nº 2 no Cap. IV), como preconiza a tipologia de Miles & Snow (2003). Também aqui, pensamos que esta atitude *analisadora* se insere numa política *prospectiva*, apesar de ter de responder positivamente às suas obrigações como organização de saúde privada, o HCD não perde de vista o mercado, e os seus colaboradores tendem a ser muito dinâmico de modo a captar novos clientes e a ir ao encontro das suas necessidades, expectativas e preferências, quer ao nível do tratamento quer ao nível das amenidades. A qualidade, por sua vez, está certificação pela norma ISO 9001:2008.

As unidades de saúde *analisadoras* têm as características das (i) *prospectivas* — complexos mecanismos de coordenação, comunicação, descentralização e participação na tomada de

decisão; e, ao mesmo tempo, das (ii) *defensivas* — esforços para racionalizar a produção, mecanismos simples de coordenação, tomada de decisão centralizada e influenciada pela produção e finanças (p. ex. apostam sempre no mesmo tipo de intervenção — contenção de recursos humanos, não olham para o seu potencial), o que vem de encontro ao estudo de Hambrick, (1983).

HOSPITAL DE LA RIBERA

O HR tem uma tipologia predominantemente *analisadora* (vd. Gráfico nº 2 no Cap. IV). É um hospital orientado para a comunidade por quatro razões distintas: (i) enfoque no utente e nos cuidados de saúde; (ii) áreas mais inovadoras; (iii) apoio aos serviços; (iv) combate às listas de espera, o que está de acordo com os estudos de Miles & Snow (2003).

De igual forma, pensamos que esta atitude analisadora se insere numa política prospectiva, dado que, apesar de ter de responder positivamente às suas obrigações como organização de saúde pública com uma gestão privada, inserindo-se num modelo PPP — concessão, não perde de vista o mercado, e os seus colaboradores dinâmicos de modo a poder captar novos clientes e a ir ao encontro das suas necessidades e expectativas, quer ao nível do tratamento quer ao nível das amenidades.

Existe inclusivamente uma preocupação na gestão do meio ambiental do hospital (certificado pela norma ISO 14001:2004), assim como, alguns serviços estão certificados pela norma ISO 9001:2008 (admissão e gestão de doentes, gestão do bloco operatório, consulta externa, urgências hospitalares, urgências do centro de saúde de Cullera e o centro sanitário integrado de Sueca, entre outros).

Os hospitais de tipologia *analisadora* (com tendências *prospectivas* e *defensivas*) têm um crescimento rápido, trilharam novos caminhos e desenvolvem métodos inovadores. Estas organizações fazem frequentes e substanciais ajustamentos em função das condições ambientais.

Os administradores destas organizações olham também para o seu interior, pois grande parte das tomadas de decisão são influenciadas pelos órgãos internos, havendo assim, uma descentralização e uma estrutura organizacional mais achatada (p. ex. só tem três serviços — médicos, cirúrgicos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica).

A estratégia deve ser contínua em vez de categórica, dado estarem presentes os três tipos — *prospectivos*, *defensivos* e *analísadores*, de acordo com o que Boyne e Walker (2004) afirmaram no seu estudo. A *analísadora* acaba por se esbater, dado ser redundante, ou seja ela está incluída nos outros tipos.

As unidades de saúde do sector público (**ULSM** e **HSS**) apresentam um perfil idêntico: tendências *prospectivas* (mais notória), *analísadoras* e *defensivas* (vd. Gráfico nº 2 no Cap. IV).

As unidades do sector privado (**HL** e **HCD**) apresentam perfis diferentes entre si e diferentes do sector público. O **HL** revela um perfil essencialmente *prospectivo* e o **HCD** mostra um perfil essencialmente *analísador*. O **HL**, dada a sua juventude e pelo que ficou dito anteriormente, apresenta um perfil dinâmico e inovador. No caso do **HCD** em que a sua implementação no mercado está reforçada, o seu objectivo é monitorizar o mercado na busca de negócios. O **HR** exhibe um perfil que se adequa ao seu estatuto, ao seu modelo de gestão e ao facto de querer ser mais dinâmico e inovador.

Ao olhar para os resultados apresentados, e ao comparar a **ULSM** e o **HR**, verificamos que a **ULSM** tem uma tipologia claramente mista e o **HR** é claramente *analísadora*. Sendo unidades que prestam CSP/Cuidados Diferenciados, são financiados com base em capitação (por nº habitantes), apresentando perfis diferentes.

O que se verifica é que, quando a tecnologia se altera e evolui, o *Domínio Tecnológico* adapta-se às novas realidades, e a organização tem que se adaptar no *Domínio Administrativo*, (criando novos desafios). Simultaneamente o *Domínio Empresarial* tem de responder positivamente à *Dimensão Tecnológica*, disponibilizando recursos e estabelecendo novos objectivos para a organização.

Podemos ter perfis diferentes em função do estatuto das organizações (público ou privado). Em relação ao sector público, como é mais estável e não está sujeito a tantas pressões (p. ex. dos accionistas para terem lucro), pretendendo satisfazer vários tipos de objectivos (Boyne e Walker, 2004), estão presentes as quatro tipologias em proporções quase idênticas. Isso poderá indiciar que elas co-existem em simultâneo, exercendo-se num *continuum* (de acordo com Boyne e Walker, 2004 e Hambrick, 1993). De igual forma, e de acordo com os mesmos autores, o sector privado e organizações públicas geridas em função de pressupostos privados são menos estáveis, tendo que ser mais *analísadoras*, e respondendo assim ao ambiente.

5.2. MODELO ADAPTADO DOS VALORES CONTRASTANTES DE QUINN

Ao olhar para o modelo adaptado dos *Valores Contrastantes*, verifica-se que também ele ajuda a entender as dinâmicas das cinco organizações de saúde analisadas. Quer ao nível da cultura organizacional quer da liderança, as unidades de saúde colocam-se nos dois eixos do modelo (flexibilidade – controlo; enfoque interno – externo). Em função das suas características culturais elas podem apresentar: (i) uma cultura de apoio (mais ligadas às relações humanas); (ii) uma cultura de inovação (sistemas abertos); (iii) uma cultura de objectivos (serem mais racionais); (iv) uma cultura de regras (olham para os processos internos), e fazem ajustamentos em função das condições do ambiente interno e externo.

Os administradores destas organizações de saúde olham para os decisores internos e assumem que estes têm algo a dizer, são interlocutores privilegiados que conhecem o terreno que pisam e melhor que ninguém podem dar sugestões.

HOSPITAL DE S. SEBASTIÃO – (HSS)

O enfoque é dado aos valores e o mais importante é atingir os objectivos. As práticas têm a ver com a gestão do desempenho através de objectivos e investimento para aumentar a produção. Os colaboradores são orientados por objectivos, são assertivos, responsáveis, decisivos, competitivos. A liderança é *coordenadora, monitora*. O propósito da organização de saúde é a eficiência e a qualidade. A organização do trabalho desta organização baseia-se em regras claras, objectivos lógicos, e trabalho estruturado.

O HSS exhibe características de uma organização com uma **cultura controladora e competitiva** (o eixo flexibilidade/controlo está mais deslocado para o controlo – estabilidade, centralização e integração e o eixo interno/externo está ligeiramente deslocado para a vertente interna, ou seja reflecte um sistema de valores – integração), isto é, é uma organização que gosta de uma *cultura de regras* e de *objectivos* (vd. Gráfico nº 3 no Cap. IV). Estas dimensões não são mutuamente exclusivas, pelo que expressam determinadas dimensões até um dado nível. De acordo com as entrevistas exploratórias, os colaboradores pensam que “...as mudanças (inovação) têm que ser muito bem vistas (custo/benefício). Na consulta externa os enfermeiros dos internamentos é que vêm à consulta (não existem enfermeiros adstritos exclusivamente à consulta) ...”(HSSE₁). “...existe uma grande centralização e controlo...” (HSSE₄).

O **HSS** apresenta um perfil que se enquadra nas características de uma organização com uma **liderança controladora** (o eixo flexibilidade/controlo está mais deslocado para o controlo e o eixo interno/externo está deslocado para a vertente interna), onde o estilo do líder é *monitor* e *coordenador* (Vd. Gráfico nº 4 no Cap. IV). “...a liderança exercida é essencialmente de controlo das actividades assistenciais...”...(HSSE₁).

ULSMATOSINHOS – (ULSM)

O propósito desta organização é a eficiência e a qualidade. O enfoque está na visão e no atingir dos objectivos. As práticas vão desde a gestão do desempenho através de objectivos, investimento para aumentar a produção até à implementação em grande escala de tecnologia e sistemas, aplicando melhorias de processo, regulamentação e adesão a padrões. Os colaboradores são de confiança, entreadjudam-se, resolvem os conflitos e têm uma participação activa. A organização de trabalho desta organização tem regras claras, objectivos lógicos e estruturados baseados em processos.

A **ULSM** apresenta características de uma organização com uma **cultura controladora** (o eixo flexibilidade/controlo está mais deslocado para o controlo – estabilidade, centralização e integração e o eixo interno/externo está deslocado para a vertente interna – integração), ou seja, é uma organização que gosta de uma *cultura de regras* (vd. Gráfico nº 3 no Cap. IV). Esta unidade apresenta uma maior flexibilidade das regras de gestão e eficiente concentração de serviços e recursos (*core business*) entre cuidados diferenciados e cuidados de saúde primários, à semelhança dos Centros Hospitalares e dos ACES (Campos, 2008). As entrevistas exploratórias ilustram o que os colaboradores pensam da sua organização, corroborando a “...existência de protocolos e certificação dos CSP/hospital...” (ULSME₂).

Esta unidade exhibe as características de uma organização com uma **liderança controladora** (o eixo flexibilidade/controlo está mais deslocado para o controlo e o eixo interno/externo está deslocado para a vertente interna), onde o estilo do líder é *monitor* e *coordenador* (Vd. Gráfico nº 4 no Cap. IV). De facto, “...existe uma maior coordenação...” (ULSME₁), “...uma liderança do CA, mas ao nível da inovação tanto os problemas são resolvidos via top-down ou bottom-up. Depende...” (ULSME₃).

HOSPITAL DA LUZ – (HL)

O enfoque está na visão e nos objectivos, e os seus valores são os resultados. A liderança é inovadora, empreendedora, visionária. O propósito está na eficiência e na qualidade. As práticas vão desde a gestão do desempenho à implementação de tecnologia e sistemas. Os colaboradores são de confiança e orientados por objectivos e a organização do trabalho pode ser descrita como de elevada pressão, resultados qualificáveis, pagos pelo que produzem.

O HL apresenta um perfil que se ajusta às características de uma organização com uma **cultura competitiva** (o eixo flexibilidade/controlo está mais deslocado para o controlo – estabilidade e centralização e o eixo interno/externo está deslocado para a vertente externa – diferenciação), ou seja, é uma organização que gosta de uma *cultura por objectivos* (vd. Gráfico nº 3 no Cap. IV). De acordo com as entrevistas exploratórias, os colaboradores referem que na sua organização existem “... reuniões constantes, para resolver problemas, ver oportunidades, constata-se um certo optimismo...” (HLE₂).

O HL apresenta características de uma organização com uma **liderança criativa** (o eixo flexibilidade/controlo está mais deslocado para a flexibilidade e o eixo interno/externo está deslocado para a vertente externa), onde o estilo do líder é *inovador e broker* (vd. Gráfico nº 4 no Cap. IV) e “...os colaboradores reúnem frequentemente para apresentar soluções ou desafios....” (HLE₂).

HOSPITAL CUF DESCOBERTAS – (HCD)

O enfoque situa-se nos valores e estes são o comprometimento e a comunicação. A liderança é um *mix*: inovadora, empreendedora, visionária, coordenadora e monitora. O propósito é a eficiência e a qualidade. As práticas estão na gestão do desempenho. Os colaboradores são orientados por objectivos, e a organização de trabalho tem regras claras e objectivos lógicos.

O HCD ajusta-se às características de uma organização com uma **cultura controladora** (o eixo flexibilidade/controlo está mais deslocado para o controlo – estabilidade e centralização e o eixo interno/externo está deslocado para a vertente interna – integração), ou seja, é uma organização que gosta de uma *cultura de regras* (vd. Gráfico nº 3 no Cap. IV). Segundo a opinião recolhida nas entrevistas exploratórias, “...as mudanças (inovação) têm que ser muito bem vistas (custo/benefício) ...” (HCDE₁) e “...existe uma grande centralização, fala-se pouco, produz-se a vai-se à vida...” (HCDE₂).

O **HCD** exibe características de uma organização com uma **liderança** simultaneamente *controladora* e *criativa* (o eixo flexibilidade/controlo está mais deslocado para o controlo e para a flexibilidade e o eixo interno/externo está deslocado para a vertente interna e externa), onde o estilo do líder é um misto de *monitor* e *coordenador* com *inovador* e *broker* (vd. Gráfico nº 4 no Cap. IV): “...as mudanças (inovação) têm que ser muito bem vistas (custo/benefício). Caso sejam aceites, são implementadas e monitorizadas...” (**HCDE₁**).

HOSPITAL DE LA RIBERA – (HR)

O enfoque situa-se ao nível da visão. Os valores são o comprometimento, a comunicação e o desenvolvimento, assim como, os resultados e a inovação. A **liderança** é inovadora e empreendedora. O propósito da organização é a inovação e o crescimento, assim como a comunidade, o desenvolvimento e o conhecimento. As práticas desta organização vão no sentido da construção de equipas — *team-building* — e no desenvolvimento de comunidades de práticas, treino e *coaching*, tentam criar uma partilha de visão e valores. Os colaboradores são de confiança e entreadjudam-se. A organização de trabalho é descrita como de ambiente harmonioso, espaço de trabalho cooperativo, comunicação informal, partilha de valores.

O **HR** apresenta um eixo flexibilidade/controlo deslocado para o lado da flexibilidade (ênfase na descentralização e diferenciação), e um eixo interno/externo deslocado para o lado externo (diferenciação), o que lhe confere características de uma organização com uma **cultura** organizacional *criativa* e de *inovação* (vd. Gráfico nº 3 no Cap. IV). Os colaboradores nas entrevistas exploratórias (re)afirmam a existência de “... protocolos CSP/hospital, nomeadamente os enfermeiros dos CSP vão prestar cuidados à urgência do hospital (assim apercebem-se dos constrangimentos, falta de informação, altas, etc. quando estão nos CSP têm a preocupação de enviar os doentes adequadamente). Visão global (descentralizada, integrada, multidisciplinar, flexibilidade) ...” (**HRE₂**).

Por sua vez, “O combate às listas de espera passa pela monitorização, e o tempo máximo não pode ultrapassar 90 dias...” (**HRE₅**). O “médico link (habitualmente vai aos CSP) faz a ponte entre os CSP e o hospital. Protocolos comuns. Os especialistas (oftalmologia, obstetrícia) deslocam-se aos CSP para ver os utentes. Existe intercâmbio com o hospital e os CSP...” (**HRE₃**). Há vantagens no “...processo electrónico comum – quando o utente vai ao hospital ou aos CSP, o médico tem acesso à informação...” (**HRE₄**). Há um “...contrato programa com base capitacional aferida pela população

residente. É uma inovação. Aposta no continuum de cuidados. Integração assistencial e gestão integrada da saúde...” (HRE₁). Por outro lado a “...a consulta externa está aberta até às 22 horas para dar acesso aos utentes (trabalham e depois vão ao médico) ...” (HRE₁). Quanto às “inovações (projectos) são apresentados à CSV para aprovação, e quando aprovadas essas inovações são dadas pela CSV aos outros hospitais. A CSV é que desenvolve por exemplo os sistemas informáticos e não as unidades individualmente...” (HRE₁).

O **HR** apresenta um eixo flexibilidade/controlo deslocado para o lado da flexibilidade, e um eixo interno/externo deslocado para o lado externo, o que lhe confere características de uma organização com uma **liderança criativa**, onde os líderes tem um estilo *inovador* e *broker* (Vd. Gráfico nº 4 no Cap. IV): (i) “...só há dois serviços de internamento: médicos e cirúrgicos. Todas as especialidades existem dentro destes...” (HRE₂); (ii) “...a liderança é do CA, mas ao nível da inovação tanto os problemas são resolvidos via top-down ou bottom-up (...); depende...” (HRE₂).

Ao olhar para os resultados apresentados, e quando comparamos a **ULSM** e o **HR**, verificamos que a **ULSM** tem uma liderança claramente *controladora* e o **HR** é claramente *criativa*. Sendo unidades que prestam CSP/Cuidados Diferenciados, são financiados com base em capitação (por nº habitantes), claramente apresentam perfis diferentes.

Em conclusão, os construtos do modelo ajudam-nos a melhor entender as dinâmicas dos casos estudados, nomeadamente a cultura organizacional (vd. Figura nº 9 do Cap. II e Gráfico nº 3 do Cap. IV). Com excepção do **HR**, que está centrado no quadrante superior direito e esquerdo (cultura de inovação e de apoio – vd. Figura nº 5 do Cap. II), todos os outros casos estão centrados nos quadrantes inferiores esquerdo e direito (estabilidade e controlo) com culturas de regras e de objectivos.

Em relação à liderança, e de acordo com a Figura nº 3 e Quadro nº 7 do Cap. II e dos resultados apresentados no Gráfico nº 4 do Cap. IV, as unidades do sector público têm uma liderança *controladora* (com líderes monitores e coordenadores), os casos estudados do sector privado vão desde uma liderança *criativa* (juventude e irreverência) a uma liderança *controladora* (com líderes monitores e coordenadores), sendo que no caso do **HR** a liderança é criativa com o valor mais elevado de todos os casos (vd. Gráfico nº 4 do Cap. IV).

Nas unidades do sector público a cultura e liderança estão focadas no controlo e centralização, com estabilidade (talvez numa perspectiva de estagnação), onde há muitas regras e objectivos. Diga-se, *en passant*, que o Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública (SIADAP) veio focalizar os objectivos em

essencialmente três vertentes: eficiência, eficácia e qualidade, assim como os contratos-programa. Nestas unidades, a inovação, as oportunidades, a competitividade e as capacidades sistémicas estão numa zona limítrofe ou mesmo fora das suas preocupações (OCDE, 1997).

Nos casos estudados do sector privado, apresentam distintas formas de cultura organizacional e liderança (vd. Gráficos nº 3 e 4 no Cap. IV). A juventude do **HL** é a característica que diverge quando é comparado com o **HCD** em relação à liderança, porque quanto à cultura elas estão em sintonia, e apesar de pertencerem ao sector privado acabam por ser similares ao sector público.

Algumas razões se podem apontar para esse facto: os recursos humanos vêm em grande número do sector público, ainda com os *vícios* e a cultura organizacional deste último sector; o sector privado acaba por estar regulado de igual forma que o público; os seus clientes são seguradoras, os utentes/clientes a título privado e alguns subsistemas (incluindo a Assistência na Doença dos Servidores do Estado – ADSE – no caso do **HL**), o que faz com que as normas e procedimentos do sector público sejam tidos em consideração.

Se analisarmos estes resultados à luz dos conceitos de Burns (1978), referenciados no Cap. II, (onde o líder transaccional é descrito segundo dois papéis: o analisador e o supervisor, que se situam no quadrante inferior esquerdo e direito), o **HSS** e a **ULSM** encontram-se no quadrante inferior esquerdo (atenção ao desempenho e aos resultados). O **HL** e o **HR** encontram-se no quadrante superior direito, havendo neles uma preocupação com o futuro, com a mudança e a inovação (ou seja, é um líder transformacional – visionário, onde existe criação de valor – Jesuíno, 2005). O **HCD** é um misto dos tipos acima descritos (transformacional e transaccional).

Quando se analisa os *scores* da estratégia (vd. Quadro nº 26 do Cap. IV), o **HR** é o caso que apresenta melhor *score*. Ou seja, nesta organização a estratégia que está a ser implementada pelos órgãos de gestão, é aceite pelos diversos grupos profissionais.

Quando se analisa os *scores* da inovação (vd. Gráfico nº 5, no Cap. IV), e em relação ao **HR**, este caso é o que apresenta pior *score*, ou o que lhe dá menor importância. Será que o facto de (i) ter aplicado ao longo dos anos modelos de gestão inovadores, (ii) ter incluído desde algum tempo cuidados de saúde primários e diferenciados num processo de *continuum* de cuidados para o utente, e (iii) ter introduzido inovações tecnológicas e de meios de diagnóstico e tratamento no seu dia a dia fez com que já não as considerasse inovação, mas

já parte da sua cultura organizacional? Pelas entrevistas concedidas, fica a percepção que assim é, sendo o utente o centro dos cuidados, e tudo deve ser feito para satisfazer as suas necessidades em saúde e dar-lhe os melhores cuidados em saúde, afim de obter ganhos em saúde.

O **HL** é o caso que dá mais importância à inovação. Isto pode acontecer, porque os entrevistados também têm a percepção que o hospital é inovador, com tecnologia e modos de gestão inovadores. As outras unidades de saúde em estudo estão próximo umas das outras.

O foco da inovação no sector público centra-se muito ao nível dos serviços, no entanto, a inovação ao nível político condiciona muito do que os serviços possam fazer a este nível (veja-se o caso dos modelos de gestão e dos estatutos das organizações de saúde). Outros condicionamentos podem ser os interesses pessoais e diferentes percepções no que toca a objectivos e estratégias, com a subsequente resistência à mudança (Freeman, 1995), além do ambiente externo (Cohen *et al*, 2004).

Os *Prémios de Boas Práticas* têm sido um incentivo no sentido de reconhecer, estimular, dar a conhecer o que de melhor se faz nas organizações de saúde: veja-se o caso da **ULSM** que ganhou em 2005 o *Prémio de Boas Práticas do Sector Público* com a internalização das análises clínicas referentes ao Centro de Saúde de S. Mamede de Infesta no Hospital Pedro Hispano. Recebeu ainda diversas *Menções Honrosas* — telemedicina em benefício do utente, central de transportes do doente, prescrição electrónica, monitorização e centralização dos MCDT. Recebeu também o *Prémio Hospital do Futuro 2007/2008* com a criação de uma rede digital de arquivo, gestão e distribuição de imagem.

Estes prémios são por um lado o reconhecimento dos colaboradores que através de linhas *bottom-up* levaram a que o conselho de administração autorizasse estas experiências inovadoras — *top-down* — a vários níveis organizacionais, com vista a melhorar o seu desempenho. Por outro lado, a organização ao receber aqueles prémios está a ser reconhecida pelo seu esforço e dos seus colaboradores, levando a que estes estimulem outros a fazer o mesmo e a serem reconhecidos como líderes informais, que mais tarde, podem vir a desempenhar outros papéis dentro da organização. A inovação *bottom-up* requer e cria liderança.

Não é só uma questão de colocar numa caixa de sugestões uma boa ideia para que ela seja implementada. A inovação requer *advogados* (no sentido do inglês *advocate*) para a sua

defesa e debate dentro da organização e para que essas ideias geradas por colaboradores sejam adoptadas. Estas ideias inovadoras são por vezes adoptadas como programas piloto em determinados serviços (os mais acessíveis a estas mudanças). Depois de avaliadas, e no caso de obterem sucesso, são colocadas e difundidas por toda a organização.

A inovação também leva a novas estruturas organizacionais, tal como é preconizado no ciclo adaptativo de Miles & Snow em que as três dimensões têm que ser harmónicas para responder a estes desafios.

Analisar o modo como a comunicação se processa é importante, e pode dar frutos. Pelas entrevistas efectuadas a diversos elementos, verifica-se que a comunicação é essencialmente informal. Como alguns diziam no **HR**, “90 % da comunicação é informal”. Será que isto quer dizer algo? Aparentemente sim. Uma má comunicação contribui para uma má informação e para que o conhecimento não flua na organização (a comunicação pode ser caracterizada como o sangue vital de uma organização ou o seu oxigénio, a sua falta tem causado o equivalente a uma doença cardiovascular ou asfixia, com obstrução e paralisias de vária ordem). Esta comunicação é intra-organizacional e pode levar a que a estratégia não seja devidamente disseminada pelos colaboradores ou que à inovação não seja dada a relevância adequada.

A liderança e a inovação dependem do modo como a comunicação se processa nas organizações — essencialmente *top-down* ou *bottom-up* — e da comunicação ser mais formal ou informal, assim como da existência de muitos níveis hierárquicos. O **HR** é a organização mais achatada de todas as cinco estudadas, sem muitos níveis intermédios (apenas dois) sendo a comunicação muito informal. No entanto, a informação por vezes tem constrangimentos, dado que, como é informal, pode não ser bem interpretada por terceiros. O facto de estarem a decorrer processos de certificação veio colmatar esta dificuldade, pois tudo tem que ser escrito e assim é mais fácil de transmitir.

Quando se pretende saber se a estratégia de desenvolvimento está ligada com processos de inovação, o **HR** considera que não está formalmente ligado. Pode-se concluir que em relação ao *score* inovação, este tem um valor baixo dado ser assumido que faz parte da sua estratégia, e não é olhada isoladamente (é orgânica, sistémica). Não é por isso estranho verificar que o *score* estratégia seja elevado.

Nas outras organizações de saúde estudadas, a estratégia de desenvolvimento faz parte do seu processo de inovação. Daqui decorre, e de acordo com os *scores* encontrados (na

inovação, *score* mais alto e na estratégia, mais baixo), que estas organizações dão mais importância à inovação em detrimento da estratégia. No entanto, e “apesar da tendência mais inovadora e ter tido um projecto de gestão inovador, os actuais responsáveis [do HSS] consideram que a passagem de SA e depois a EPE não trouxe nada de novo. Veio piorar as coisas. Têm menos autonomia. É tudo tutelado pela ARS e ministério. São eles que decidem sem se preocupar em ver as assimetrias. As diferenças entre prestadores.” (NCHSSEB₂).

5.3. FACTORES INIBIDORES E FACILITADORES DA INOVAÇÃO

Hoje as organizações de saúde vivem com um problema que se agrava constantemente, dada a pressão para a resolução das situações que entretanto ocorrem — as **listas de espera** e os **tempos de espera** para cirurgia ou para consulta. A falta de capacidade de comunicação com os doentes, por parte de muitos prestadores de serviço de saúde, a existência de tempos de espera exagerados, a localização inadequada de muitos serviços e o forte crescimento dos custos têm levado a mudanças na forma como são prestados os serviços (Herzlinger, 1997).

O **HR** tenta resolver essa situação não excedendo, para cirurgia, 90 dias (prazo-limite contratualizado com a Agência Valenciana de Saúde: se o ultrapassar é penalizado). As consultas externas estão abertas até às 22:00 horas, indo de encontro às necessidades dos utentes. O **HL** e o **HCD** também têm consultas que acabam mais tarde.

Na generalidade do sector público, nomeadamente na **ULSM** e **HSS**, ainda não é muito visível essa preocupação no que toca às consultas. Em relação às listas de espera para cirurgia os tempos ainda são excessivamente longos (OPSS, 2007), e no caso de oncologia por vezes pode ser ultrapassado o tempo de intervenção considerado adequado para estas situações. Horários de atendimento orientados para as necessidades dos utentes, cuidados integrados, maior informação junto dos utentes poderão ser algumas soluções para este problema.

O facto de o **processo electrónico** do utente estar disponível quer nos cuidados de saúde primários quer nos cuidados diferenciados e no futuro possa estar disponível em qualquer lugar para o médico, permite uma redução do consumo em serviços de saúde por parte dos utentes que utilizam mais esses serviços, e o médico pode aceder a dados clínicos e exames evitando duplicações (Simonet, 2005).

No **HR** e na **ULSM** o processo clínico electrónico está disponível quer nos cuidados de saúde primários quer nos diferenciados, traduzindo-se em ganhos para o sistema de saúde e para o utente. Nos outros casos estudados não está estabelecida essa ligação, levando a uma duplicação de actos e procedimentos (OECD, 2004b). Na realidade, o médico de família não desempenha adequadamente o seu papel, dado que não tem um controlo efectivo total da evolução do seu doente.

O *software informático* nas organizações de saúde tem muitas vezes um cariz mais radical ou transformacional (veja-se o caso da ligação entre os CSP/cuidados diferenciados), dados os ganhos que com ele se obtêm (Tidd *et al.*, 2001). No caso do **HR** e da **ULSM** esses ganhos são por demais evidentes: o *software* melhora a qualidade de vida quer do utente quer da própria organização (vd. Gráfico nº 13 no cap. VI). O modo como se implementa é diverso: no **HR** foi a instituição que ao sentir a necessidade a colocou junto da Agência Valenciana de Saúde. Esta, por sua vez, vendo a oportunidade de melhoria dos serviços decorrente da implementação desse *software*, desenvolveu-o e colocou-o noutras unidades de saúde sobre a sua jurisdição.

No caso da **ULSM** foi a própria unidade que desenvolveu o *software* e o implementou, mas outras unidades de saúde que poderiam beneficiar com a sua aquisição e implementação não tiveram possibilidade de o utilizar, e não houve um efeito multiplicador. Aliás, nos outros casos estudados, a situação é idêntica a esta última, ou seja, há um potencial inovador que não está à disposição de todos.

Os cinco maiores obstáculos à inovação nestas organizações de saúde são (Gráficos nº 11 no Cap IV): (i) falta de articulação entre departamentos (**HR** e **HL**); (ii) estrutura orgânica (**HR**); (iii) resistência à mudança (**ULSM**); (iv) falta de tempo (**HSS**); (v) muito tempo para reagir (**HCD**) e (vi) decisões incorrectas (**HL**). Estes resultados são semelhantes aos encontrados no estudo do NHS (Institute for the Future, 2003) e aos resultados apresentados pelo *Permanent Innovation Survey* de 2007, onde os dois maiores obstáculos para os 177 respondentes eram a resistência à mudança (51%) e a falta de tempo para a inovação (58%).

Destes cinco obstáculos, os dois primeiros denotam a clássica falta de comunicação intra-organizacional. Também o facto de, tanto no sector privado como no sector público, com as novas formas de gestão, haver uma integração de serviços que estavam distribuídos por várias unidades (com comportamentos clínicos diferentes), passando a estar juntas num *core business*, faz com que possa existir alguma resistência à mudança, por parte dos que quer

individualmente quer em grupo ou como organização se sintam penalizados (CSP – Hospital com as ULS; CSP com os ACES; Hospitais com os Centros Hospitalares). De facto, Greco e Einsenberg (1999) e Shortell *et al* (2001), também o sentiram aquando dos seus trabalhos. Também o NHS exprimiu o mesmo tipo de preocupação quando estudou as barreiras à inovação (Institute for the Future, 2003).

Os mecanismos que estas organizações de saúde estão a colocar no terreno para fazer chegar a sua mensagem aos colaboradores ou não são adequadamente indicados ou a mensagem está a ser prejudicada pelo modo como ela é comunicada (essencialmente informal, por exemplo, nos casos do **HR** e do **HL**). Este tipo de comunicação pode ser desajustada da realidade e pode ter que se aferir qual a melhor maneira de a efectuar eficazmente. Também o facto de no **HR** haver só dois departamentos (médico e cirúrgico), poderá contribuir para este resultado. As medidas adoptadas para os CSP/diferenciados ou especializados (médico *link* e colaboradores a passar pelos diferentes serviços) pode ainda não estar a dar os resultados pretendidos. Se olharmos para as conclusões de Koch (2005) e Roste (2005), verificamos que também a liderança, a organização e o conhecimento da gestão poderão contribuir para este resultado.

No que toca à estrutura orgânica, como obstáculo à inovação, algum desconforto é sentido no **HR**, o que pode ser devido ao tipo de estatuto e lei orgânica (recorde-se que é um hospital público, gerido com ferramentas do privado, construído sobre o modelo de PPP – concessão), com trabalhadores contratados e outros com o estatuto de funcionários públicos, o que pode levar a uma pior resposta, em tempo, às necessidades dos cidadãos apesar das medidas propostas e implementadas. A autonomia é maior que a encontrada para as unidades públicas, mas menor que as das unidade privadas.

A resistência à mudança (**ULSM**) e a falta de tempo (**HSS**) podem ser sinónimo de trabalhadores que, não concordando com os processos que se pretendem implementar, colocam *grãos de areia na engrenagem*, fazendo com que ela não funcione ou funcione inadequadamente, o que leva a perdas e a prováveis desajustamentos nos cuidados de saúde que são prestados aos utentes.

O muito tempo para reagir (**HCD**) pode provocar perdas ou levar ao desperdício de oportunidades para os utentes, para a organização e para os colaboradores, traduzindo-se numa diminuição da eficiência, eficácia e efectividade de cuidados.

As decisões incorrectas no **HL** podem ser devidas à ansiedade com que os gestores pretendem entrar no mercado por se tratar justamente de uma organização que se quer integrar e ter a sua quota de mercado.

Todos estes factores juntos devem ser motivo de preocupação para os órgãos de gestão, levando a que estes ajam com oportunidade, e numa perspectiva de envolvimento desses colaboradores, utilizando todas as formas ao seu dispor para que deixem de ocorrer. Os Conselhos de Administração e os líderes com as mesmas idades apoiam mais a inovação e as novas tecnologias e a implementação de novos *softwares* de apoio à gestão.

O facto de não haver portfólio nem verbas destinadas expressamente à inovação, permite colocar a questão: como é que essas unidades e esses gestores inovam e monitorizam a inovação?

A inovação tem que fazer parte explícita e intencionalmente da agenda dos líderes. Daí o título principal desta tese, **liderança e estratégia em contexto de inovação**. Se os líderes não liderarem as suas organizações na vertente da inovação (e não basta falar nela, é preciso inovar), dificilmente outros actores o conseguirão.

Um dos objectivos deste trabalho era identificar comportamentos e práticas que compunham o processo de liderança e inovação, em organizações de saúde, com estratégias bem definidas.

Neste ponto o que se observou ao nível das organizações de saúde estudadas do sector público foi uma vida média limitada dos conselhos de administração (2 a 4 anos, dependente do *ciclo político*), o que não lhes permite levar a cabo as estratégias por eles delineadas. Quando vem outro conselho de administração traça novos objectivos, levando a organização a readaptar-se sem grandes ganhos de eficiência e eficácia. Os ganhos obtidos com estas mudanças deixam a desejar, não havendo lugar a uma consolidação das novas ideias.

Por outro lado, como as lideranças intermédias em grande número de casos não são ouvidas e os colaboradores não são envolvidos, essas mudanças e inovações com dificuldade vêm à luz do dia. Nos casos estudados — **ULSM** e **HSS** — os Conselhos de Administração estavam há cerca de 8 anos no cargo, foram eles que implementaram as inovações ao nível do modelo gestão, transitaram para o modelo SA e posteriormente para o modelo EPE.

Os *ciclos políticos* também não ajudam. Por vezes o que levou por exemplo quatro anos a edificar é destruído num ápice, dado que as linhas de orientação da tutela passam a ser outras.

No sector privado, isto não acontece, pois existe uma linha de orientação, quer da *holding* quer dos conselhos executivos, para executar as estratégias preconizadas. É dada responsabilidade a quem está à frente das organizações, são avaliados os resultados obtidos, e os gestores podem ser responsabilizados e substituídos.

Em qualquer dos sectores, as Auditorias Clínicas — *Clínic Audit* — já são uma realidade, contribuindo para um melhor desempenho.

Outro objectivo do nosso estudo era saber quais os factores facilitadores / inibidores detectados nas organizações de saúde estudadas. **Factores facilitadores** identificados foram: facilidade de aprender; visão/missão adequadas; ausência de medo de falhar; lideranças (nomeadamente as intermédias) aptas a dialogar e a trabalhar. Estes factores estão de acordo com o estudo de Länsisalmi em 2006, que indica como factores facilitadores uma liderança forte, objectivos claros e partilhados.

Quanto aos **factores inibidores** registam-se os seguintes: falta de articulação entre serviços/departamentos; estrutura organizacional (no sector público muito verticalizada e no sector privado mais horizontalizada); resistência à mudança; falta de tempo (as solicitações são muitas e os recursos humanos são basicamente os mesmos); tempo de reacção excessivo (por vezes o tempo útil para a tomada de decisão é ultrapassado).

Outro objectivo do trabalho era identificar potenciais tipos de estratégias que ocorrem nas organizações de saúde estudadas.

Foi observado que as organizações coabitam num *continuum*, onde existe plasticidade, o tempo condiciona a estratégia a adoptar, o ambiente (quer interno quer externo) é levado em consideração, o que leva as organizações a terem (em função do tempo e da realidade onde se movem), tipologias que se interligam, e que portanto não são tipologias puras.

O quarto objectivo de investigação era saber se existe inovação, e mais concretamente se existe liderança e estratégia em contexto de inovação. Esta é uma questão pertinente, para a qual não existe uma resposta fácil. Na inovação está implícita uma perspectiva de mudança. Mas será que existe inovação devidamente consolidada na saúde?

Os conselhos de administração quando conseguem a estabilidade e podem avançar para as mudanças, por vezes são substituídos, os *ciclos políticos* (com as respectivas mudanças), também não contribuem para que tal aconteça. Por vezes as políticas em vez de serem do governo são dos elementos que o constituem (p. ex. as PPP eram para ser 10 com inclusão no contrato da gestão clínica, mas quando mudou o ministro mudou também o modelo de gestão clínico, que passou a estar fora do contrato).

Por outro lado, quando se tenta observar os resultados (nos relatórios e contas), não se vislumbra que tenha havido I&D. Não são disponibilizadas verbas, não existem dados que corroborem que tenha havido inovação, e no contrato-programa e nos planos de negócios não são contempladas essas verbas (não fazem parte da agenda dos conselhos de administração). Também não existe portfólio de inovação nestas organizações. Por vezes é dito que é o conselho de administração que lidera a inovação, mas se não houve empenho de todos, não será o conselho de administração sozinho a conseguir efectuar essas mudanças. É necessário a colaboração de todos. Se a liderança for fraca, dificilmente haverá inovação.

Com o advento do *marketing* e dos gabinetes de comunicação e imagem, essas inovações são divulgadas (mais no sector privado que no público). É importante, para as organizações mais dinâmicas e proactivas, essa divulgação, de modo a cativar novos utentes e para que os média se interessem e escrevam sobre eles.

O quinto objectivo do trabalho era perceber como é exercida a autoridade formal por parte dos líderes.

Os líderes habitualmente exercem a autoridade formal por circular normativa. Não são pares (nem *primi inter pares*), colocam-se por vezes numa posição de superioridade, quando o adequado seria de parceria, de colaboração com todos os colaboradores (facilitadores da mudança). O facto de por vezes os presidentes dos conselhos de administração não serem médicos, mas sim gestores, coloca entraves ao tipo de relação que se estabelece entre os vários elementos da organização e o conselho. Verifica-se que, na sua maioria, os presidentes dos conselhos de administração são médicos, muitos deles com pós-graduação em gestão de unidades de saúde.

Recorda-se um sexto objectivo do trabalho, que era o de identificar as culturas capazes de gerar inovações.

Culturas de inovação, onde os sistemas são abertos, onde existe uma preocupação nas relações humanas, onde haja um enfoque na flexibilidade e descentralização, e no meio externo (diferenciação) e interno (integração), são potenciadoras de gerar inovação. Os casos – **ULSM** e **HSS** – são disso exemplo. As experiências de gestão e a contratualização interna vieram fazer com que os departamentos/serviços participassem mais. No entanto, não existem organizações puras. As organizações são sistémicas, e nelas coabitam várias culturas (ou subculturas). O que é importante e decisivo é que elas sejam capazes de gerar inovação, de ter sustentabilidade, de ser uma garantia que o amanhã será melhor que o hoje.

O sétimo objectivo do trabalho era identificar capacidades de liderança criadas pela inovação. Nas organizações estudadas, os líderes que estão mais perto dos colaboradores, que facilitam a comunicação, que fazem parte da equipa (**HR**) e que *vestem a camisola*, são os mais desejados (**HL**). Critérios de inovação, mais pró-activos, em que os líderes sejam inovadores e *brokers*, são as capacidades mais solicitados para estas funções.

Em síntese, os vários entrevistados e as várias fontes secundárias consultadas confirmaram uma evolução permanente das organizações de saúde ao longo de décadas, procurando sempre oferecer novos serviços aos seus clientes.

Contudo, importa realçar o papel do doente, que tem evoluído muito rapidamente e que exige cada vez mais soluções inovadoras que vão ao encontro das suas necessidades. A maior oferta de serviços, em particular privados, tem procurado satisfazer estas necessidades, numa altura de maior contenção de gastos no SNS.

Paralelamente, as novas tecnologias vêm melhorando o diagnóstico e tratamento de patologias existentes, o que permite uma vez mais satisfazer necessidades existentes, e simultaneamente permite aos operadores privados da saúde a expansão dos seus negócios, o que está de acordo com Länsisalmi *et al* (2006).

Para além da aquisição de novos equipamentos médicos, há cada vez mais evolução tecnológica suportada por novas versões de *software* que ajudam a melhorar os resultados obtidos, ainda que mantendo o mesmo *hardware*. Isto é, a rentabilização da aquisição de muitos equipamentos faz-se através da renovação de *software*, e não da sistemática troca de equipamentos.

O **HCD** tem um longo passado relacionado com a inovação médica e em particular com a inovação tecnológica. Esta unidade de saúde faz parte da José de Mello Saúde, pertencente ao Grupo Mello. O hospital tem, como posicionamento estratégico, a liderança da inovação da saúde em Portugal e é objectivo do seu principal accionista, que assim se mantenha. A liderança da inovação é alcançada através da aquisição de conhecimento e de tecnologia (por exemplo, equipamentos médicos sofisticados).

Os clientes do **HCD** têm diversas proveniências, mas são fundamentalmente originários dos seguros privados de saúde. Estes doentes são mais sensíveis ao conforto e ao risco e, nestas circunstâncias, são também mais vulneráveis a campanhas de marketing, optando muitas vezes por soluções que percebem como sendo mais inovadoras.

Os médicos-referenciadores e os doentes que têm possibilidade de escolha e acesso ao conhecimento optam muitas vezes por soluções inovadoras, sobretudo aquelas que são vistas como representando a última novidade tecnológica. Adicionalmente, a prática cada vez mais generalizada da medicina defensiva leva os médicos a optarem por exames que à partida percebem como oferecendo maiores possibilidades de realização de um diagnóstico e um tratamento adequados.

O Grupo Espírito Santo (GES) decidiu criar, para o sector da saúde, a Espírito Santo Saúde (ESS). Esta entidade tem vindo a investir progressivamente no sector da saúde, quer no âmbito hospitalar, quer na área ambulatoria. Contudo, o projecto de lançamento e construção do **HL** foi, até 2007, o seu maior investimento, envolvendo um risco e montantes elevados, constituindo-se como o maior investimento privado no sector hospitalar registado nos últimos dez anos. O *turnover* da ESS em 2008 cresceu 49%, de 124,4 milhões de euros para 185,3 milhões de euros devido à entrada em funcionamento do **HL**.

O **HL** quer afirmar-se num sector em que a oferta pública é dominante, ainda que exista a percepção que o sector público está em fase de desinvestimento. Esta percepção de desinvestimento, sobretudo no sector dos equipamentos hospitalares, abre uma oportunidade de investimento ao sector privado da saúde que o GES pretende aproveitar.

O **HL** é apenas uma das unidades de saúde que opera com equipamentos de tecnologia avançada, já que o enfoque tecnológico abrangeu todo o hospital.

À medida que o sector público da saúde sofre um emagrecimento orçamental, a obsolescência tecnológica vai atingindo muitos equipamentos que não são renovados ou

substituídos, o que leva a uma qualidade da prestação de serviço inferior. O sector privado da saúde tem uma oportunidade de se afirmar, pela diferença, na qualidade do serviço através de uma componente de inovação tecnológica que traz comprovadamente maior nível de desempenho, quer no que toca à melhoria dos diagnósticos e terapêuticas inerentes, quer no que diz respeito à qualidade de vida do doente.

O risco inerente à aposta na inovação tecnológica (por exemplo nanotecnologias) e no diagnóstico e tratamento de doenças complexas como o cancro é elevado, sobretudo num mercado em que a generalidade da população ainda tem hábitos de consumo de saúde pública, ou seja, tendencialmente gratuita. No entanto, o **HL** aposta nos dois pressupostos, como forma de rentabilizar o seu elevado investimento: (i) a manifesta incapacidade de investimento do Estado em tecnologias muito caras; (ii) e a maior procura de alternativas de serviços de saúde por parte dos portugueses.

5.4. ANÁLISE COMPARATIVA DOS CASOS

No presente capítulo faz-se a comparação dos cinco casos analisados e descritos individualmente nas cinco secções anteriores. Inicialmente, procede-se à caracterização e análise comparativa das diferentes tipologias estratégicas, mas com finalidades e objectivos distintos; de seguida, analisa-se o modelo dos valores contrastantes, nomeadamente na forma da cultura organizacional e da liderança, avaliam-se os diferentes factores facilitadores/inibidores da inovação; e por fim procede-se a uma análise comparativa sobre os diferentes tipos de organização descritos e analisados no estudo empírico (Quadro nº 31).

No Cap II, abordaram-se as mudanças em curso no sector da saúde, que envolve o sector público e o sector privado, os hospitais, os cuidados de saúde primários, e por consequência, a relação entre os vários tipos de prestadores de cuidados de saúde.

O investimento em novas tecnologias da saúde, nomeadamente a sua aquisição, foi durante muitos anos uma função desempenhada em grande parte pelo sector público da saúde. Esse papel foi sendo assumido progressivamente por entidades privadas, sobretudo no que diz respeito a tecnologia de cariz massificado (caso dos ecógrafos, dos aparelhos de raio-x ou dos electrocardiógrafos, entre outros). A entrada de novos investidores privados no sector da saúde está a mudar esta situação, dado que também as unidades privadas estão a apostar em tecnologias e equipamentos inovadores.

Paralelamente, o Estado tem investido menos na renovação tecnológica, alegadamente por razões de contenção orçamental.

Quadro nº 31 – Principais características das unidades de saúde (casos) em estudo

Unidade de Saúde	Propriedade	Estatuto	Principal accionista	Accionista de Referência	Modelo Miles & Snow (Estratégia)	Modelo Valores Contrastantes (Cultura Organizacional)	Modelo Valores Contrastantes (Liderança)
ULSM	Pública	EPE	Estado	Estado	Prospectivo / Analisador	Controladora	Controladora (Monitora/ Coordenadora)
HSS	Pública	EPE	Estado	Estado	Prospectivo / Analisador	Controladora	Controladora (Monitora/ Coordenadora)
HL	Privada	Sociedade Anónima	Espírito Santo Saúde	Grupo Espírito Santo	Prospectivo	Competitiva	Criativa (Inovadora/ Broker)
HCD	Privada	Sociedade Anónima	José de Mello Saúde	Grupo Mello	Analisador	Controladora	Controladora / Criativa (Monitora/ Coordenadora/ Inovadora/ Broker)
HR	Pública	Concessão	Adeslas	Adeslas	Analisador	Criativa	Criativa (Inovadora/ Broker)

As unidades de saúde analisadas têm uma dimensão de negócio muito díspar. No entanto, verificámos que não é a dimensão de negócio e de estrutura que induz a inovação ou a aquisição de tecnologia (aliás os estudos efectuados sobre o modelo de Miles & Snow também são disso exemplo). As variáveis que condicionam a aquisição de inovação são muitas e a configuração de serviços de cada unidade de saúde está relacionado com a sua estratégia de negócio.

O **HSS** e a **ULSM** pertenciam ao Sector Público Administrativo e foram organizações que estiveram na vanguarda ao nível da gestão, dado terem sido experiências inovadoras, as quais não foram replicadas por outras organizações de saúde. Posteriormente deram origem aos Hospitais SA e estes aos Hospitais EPE.

O **HCD** é uma unidade de saúde vocacionado para o tratamento ambulatorio que envolve as consultas externas, prestação de meios complementares de diagnóstico e protocolos para prestação de serviços com entidades públicas e privadas. No entanto, também tem uma componente de internamento e de urgência hospitalar, o que lhe permite responder aos

seus utentes, e onde o ensino complementar de algumas especialidades médicas pode ser ministrado. Esta unidade de saúde está inserida num dos mais antigos grupos privados de saúde a operar em Portugal e tem sido um investidor em inovação médica ao longo da sua existência, dado ter percepcionado que a sua clientela valoriza a inovação e tem capacidade financeira para suportar o seu pagamento.

Os investimentos em novas tecnologias médicas são elevados e só se justificarão se os clientes tiverem capacidade financeira para suportar o seu pagamento. Ou seja, os clientes serão actores determinantes para o sucesso ou insucesso das estratégias que levam à aquisição de novas tecnologias médicas.

O **HL** tem um tempo de actividade muito curto e pretende apresentar-se como uma unidade de saúde apetrechada com as maiores inovações médicas em Portugal, tentando desmistificar a ideia de que apenas os hospitais públicos podem oferecer soluções de saúde associadas às novas tecnologias médicas.

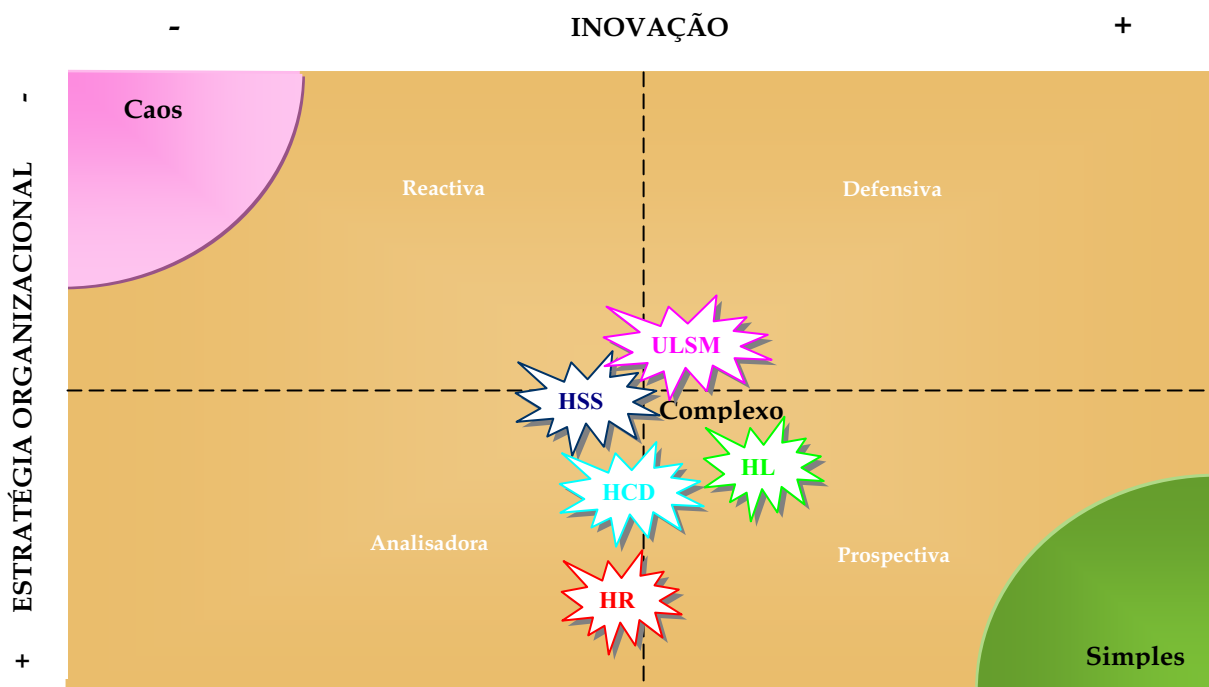
O **HR** é uma unidade de saúde pública de serviço global em que a urgência hospitalar tem uma grande importância. No entanto, dado que este hospital faz parte da rede pública, tem que ser uma unidade que dê resposta às necessidades da população. O facto de pertencer a um departamento de saúde onde coexistem cuidados de saúde primários e diferenciados, criou condições de sinergia entre ambos, uma visão integrada dos cuidados de saúde com foco no cidadão.

Na Figura nº 12, pretende-se verificar como se dispõem os cinco casos em relação ao modelo adaptado de Miles & Snow (estratégia organizacional) e a inovação. Como se pode observar no gráfico nº 8 os cinco casos têm uma representação em que as quatro tipologias (prospectiva, analisadora, defensiva e reactiva) estão mais ou menos evidentes em cada um dos casos estudados. O que se pretende agora efectuar é a estratégia organizacional e a inovação. Para isso utilizou-se uma matriz, adaptada da tipologia de Stacey (1996), – que confronta o grau de certeza e o grau de concordância num determinado assunto que esteja a ser objecto de análise.

A **ULSM** e o **HSS** são duas unidades de saúde do sector público muito semelhantes em termos de estratégia organizacional (modelo adaptado de Miles & Snow), sendo que a primeira constitui uma Unidade Local de Saúde (com cuidados de saúde primários e diferenciados, propondo-se melhorar o acesso, promover a saúde com a integração de

cuidados, e utilizando para o efeito uma gestão do tipo empresarial) e a segunda só presta cuidados de saúde diferenciados.

Figura n.º 12 – Aplicação matricial da estratégia organizacional e da inovação



No entanto, quando se fala sobre inovação (nomeadamente do modelo de gestão) tanto a ULSM como o HSS foram experiências inovadoras, em que a tutela (Estado) pretendia que fossem utilizados instrumentos, técnicas e métodos flexíveis e ágeis, próprios de uma gestão de tipo empresarial. Por exemplo, as normas de contratação deviam reger-se pelas normas do direito privado, com o contrato individual de trabalho como paradigma. A constituição de centros de custo e de responsabilidade integrada era claramente uma forma de contratualização interna que deveria levar à criação de níveis de gestão intermédia, agrupando serviços homogéneos. Deveria ser assinado um contrato-programa com a tutela, etc. Esperava-se, contudo, que se mantivessem a essência e os valores que o hospital público deve defender, não se podendo perder de vista, portanto, os princípios que orientam as instituições públicas.

Estas organizações foram criadas em 1999 e 1998 respectivamente, mas o seu modelo inovador não teve a difusão pretendida. No caso das Unidades Locais de Saúde, só em 2007 e posteriormente foram criadas mais cinco, com estatuto EPE. Já o HSS não viu o seu modelo ser replicado noutras organizações, tendo sido posteriormente englobado nos Hospitais SA e mais tarde EPE.

Por ocasião da entrevista com o respectivo Conselho de Administração, verificámos que os responsáveis do **HSS** eram bastante críticos sobre estas transformações operadas, deixando entender que as estratégias em vigência tinham, nomeadamente, enfraquecido a organização. Daí a sua retracção na matriz apresentada, o que de alguma forma era acompanhada pela **ULSM**, mas numa escala menor.

O **HR** por seu lado era o mais analisador de todos indo assim buscar características da tipologia defensiva e prospectiva. Preocupava-se em responder positivamente aos tempos de espera para cirurgia (o máximo de 90 dias, a partir do qual era penalizado). No caso de identificar uma oportunidade, fazia-a chegar à tutela afim de que fosse satisfeita. Os cuidados de saúde primários e diferenciados foram integrados e, para resolver alguns problemas de comunicação, foi criado o médico *link* (para fazer a ponte entre os dois tipos de cuidados). Por sua vez, os enfermeiros dos CSP circulavam pela escala de urgência do hospital (assim apercebendo-se das diferenças e quando tinham de enviar um doente dos CSP já o referenciavam correctamente).

O modelo de gestão do **HR** foi possível pela criação da Lei de Organização e Funcionamento da Administração Geral do Estado (LOFAGE), no entanto este modelo apesar de ter sido utilizado como experiência inovadora não foi devidamente replicado por outras instituições, mas também não foi substituído por outro.

Pelo contrário, com a **ULSM** e **HSS** o modelo de gestão foi alterado, passando a ser unidades com estatuto de EPE.

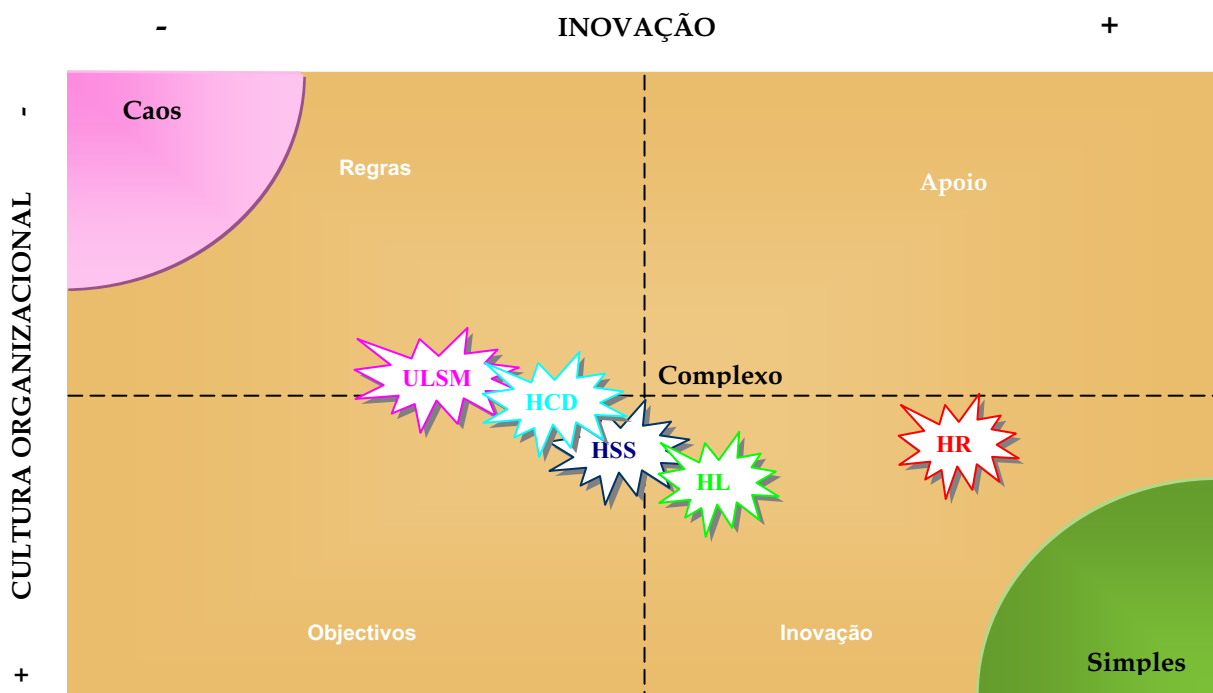
De realçar é o facto de que, desde 1999 até ao presente, as organizações evoluíram ao longo do tempo e esse facto repercute-se na maneira como se inserem na matriz. Naturalmente que daqui a alguns anos e em função quer do ambiente interno (evolução da estrutura, da dupla hierarquia, da capacitação — *empowerment*) quer do ambiente externo (políticas, tutela, legislação, modo de financiamento, a resposta às questões colocadas pelos *stakeholders*), a estratégia irá mudar com a implicação que terá na liderança e inovação (que é o tema desta tese) e naturalmente no desempenho organizacional. Existe um *continuum* que depende do tempo e da plasticidade das organizações.

O **HL** dada a sua juventude era o mais prospectivo e aquele que apostava mais fortemente na inovação ao nível quer tecnológico quer da gestão. O **HCD**, por seu lado, era mais conservador e menos exuberante neste particular.

Na Figura nº 13, de igual modo, pretende-se verificar como se dispõem os cinco casos em relação ao modelo adaptado dos valores contrastantes (cultura organizacional) e a inovação.

O **HR** é a unidade de saúde que apresenta uma cultura de apoio e inovadora, mais flexível e com enfoque no exterior e interior da organização. Se a cruzarmos com a inovação verificamos que é aquela unidade que tem uma postura mais inovadora (modelo de gestão) apesar dos colaboradores dado que já interiorizaram este facto, não o considerarem de particular importância.

Figura nº 13 – Aplicação matricial da cultura organizacional e da inovação



A **ULSM** e o **HCD** apresentam uma cultura de regras, onde a inovação já não tem uma expressão tão marcada. O **HL** tem, devido à sua juventude, uma cultura de objectivos e o **HSS** tem uma cultura de regras e objectivos, o que se traduz por uma inovação que apesar de ser superior à da **ULSM** e **HCD** fica longe do **HR**.

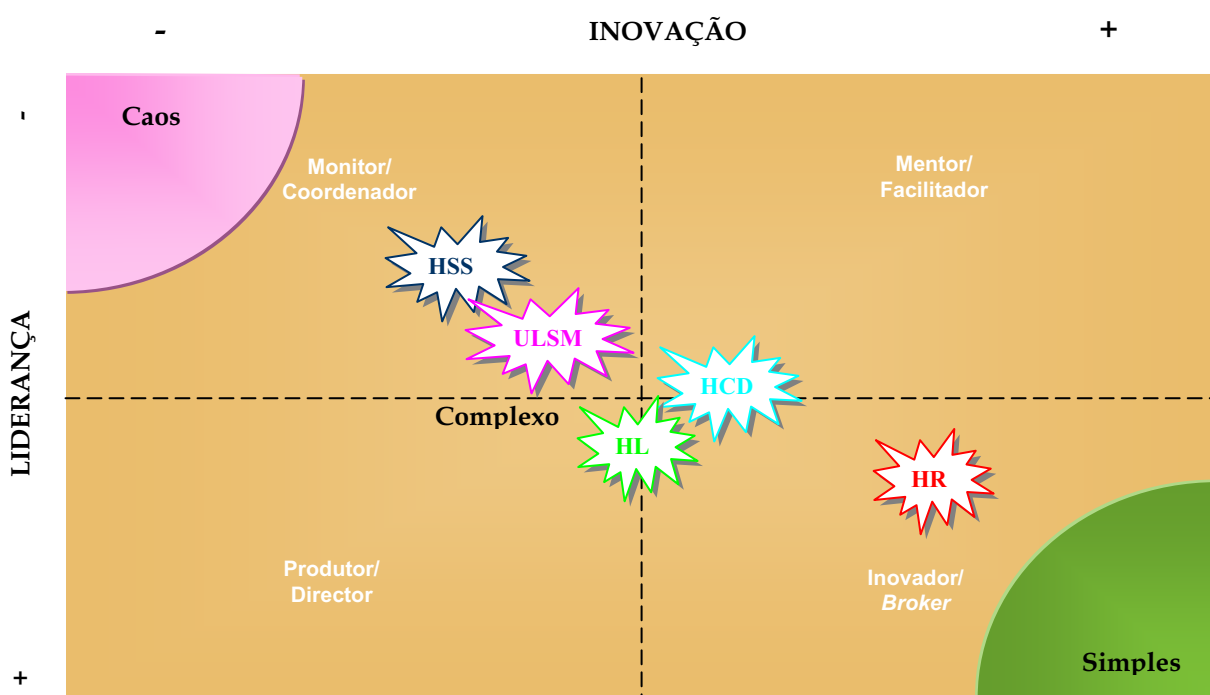
As características que foram abordadas quando se falou sobre a estratégia organizacional e a inovação, aqui são também pertinentes, e reflectem a disposição das respectivas organizações na matriz.

Com a Figura nº 14, pretende-se verificar como se dispõem os cinco casos em relação ao modelo adaptado dos valores contrastantes (liderança) e a inovação.

O tempo e as mudanças na estratégia organizacional irão reflectir-se na organização, no futuro dos líderes e no modo com a liderança é por eles exercida (e terá necessariamente que se adaptar a essa ou essas novas realidades).

O **HR** é a unidade de saúde que apresenta uma liderança de criativa (inovadora, *broker*), mais flexível e com enfoque no exterior da organização. Se a cruzarmos com a inovação verificamos que é a unidade mais inovadora (modelo de gestão).

Figura n.º 14 – Aplicação matricial da liderança e da inovação



A **ULSM** e o **HSS** apresentam uma liderança controladora (monitória e coordenadora). A inovação, por sua vez, já não tem uma expressão tão marcada, sendo o seu enfoque o interior da organização (a produção). O **HL**, devido à sua juventude, tem uma liderança criativa e o **HCD** tem uma liderança criativa (enfoque externo) e controladora (enfoque interno), o que se traduz por uma inovação que apesar de ser superior à da **ULSM** é inferior às outras unidades.

Podemos concluir que as organizações de saúde se inserem na matriz num contexto e em áreas de organizações complexas. Por vezes umas estão mais perto do caos outras da área simples, no entanto o complexo é a sua área natural.

Assim, ao analisar os cinco casos, verifica-se que ao nível estratégico o **HR** é analisador (monitoriza o ambiente e inova onde vê oportunidade), tem uma liderança e uma cultura claramente com enfoque na diferenciação o que lhe permite estar mais aberto à inovação,

assim como os líderes para a incentivarem e promoverem. O **HL** tem uma estratégia prospectiva (devido à sua juventude, vontade de inovar e diferenciar-se como vantagem competitiva no mercado e dos seus concorrentes) e uma cultura organizacional e liderança claramente diferenciadora (voltada para a inovação e estimulada pela sua liderança como oportunidade de obter uma inovação diferenciada dos seus concorrentes). O **HCD** tem uma estratégia analisadora, um enfoque na integração ao nível da cultura organizacional e uma liderança que lhe permite ora ser integradora ora ser diferenciadora.

O **HSS** e a **ULSM** têm uma estratégia prospectiva e analisadora, uma cultura organizacional de integração/diferenciação e de integração respectivamente, e uma liderança integradora o que não lhes permite ter tantas veleidades ao nível da inovação.

Em síntese, o nível de conhecimento dos diferentes actores envolvidos nas organizações estudados é muito elevado e convivem neles múltiplas fontes de conhecimento. É previsível que aumente o número de actores devido às competências e conhecimentos exigidos, pois os novos equipamentos exigem maior especialização e intervenção de natureza interdisciplinar que justificam o envolvimento de diferentes especialistas. No entanto, a medicina continuará a liderar o conhecimento, ainda que o maior valor acrescentado proveniente da utilização de novos *softwares*, coloque um maior enfoque no conhecimento e competências, utilização dos sistemas e tecnologias de informação.

Os novos equipamentos médicos inserem-se também na estratégia dos vários operadores de saúde. Isto é, a aquisição de equipamentos médicos inovadores contribui para que os hospitais demonstrem, perante os doentes, que possuem capacidade para solucionar os seus problemas. Os operadores privados de saúde têm procurado associar a posse de inovação médica à sua real capacidade de oferta alternativa aos hospitais do SNS. No entanto, alguns dos investimentos privados na saúde em Portugal ainda estão na sua fase inicial, pelo que ainda não está comprovado que o investimento em novas tecnologias médicas contribui para a rentabilização de um negócio de saúde privado.

Os doentes e a sua capacidade financeira para suportar os custos com a saúde determinarão o sucesso ou insucesso das diferentes opções tomadas pelos operadores de saúde. Refira-se que há mais portugueses a aderir a seguros privados de saúde, como complemento ou alternativa ao SNS, o que poderá ser uma oportunidade de afirmação no mercado para os operadores privados de saúde com maior oferta e qualidade de serviços.

Passar de um paradigma tradicional para um inovador não é fácil (Quadro nº 32). Por muito que esse novo paradigma possa ser forte, a cada momento, esta passagem oferece oportunidades de pensar, de trabalhar e de agir diferente, e cada momento ajudará a trazer uma nova cultura.

Quadro nº 32 – Gestão das organizações: modelo tradicional e modelo inovador

<i>Status quo</i>	Inovação
Previsibilidade	Imprevisibilidade
Procurar estabilidade	Procurar novidade
Enfoque nas competências tradicionais	Enfoque nas competências de ponta
Alta taxa de sucesso	Alta taxa de insucesso
Reforçar a hierarquia organizacional	Reforçar a organização em rede
Medo da hierarquia	Enfoque na tensão criativa
Evitar surpresas	Procurar surpresas
Enfoque no conhecimento interno	Enfoque no conhecimento interno e externo
Fácil de viver	Difícil de viver
Políticas corporativas	Sempre em movimento
Eficiência através de padronização	Eficiência através da inovação
Manter o <i>status quo</i>	Abandonar o <i>status quo</i>
Evitar a mudança	Abraçar a mudança
Medir a estabilidade (indicadores)	Medir a inovação (indicadores)
Olhar para os dados para confirmar os modelos de gestão existentes	Olhar para os dados para contradizer os modelos de gestão existentes
Procurar a certeza	Procurar a ambiguidade

CAPITULO VI – CONCLUSÕES

Este trabalho de investigação empírica centrou-se na observação e análise da tríade *liderança, estratégia e inovação* em cinco estudos de caso, constituídos por organizações de saúde, quatro em Portugal (dois do sector público, dois do sector privado) e uma em Espanha (sector público mas gerida com ferramentas da gestão privada, mediante contrato de gestão – concessão).

A estratégia visa a conquista e controlo de mercados, através da sua análise, do estabelecimento de pontos fortes e fracos da organização bem como da liderança, devendo ter como resultado a elaboração e a implementação de um plano estratégico empresarial. A liderança constitui-se como uma relação de poder e influência na qual os colaboradores aceitam e reconhecem o líder e este assume-se como tal.

A inovação é a capacidade de criar e/ou aplicar, nas organizações, novo conhecimento ou de recombinar conhecimento existente, numa perspectiva sistémica, contribuindo para uma gestão mais eficaz, um desenvolvimento sustentado, a criação de valor e a obtenção de vantagens competitivas. O conceito de inovação capta três importantes características: (i) novidade; (ii) a componente de aplicação; e (iii) a intenção de uso. Com a inovação e com o seu espírito, o que se pretende é levar as organizações a mudar políticas, modelos de gestão, métodos e fluxos de trabalho.

A inovação, no seu sentido mais genérico, pode definir-se como algo novo para a organização, podendo distinguir-se inovações tecnológicas e inovações não tecnológicas, radicais ou incrementais. A inovação pode (e deve) dar origem a um processo de mudança sócio-organizacional.

Foi posta em evidência a importância que têm as estratégias organizacionais e a liderança em contexto de inovação em organizações de saúde (que se distinguem da maior parte das empresas do sector de produção, pelo elevado grau de complexidade, grande número de especialistas, alto grau tecnológico, competências muito específicas, resposta a novos desafios, entre outros).

A questão principal de investigação era perceber o modo como se exerce a liderança e se define a estratégia em contexto de inovação nas organizações de saúde.

Foram realizadas entrevistas exploratórias a: (i) 20 elementos de 13 unidades de saúde do sector privado; (ii) 4 elementos de 2 unidades de saúde do sector privado; e a (iii) 9

elementos da unidade de saúde com modelo de gestão PPP, num total de 33 entrevistas. Foi igualmente efectuada observação directa e estruturada nos cinco casos estudados com dezenas de notas de campo.

Por sua vez, 165 representantes do *line* e do *staff* foram inquiridos por questionário de administração directa, sendo a taxa de resposta elevada (78,2%).

Qualquer das cinco organizações de saúde, aqui objecto de estudo de caso, tem uma maneira diferente de exercer a liderança e a estratégia em contexto de inovação. Apesar de prestarem cuidados de saúde, pertencem a sectores diferentes (público e privado) em que as metodologias de gestão também diferem.

Os resultados obtidos neste estudo mostram que existe uma larga consonância entre o que se captou com a análise das respostas ao questionário e a informação que os elementos dos conselhos de administração (líderes formais, de topo) prestaram.

As unidades de saúde do sector público (Hospital de S. Sebastião – **HSS** e Unidade Local de Saúde de Matosinhos – **ULSM**), apesar de terem sido unidades - piloto inovadoras ao nível do modelo de gestão (iniciado em 20/11/1996 e 09/06/1999, respectivamente) no âmbito do SNS, continuam a ter na tutela do Ministério da Saúde, na legislação e no modo como são financiadas importantes constrangimentos, sendo nisso idênticas às outras organizações de saúde, públicas. Nos planos de negócio e nos contratos-programa não existe nem menção a I&D nem orçamento para fins de inovação quer tecnológica quer organizacional. Ou seja, pode dizer-se que se desvaneceu a *primavera* que despontara quando foram criadas.

O **HSS** é mais controlador e menos competitivo (cultura de regras e cultura de objectivos sendo a primeira mais desenvolvida), e tem uma liderança controladora, ou seja mais integradora, enquanto que a **ULSM** é menos controladora e mais criativa (cultura de regras), e tem uma liderança controladora, sendo que o foco do seu desenvolvimento e da sua actividade é o seu ambiente interno – integração (preocupação em integrar os cuidados de saúde primários e diferenciados na perspectiva do utente).

O **HSS** pretende ser uma unidade de saúde em que a qualidade dos cuidados prestados e o reconhecimento do seu potencial como unidade que utilizou ferramentas inovadoras ao nível da gestão, seja ainda mais reconhecido (aquando da criação das EPE, o exemplo desta unidade foi referido e enaltecido).

A **ULSM**, tendo servido de base à criação de novas Unidades Locais de Saúde, vê de algum modo reconhecido o seu trabalho, como pioneiro deste modelo, e sente que o seu esforço de integrar cuidados de saúde primários e diferenciados serviu como exemplo para as mais recentes experiências de integração vertical de cuidados.

O Hospital de La Ribera (**HR**), por seu turno, é uma instituição de saúde pertencente ao sector público mas que é gerido de forma privada. É uma unidade em que a liderança é criativa, permitindo uma maior autonomia aos gestores e condições mais propícias à inovação. Tem uma cultura mais criativa e colaboradora, voltada para as relações humanas e para os sistemas abertos. O facto de também ter uma tutela a quem tem que prestar contas e a quem reporta, não é limitativo, sendo a resposta ao ambiente externo uma tónica nessa liderança.

Por ser um hospital universitário, e por ter de responder em tempo considerado útil às listas de espera e às necessidades de cuidados da população que serve sob pena de ser penalizado, o **HR** tem um claro enfoque na diferenciação. Não é descurado o ambiente interno que tem que assumir o que o externo determina (p. ex. combater às listas de espera, assim como integrar os cuidados de saúde primários e diferenciados).

O **HR** está integrado no Departamento de Saúde de La Ribera. É uma experiência inovadora ao nível da gestão e do modo como integrou cuidados de saúde primários e diferenciados, permitindo que outras experiências se seguissem (p. ex. Hospital de Torrevieja, na Comunidade Valenciana).

O **HL** e o **HCD** representam, neste estudo, o sector privado. O Hospital Cuf Descobertas (**HCD**) tem uma posição de maior flexibilidade quando trata de questões do ambiente externo e é mais controlador quando se trata de questões internas, dando ênfase à integração. Dado que está no mercado há algum tempo, tem que continuar a ter uma postura de modernidade com o exterior (inclusivamente a monitorização do mercado permite-lhe vislumbrar oportunidades de negócio), mas o facto de ter de prestar contas à *holding* provoca-lhe constrangimentos e um maior controlo, tendo assim uma liderança criativa e controladora, com uma cultura de regras.

O **HCD** procura manter e alargar a sua quota de mercado, ser reconhecido pelo trabalho desenvolvido pelos *stakeholders* (p. ex. Ordem dos Médicos) em certas especialidades médicas e assim ter um reconhecimento efectivo a nível societal, bem como fidelizar os actuais clientes.

O Hospital da Luz (**HL**), dado ser uma unidade de saúde jovem, quer ser criativo ao nível do modelo de gestão que implementou (criação de Centros de Gestão, nos quais participam equipas multidisciplinares constituídas por médicos, enfermeiros, técnicos, administradores, etc.) e simultaneamente quer ser competitivo de modo a entrar e afirmar-se no mercado da saúde. É inovador e apresenta uma estratégia diferenciadora, tendo uma cultura por objectivos. Por outro lado apostou na inovação dos equipamentos médicos como forma de demonstrar a sua diferenciação face à oferta dada por outras unidades de saúde, apresentando uma nova abordagem à gestão que vai ao encontro dos seus clientes/utentes, dos colaboradores e do accionista.

Quanto aos obstáculos à inovação, o **HR** apresenta falta de articulação entre os departamentos e a estrutura orgânica, a **ULSM** enfrenta resistência à mudança, o **HSS** tem falta de tempo, o **HCD** leva muito tempo para reagir e o **HL** sofre de decisões incorrectas e de falta de articulação entre departamentos.

As unidades privadas de saúde têm procurado associar à sua capacidade de oferta alternativa às unidades do SNS, a posse de inovação médica (protocolos, tecnologia e conhecimento), assim como uma maior qualidade nos cuidados e nos serviços prestados, dado que os seus clientes têm capacidade financeira para suportar o seu pagamento.

O nosso estudo mostra que os modelos, adoptados por nós, podem aplicar-se às organizações de saúde, tanto do sector público como do sector privado, sendo referenciais suficientemente robustos para classificar as diferentes culturas organizacionais em que assentam essas organizações e os tipos de lideranças existentes em contexto de inovação e mudança.

A cultura, as percepções e as emoções são três das barreiras à liderança na inovação e à implementação das estratégias nas organizações de saúde. No entanto são também facilitadoras da disseminação da liderança na inovação e da estratégia a ser desenvolvida.

Três dos maiores *drivers* da inovação são a cultura organizacional, a liderança e as pessoas. Se houver uma cultura organizacional pró-inovação, com incentivos (monetários e simbólicos), em que as lideranças incorporem e desenvolvam a inovação, onde se procura fazer melhor, de forma diferente, correndo riscos, e onde haja confiança interpares, essa inovação será a melhor estratégia para que essas organizações obtenham vantagens competitivas e uma melhor sustentabilidade.

Os líderes devem colocar a inovação na sua agenda, e devem propiciar condições para que floresça. Os conceitos *top-down*, *bottom-up*, *inside-out* e *peer-to-peer* devem ser substituídos por capacitação (*empowerment*) de todos os colaboradores internos ou externos às organizações. A capacitação irá alavancar a organização e terá um efeito positivo ao nível do seu desempenho, criação de valor e vantagem competitiva. Os objectivos das organizações devem ser integrados com a inovação (estratégia de I&D), nomeadamente, novos modelos de gestão e sua avaliação, novas inovações ao nível do diagnóstico e terapêutica.

A inovação e a criatividade, sendo as chaves para o sucesso num mundo cada vez mais competitivo e globalizado, são também por isso uma responsabilidade de todos, independentemente das suas funções e responsabilidades.

Contudo, importa realçar o papel do doente/utente, que evoluiu rapidamente e que exige mais soluções inovadoras que vão ao encontro das suas necessidades, expectativas e até preferências. A maior oferta de serviços, em particular privados, tem tentado satisfazer estas necessidades e expectativas, numa altura de maior contenção orçamental do SNS. Paralelamente, as novas tecnologias vêm melhorar o diagnóstico e tratamento de novas e velhas patologias, o que permite uma maior satisfação das necessidades e expectativas dos doentes/utentes, e simultaneamente vem permitir aos operadores privados (em organizações com ou sem fins lucrativos) a expansão de novos serviços, sem no entanto existir análise custo-benefício dessas tecnologias.

De acordo com os resultados observados, uma abordagem diferente à inovação organizacional passa por três requisitos: (i) integrar a inovação na agenda estratégica da gestão dos líderes das organizações (assim, a inovação não é só encorajada, mas também gerida e gerível, seguida e medida, tal como qualquer elemento central no crescimento das organizações); (ii) não aplicar inovações sem critérios (os gestores devem fazer o melhor uso do talento para inovar, criando condições que permitam uma inovação dinâmica e sistémica sem sobressaltos); (iii) reafirmar e desenvolver a confiança interpares (assim, os colaboradores compreendem que as suas ideias são valorizadas, há confiança de que é seguro expressar as suas ideias sem constrangimentos ou risco de represálias, e que, ao serem colocadas no terreno, o risco é colectivo, sendo que os gestores também estão envolvidos e dão a cara).

Daqui decorre que uma boa liderança será a melhor maneira de desenvolver a inovação, devendo para o efeito: (i) definir o tipo de inovação que leva ao crescimento e ajuda a

alcançar os objectivos estratégicos; (ii) juntar a inovação à agenda formal dos líderes; (iii) estabelecer indicadores de desempenho (financeiros e comportamentais) e metas para a inovação. A qualidade e o serviço aos clientes já não são atributos diferenciadores, mas sim pré-requisitos.

Qualquer tipologia, evidentemente, sendo um modelo redutor da realidade, é incapaz de englobar todas as formas de comportamento organizacional, dado que o mundo das organizações é demasiado subtil, complexo e mutável para permitir tal desígnio.

O desenvolvimento de uma estratégia, na qual interagem o económico, o tecnológico, o cultural e o social, não escapa à complexidade. O idealizar de uma estratégia é *design*, visão intuitiva e aprendizagem constante. Deve envolver cognição individual e interacção social, cooperação e conflito, incluir a análise inicial e programação posterior e ainda negociação durante todo o processo, para dar resposta ao ambiente.

É fundamental que as organizações tenham estratégias organizacionais bem definidas. Em função da sua idade e da sua maturidade, as organizações vão evoluindo e passam de umas características para outras em função do ambiente (societal) em que se inserem. Daqui decorre uma plasticidade e uma versatilidade que vão moldando o percurso das organizações, permitindo a evolução das suas estratégias organizacionais. De igual forma, os serviços de saúde em função das estratégias que são definidas, evoluem, dando resposta às necessidades das populações.

Trata-se portanto de administrar *na* complexidade e não administrar *a* complexidade, dado o imprevisto, que é próprio da noção de complexidade. Assim, a estratégia não pode ser idealizada numa estrutura fechada como um gabinete, deve envolver todos os níveis da organização para que todas as diferentes visões sejam apreciadas, tidas em conta e, no todo ou em parte, incorporadas.

Apesar disso, as organizações estão ao sabor da evolução das sociedades, que exigirão periódicas reconfigurações organizacionais. O que não muda é a ideia de que haverá sempre mudanças, e que estas têm certas características constantes: (i) são imprevisíveis, (ii) exigem uma procura de competências de ponta e de novo conhecimento, (iii) obrigam a rever o *status quo*, (iv) implicam um reforço das sociedades em rede, (v) traduzem-se numa alta taxa de insucesso como em tudo o que é novo, mas esse insucesso deve-se à criatividade em que nem tudo o que se cria tem uma utilidade ou uso imediatos.

Emergiu da investigação desenvolvida para a compreensão da eficácia organizacional, que o modelo dos *valores contrastantes* pode ser considerado um *mapa*, pois permite uma visualização do modo como a cultura organizacional e a liderança funcionam numa organização.

Os líderes podem modelar e elevar os valores dos colaboradores, ou seja, podem exercer uma liderança pedagógica que se traduz numa definição de novos objectivos, de níveis mais elevados de aspiração, de novas normas de actuação e concertação.

Deverá existir uma maior participação da sociedade civil na gestão das organizações de saúde. Têm existido tentativas de a obter, mas devem ser mais criativas e ir ao encontro do espírito do NPM (*New Public Management*). A comunicação, a existência de *softwares* de gestão, que permitam uma maior articulação e integração dos cuidados, tendo como finalidade o utente e os colaboradores e orçamentos e incentivos à I&D, são fundamentais para que novas estratégias sejam definidas e para que a liderança em contexto de inovação seja mais efectiva.

A complexa gestão dos actores das organizações de saúde não pode ser evitada, ou seja, os líderes devem saber gerir a multidisciplinaridade, pois só assim se consegue rentabilizar os diferentes conhecimentos. É necessário que as várias organizações de saúde tenham um maior enfoque de gestão a vários níveis: (i) na avaliação custo-benefício das novas tecnologias; (ii) na comunicação, para que haja uma maior e melhor divulgação dos novos serviços e uma articulação mais efectiva entre os conselhos de administração e os colaboradores, entre estes e a comunidade (utentes); (iii) na participação, dos diferentes actores (técnicos e gestores), que deve ser mais activa no processo de aquisição de tecnologia; (iv) no envolvimento na gestão, que tem de ser maior.

Estes actores com conhecimentos predominantemente na área da gestão necessitam também de possuir formação adicional em algumas áreas complementares (formação e treino — *case studies*, *coaching* na área da liderança, novos sistemas de informação para a gestão, *e-learning*, entre outros).

Como recomendações finais considera-se que no âmbito dos planos estratégicos, nos contratos-programa e nos relatórios e contas deveria ser feita menção à inovação (I&D).

Por seu turno, os líderes — os maestros, conduzindo e facilitando o compromisso com a inovação — devem colocar a inovação na sua agenda, e propiciar condições para que ela floresça.

É ainda necessário (e desejável) que cada vez mais haja gestores que liderem e façam a gestão da inovação.

Os objectivos da organização devem também ser integrados com a inovação (estratégias de I&D), nomeadamente, novos modelos de gestão e sua avaliação, novas tecnologias e terapêuticas, enfim novo conhecimento.

Last but not the least, todos os colaboradores devem poder colaborar, colocando as suas ideias e sugestões num portfólio ou endereçando-as a um responsável pelo desenvolvimento da organização.

Em síntese, ao longo das últimas três décadas experimentaram-se diversos modelos de administração e gestão no sector da saúde em Portugal, sem contudo se ter conseguido encontrar um modelo equilibrado, quer na perspectiva do doente, quer na perspectiva dos outros actores do sector.

Com este trabalho de investigação, esperamos poder ter contribuído, mesmo que modestamente, para:

- a promoção e o desenvolvimento do estudo da liderança e estratégia em contexto de inovação nas organizações de saúde em Portugal, procurando clarificar conceitos e criando um modelo conceptual de análise, assim como um instrumento de recolha de dados;
- a produção de conhecimento e evidência sobre a liderança e estratégia em contexto de inovação nas organizações de saúde, de modo a que, quer os decisores políticos quer os elementos que a levam à prática, encontrem as melhores soluções institucionais e organizacionais;
- a centralidade na prestação de cuidados aos utentes e a sua integração funcional, indo de encontro às melhores práticas de gestão, de prestação de contas e de participação dos utentes na vida das organizações de saúde;
- a mudança que o sector da saúde tem que trilhar, quer no sector público quer no sector privado com a criação de sinergias entre ambos, indo ao encontro das necessidades dos utentes e bem como dos direitos e expectativas dos cidadãos.

No fim de uma década em que se pretendeu integrar os cuidados do ponto de vista do utente, ainda muito há para fazer. Com o início de uma nova década, pretende-se que este estudo, com o seu eventual pioneirismo e com as suas inevitáveis limitações, seja um primeiro contributo para a abordagem integrada e o debate alargado sobre este tema de primordial importância para o desenvolvimento organizacional e institucional do sector da saúde.

Bibliografia

- ABBOTT, P. *et al.* — The sociology of the caring professions. London: Falmer Press, 1990.
- ADAIR, J. — Effective strategic leadership. London: Pan Books, 2003.
- AGUIAR, P. — Guia prático Climepsi de estatística em investigação epidemiológica: SPSS. Lisboa: Climepsi, 2007. ISBN 978–972–796–281–5.
- ALEXANDER, J.; WEINER, B.; BOGUE, R. — Changes in structure, composition and activity of hospital governing boards, 1989-1997: evidence from two national surveys. *The Milbank Quarterly*, 79(2) 2001, 253–279.
- ALIMO–METCALFE, B.; LAWLER, J. — Leadership development in UK companies at the beginning of the twenty-first century: lessons for the NHS? *Journal of Management in Medicine*. 15 (2001) 387–404.
- ALLEN, P. — Accountability for clinical governance: developing collective responsibility for quality in primary care. *British Medical Journal*. 321:9 (2000) 608-611.
- AMABLE, B. — Systèmes d'innovation. In MUSTER, P. ; PENAN, H., dir. - Encyclopédie de l'innovation. Paris: Economica, 2003.
- ANDERSON, N.; DE DREU, C.; NIJSTAD, A. — The routinization of innovation research: a constructively critical review of the state-of-science. *Journal of Organizational Behaviour*. 25 (2004) 147–173.
- ARMSTRONG, D. — Political anatomy of the body: medical knowledge in Britain in the twentieth century. Cambridge: Cambridge University Press, 1983.
- ARROW, K. — The economic implications of learning by doing. *Review of Economic Studies*. 29:3 (1962) 155–173.
- AUSTRALIA. METROPOLITAN PUBLIC HEALTH SERVICES — Conditions of use of computer services. Victoria: Metropolitan Public Health Services, 2007. [Em linha]. [Consult. em 31 de Março de 2009]. Disponível em <http://www.health.vic.gov.au/governance/index.htm>.
- BARDIN, L. — Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARNETT, P. *et al.* — On a hiding to nothing?: assessing the corporate governance of hospital and health services in New Zealand 1993-1998. *International Journal of Health Planning and Management*. 16:2 (2001) 139–154.

- BARNETT, P.; PERKINS, R.; POWELL, M. — Been there, done that...where to now?: stakeholder perspectives on corporate governance of health services in New Zealand. *Health Manager*. 7:2 (2000) 10–13.
- BARRET, S., HILL, M. — Polity, bargaining and structure in Implementation Theory: towards an integrated perspective. *Polity and Politics*. 12:3 (1984) 2196–2240.
- BARROS, P.; GOMES, J. — Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia: principais modelos de gestão hospitalar e eficiência no sistema hospitalar português. Lisboa: GANEC – Gabinete de Análise Económica. Faculdade de Economia. Universidade Nova de Lisboa, Julho de 2002. Apenso ao Relatório nº47 /03, do Tribunal de Contas, Auditoria de Gestão HDS–HNSR–HSS / Relatório Global, 2002.
- BARROS, P.; JORGE, S. – Health systems in transition. European Observatory of Health Systems and Policies. Copenhagen 9(5) 2007.
- BARROS, P. — As parcerias Público-Privadas em Portugal. In 30 anos do Serviço Nacional de Saúde, um percurso comentado. Jorge Simões (Coord.). Coimbra: Almedina, 2010.
- BARTRAM, T.; CASIMIR, G. — The relationship between leadership and follower in-role performance and satisfaction with the leader: the mediating effects of empowerment and trust in the leader. *Leadership & Organization Development Journal*. 28:1 (2007) 4-19.
- BASS, B.; SELTZER, J. — Transformational leadership beyond initiation and consideration. *Journal of Management*. 16 (1990) 693–703.
- BASS, B.; AVOLIO, B. — Improving organizational effectiveness through transformational leadership. Thousand Oaks, CA: Sage, 1994.
- BASS, M. — Bass & Stogdill's handbook of leadership. 3rd ed. New York: The Press Free, 1990.
- BAXTER, P.; JACK, S. — Qualitative Case Study Methodology: study design and implementation for novice researchers. *The Qualitative Report*. 13:4 (December 2008) 544–559.
- BEEKUN R.; Y. STEDHAM, Y.; YOUNG, G. — Board characteristics, managerial controls and corporate strategy: a study of US hospitals. *Journal of Management*. 24:1 (1998) 3–19.
- BELGIUM. HOSPITAL GOVERNANCE IN EUROPE — Survey. Leuven: Centre for Health Services and Nursing Research. Catholic University of Leuven, 2007. [Em linha]. [Consult. 31 – 03 – 2009]. Disponível em <http://www.hospitalgovernance.org>.
- BELL, J. — Como realizar um projecto de investigação. 2^a ed. Lisboa: Editora Gradiva, 2002.
- BENNIS, W. — On becoming a leader. London: Century Business, 1989.

- BILHIM, J. — Teoria organizacional: estruturas e pessoas. 3ª ed. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Universidade Técnica de Lisboa, 2004. ISBN 972–9229–93–7.
- BLUEDORN, A.; LUNDGREN, E. — A culture-match perspective for strategic change. *Research in organizational change and development*. 7 (1993) 137–179.
- BOAL, B.; HOOIJBERG, R. — Strategic leadership research: moving on. *The Leadership Quarterly Review of Leadership*. 11:4 (2004) 515–550.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. — Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora, 1994. (Ciências da Educação, 12).
- BORIS, S. — Leadership and innovation in the public sector. *Leadership & Organization Development Journal*. 23:8 (2002) 467–476.
- BOYETT J.; BOYETT J. — The Guru guide: the best ideas of de the top management thinkers. New York: John Wiley and Sons, 1998.
- BOYNE, G.; LAW, J.; WALKER, R. — Strategy, structure and process in the public sector: a test of Miles and Snow Model. In: Annual Meeting of the Midwest Political Science Association, Palmer House Hotel, Chicago, IL, April 12, 2007. Chicago, IL: Midwest Political Science Association, 2007.
- BOYNE, G.; WALKER, R. — Strategy content and public service organization. *Journal of Public Administration Research and Theory*. 14:2 (2004) 231-252.
- BRAZIER, D. — Influence of contextual factors on health-care leadership. *Leadership & Organization Development Journal*. 26:2 (2005) 128–140.
- BRICKLEY, J.A.; VAN HORN, R.L. — Managerial incentives in non-profit organizations: evidence from hospitals. *Journal of Law & Economics*. 45:1 (2002) 227–249.
- BROOKS, I. — Leadership of cultural change process. *Leadership & Organization Development Journal*. 17:5 (1996) 31–37.
- BUCHANAN, D. *et al.* — Leadership transmission: a muddled metaphor? *Journal of Health Organization and Management*. 21:3 (2007) 246–258.
- BURNS, J. — Leadership. New York: Harper e Row, 1978.
- CAETANO, A.; *et al* — Mudança organizacional e gestão de recursos Humanos. Lisboa: Observatório Emprego e Formação Profissional, 2000a. ISBN 972-732-603-X.
- CAETANO, A.; TAVARES, S., ed. lit. — Determinantes da implicação organizacional em cinco países europeus, trabalho e cidadania. Lisboa: ICS, 2000b.

- CALNAN, M.; MONTANER, D., HORNE, R. — How acceptable are innovative health-care technologies? : a survey of public beliefs and attitudes in England and Wales. *Social Science & Medicine*. 60 (2005) 1937–1948.
- CAMERON, K. *et al.* — Competing values leadership: creating values in organizations. New York: Edward Elgar Publishing Limited, 2006.
- CAMERON, K.; FREEMAN, S. — Cultural congruence, strength and type: relationships to effectiveness. *Research in Organizational Change and Development*. 5 (1991) 23–58.
- CAMPOS, A. — Reformas da Saúde: o fio condutor. Coimbra: Ed. Almedina, 2008. ISBN 978–972–40–3604–5.
- CANADA. BROWN GOVERNANCE — Agency governance: evaluative framework. [Em linha]. Ottawa, Ontario: Brown Governance, 2004. [Consult. 31–03–2009]. Disponível em <http://www.browngovernance.com>.
- CARAPINHEIRO, G. — Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Afrontamento, 1993.
- CARTWRIGHT, D.; ZANDER, A. — A dinâmica de grupo. São Paulo: Herder, 1992.
- CASTELLS, M. — A galáxia Internet. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2001.
- CHAUVENET, A. — Professions hospitalières et division du travail. *Sociologie du Travail*. 2 (Avril–Juin 1972) 145–163.
- COHEN, D.; *et al.* — A practice change for quality improvement in primary health care. *Journal of Health Care Management*. 49 (2004) 155–170.
- COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS — Comunicação ao conselho, ao parlamento europeu, ao comité económico e social europeu e ao comité das regiões sobre Política de Inovação: actualizar a abordagem da União no contexto da estratégia de Lisboa. Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias, 2003.
- CONANT, J; *et al.* — Strategic Types, distinctive marketing competencies and organisational performance: a multiple measures-based study. *Strategic Management Journal*. 11 1990 365–383.
- CONRAD, P.; SCHNEIDER, J. — Deviance and medicalization: from badness to sickness. London: Merrill Publishing, 1985.
- CORIAT, B.; DOSI, G. — The nature and accumulation of organizational competences/capabilities. *Revista Brasileira de Inovação*. 1:2 (Jul/Dez 2002) 275–326.
- CRESWELL, J. — Research design qualitative & quantitative approaches. London: Sage Publications, 1994. ISBN 0–8039–5254–6.

- CROZIER, M. — A empresa à escuta. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.
- CROZIER, M. ; FRIEDBERG, E. — L'acteur et le système. Paris: Seuil, 1977.
- CUNNINGHAM, P. — Innovation in the health sector: a case study analysis. Brussels: European Commission, 2005. (Publin Report; D19).
- DAFT, R. — Organização: teorias e projectos. São Paulo: Thompson, 2002.
- DECRETO-LEI nº 101/2006. D.R. I Série - A. 109 (2006-06-06) 3856-3866 - Ministério da Saúde Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.
- DECRETO-LEI nº 11/93. D.R. I Série - A. 12 (1993-01-15) 129-134 - Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.
- DECRETO-LEI nº 126/2003. D.R. I Série - A. 143 (2003-06-24) 3624-3626. - Altera os Decretos-lei nº 272/2002, de 9 de Dezembro, 276/2002, de 9 de Dezembro, 280/2002, de 9 de Dezembro, 282/2002, de 10 de Dezembro, 283/2002, de 10 de Dezembro, 285/2002, de 10 de Dezembro, 289/2002, de 10 de Dezembro, 290/2002, de 10 de Dezembro, 292/2002, de 10 de Dezembro, 295/2002, de 11 de Dezembro, 296/2002, de 11 de Dezembro, e 301/2002, de 11 de Dezembro.
- DECRETO-LEI nº 151/98. D.R. I Série - A. 130 (1998-06-05) 2562-2569. - Altera o estatuto jurídico aplicável ao Hospital de São Sebastião.
- DECRETO-LEI nº 207/99. D.R. I Série - A. 133 (1999-06-09) 3258-3264. - Cria a Unidade Local de Saúde de Matosinhos.
- DECRETO-LEI nº 218/96. D.R. I Série - A. 269 (1996-11-20) 4190. - Cria o hospital denominado Hospital de São Sebastião, localizado na cidade de Santa Maria da Feira.
- DECRETO-LEI nº 233/2005. D.R. I Série - A. 249 (2005-12-29) 7323-7333. - Transforma em entidades públicas empresariais os hospitais com a natureza de sociedade anónima, o Hospital de Santa Maria e o Hospital de São João e cria o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E., o Centro Hospitalar de Setúbal, E. P. E., e o Centro Hospitalar do Nordeste, E. P. E., e aprova os respectivos Estatutos.
- DECRETO-LEI nº 28/2008. D.R. I Série - A. 38 (2008-02-22) 1182-1189 - Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde.
- DECRETO-LEI nº 281/2003. D.R. I Série - A. 259 (2003-11-08) 7492-7500 - Ministério da Saúde Cria a rede de cuidados continuados de saúde.

- DECRETO-LEI nº 283/2002. D.R. I Série - A. 285 (2002-12-10) 7655-7663. - Transforma a Unidade Local de Saúde de Matosinhos em sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos.
- DECRETO-LEI nº 296/2002. D.R. I Série - A. 286 (2002-12-11) 7756-7764. - Transforma o Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira, em sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos.
- DECRETO-LEI nº 300/2007. D.R. I Série - A. 162 (2007-08-23) 5630-5642. - No uso da autorização legislativa concedida pela Lei n.º 17/2007 de 26 de Abril, procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 558/99 de 17 de Dezembro, que estabelece o regime do sector empresarial do Estado e das empresas públicas.
- DECRETO-LEI nº 374/1999. D.R. I Série - A. 219 (1999-09-18) 6489-6494 - Ministério da Saúde Cria os centros de responsabilidade integrados nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde.
- DECRETO-LEI nº 558/99. D.R. I Série - A. 292 (1999-12-17) 9012-9019. - Estabelece o regime jurídico do sector empresarial do Estado e das empresas públicas.
- DECRETO-LEI nº 86/2007. D.R. I Série - A. 97 (2003-04-26) 2682-2687 - Ministério das Finanças define normas especiais aplicáveis às parcerias público-privadas.
- DECRETO-LEI nº 93/2005. D.R. I Série - A. 109 (2005-06-07) 3636-3637. - Transforma os hospitais sociedades anónimas em entidades públicas empresariais.
- DECRETOS-LEIS nº(s) 272 a 302/2002. D.R. I Série - A. 284 (2002-12-09/10/11) 7570-7809 - Ministério da Saúde Transforma 31 Hospitais, em sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos.
- DEIGHAN, M. *et al.* - The development of integrated governance. London: Department of Health, 2004.
- DEIGHAN, M.; BULLIVANT. J. - Integrated governance handbook: a handbook for executives and non-executives in healthcare organizations. London: Department of Health, 2006.
- DELOITTE CONSULTING - Deloitte Research: a Deloitte Research Health Care Study: clinical transformation: cross industry lessons for health care, 2003. [Em linha]. [Consult. 19-06-2009]. Disponível em <http://www.deloitte.com/dtt/research/0,1015,cid%253D21480,00.html>.
- DEMING, W.E. - Qualidade: a revolução da administração. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1990.

- DESARBO, S. *et al* — Revisiting the Miles & Snow strategic framework: uncovering interrelationships between strategic types, capabilities, environmental uncertainty, and firm performance. *Strategic Management Journal*. 26 (2005) 47–74.
- DILIELLO, T.; HOUGHTON, J. — Maximizing organizational leadership capacity for the future: towards a model of self-leadership, innovation and creativity. *Journal of Managerial Psychology*. 21:4 (2006) 319–337.
- DIPADOVA, I.; FAERMAN, S. — Using the competing values framework to facilitate managerial understanding across levels of organizational hierarchy. *Human Resource Management*. 32 (1993) 143–174.
- DJELLAL, F.; GALLOUJ, F. — Mapping innovation dynamics in hospitals. *Research Policy*. 34 (2005) 817–835.
- DOSI, G. *et al* — Technical change and economic theory. 2nd ed. London: Printer Publishers, 1988.
- DRUCKER, P. — Inovação e espírito empreendedor: prática e princípios. São Paulo: Thomson Pioneira, 1986.
- DRUCKER, P. — O advento da nova organização. In HARVARD BUSINESS REVIEW – Gestão do conhecimento. 2^a ed. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2000. ISBN 85–352–0699–X.
- DRUCKER, P. — The new realities. New York: Harper & Row, 1993.
- DUBAR, C. — A socialização: construção das identidades sociais e profissionais. Porto: Porto Editora, 1997.
- DUBIN, R. — Metaphors of leadership: an overview. In HUNT J. G.; LARSON, L. ed. lit. — Cross-currents in leadership. Carbondale, IL: Southern Illinois University Press, 1979.
- DULUC, A. — Liderança e confiança: desenvolver o capital humano para organizações competitivas. Lisboa: Instituto Piaget, 2001.
- EDLIN, M. — Making information easy to grasp is what makes better care possible. *Managed Healthcare Executive*. 12:6 (June 2002) 44–45.
- EDQUIST, C. — Innovation policy: a systemic approach. In: ARCHIBUGI, D.; LUNDVALL, B.A., ed. lit. — The globalizing learning economy: major socio-economic trends and European innovation policy. Oxford: Oxford University Press, 2001. 219–238.
- EDQUIST, C. — Systems of innovation: technologies, institutions and organizations. London: Printer Publishers, 1997.

- EDQUIST, C; JONHSON, B. — Institutions and organizations in systems of innovation. In EDQUIST, C., ed. lit. — Systems of innovation: technologies, institutions and organizations. London: Printer Publishers, 1997.
- EECKLOO, K. *et al.* — From corporate governance to hospital governance: auditory, transparency and accountability of Belgian non-profit hospitals' board and management. *Health Policy*. 68:1 (2004) 1–15.
- EIRIZ, V.; FIGUEIREDO, J. — Quality evaluation in health care services based on customer – provider relationships. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 18:6 (2005) 404–412.
- EISENHARDT, K. — Building theories from case study research. *Academy of Management Review*. 14:4 (1989) 532 – 550.
- EISENHARDT, K; BOURGEOIS, L. — Politics of Strategic Decision Making in High – Velocity Environments: In High – Velocity Environments: Toward a Midrange Theory. *Academy of Management Journal*. 31:4 (1988) 737–770.
- ELDENBURG, L. *et. al.* – Governance, performance objectives and organizational form: evidence from hospitals. *Journal of Corporate Finance*. 10 2004 527 – 548.
- ESCOVAL, A. – Financiamento, inovação e sustentabilidade. Lisboa: APDH, 2008.
- ETZIONI, A. — A sociological reader on complex organizations. 2nd ed. London: Heinemann, 1970.
- ETZIONI, A. — As organizações modernas. S. Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1980.
- EUPHA CONFERENCE – i-Health: health and innovation in Europe 6-8 November, 2008, Lisboa, Portugal. Lisboa: EUPHA, 2008. [Em linha]. [Consult. 20–07–2008]. Disponível em <http://www.healthinnovation2008.com.pt/>.
- EUROPEAN COMMISSION — Green Paper on innovation. Luxembourg: European Commission, 1995. [Em linha]. [Consult. 20–07–2007]. Disponível em http://europa.eu.int/en/record/green/gp9512/ind_inn.htm.
- EUROPEAN COMMISSION — Innovation tomorrow: innovation policy and the regulatory framework: making innovation an integral part of the broader structure agenda. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2008. (Innovation papers; 28). [Em linha]. [Consult. 20–07–2008]. Disponível em ftp://ftp.cordis.europa.eu/pub/innovation-policy/studies/studies_innovation_tomorow.pdf.
- EUROPEAN COMMISSION — Trend chart innovation policy in Europe 2004. Luxembourg: DG Enterprise and Industry, 2004.

- EUROPEAN COMMUNITIES – Future directions of innovation policy in Europe. Luxemburg: European Communities, 2003. ISBN 92–894–4680–3.
- EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS – Health Care Systems in Transition 1999 – Portugal. Copenhagen, Denmark: European Observatory on Health Care Systems, 1999.
- EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES – European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels, Belgium: European Observatory on Health Systems and Policies, 2008. [Em linha] [Consult. 31–03– 2009]. Disponível em <http://www.euro.who.int/observatory>.
- FALK, I; BORGELT, K. – The leadership/management conundrum: innovation or risk management? *Leadership & Organization Development Journal*. 28:2 (2007) 122–136.
- FAULKNER, A.; KENT, J. – Innovation and regulation in human implant technologies: developing comparative approaches. *Social Science & Medicine*. 2001.
- FERNANDES, A. – Qualidade de serviço pela gestão estratégica. 1ª ed. Cascais: Editora Pergaminho, 2000.
- FERNANDES, M. R. – Mudança e inovação na pós-modernidade: perspectivas curriculares. Porto: Porto Editora, 2000.
- FIEDLER, F; CHEMERS, M. – Liderança e administração eficaz. São Paulo: McGraw-Hill, 1981.
- FLYVBJERG, B. – Five Misunderstandings about Case-Study Research. *Qualitative Inquiry*. 12:2 (April 2006) 219-245.
- FORTIN, MARIE-FABIENNE – O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972–8383–10–X.
- FREEMAN, C. – The national system of innovation in historical perspective. *Cambridge Journal of Economics*. 19:1 (1995) 5–24.
- FREIDSON, E. – La profession médicale. Paris: Payol, 1984.
- FREIDSON, E. – Professional powers: a study of institutionalization of formal knowledge. Chicago: The University of Chicago Press, 1986.
- FREIRE, A. – Estratégia: sucesso em Portugal. 10ª ed. Lisboa: Editorial Verbo, 2004.
- FREIRE, A. – Inovação: novos produtos, serviços e negócios para Portugal. Lisboa: Editorial Verbo, 2006. ISBN 972–22–2012–0.
- GAIBRAITH, J. – Anatomia do poder. 3ª ed. São Paulo: Pioneira, 1989.

- GHIGLIONE, RODOLPHE; MATATON BENJAMIN — O inquérito: teoria e prática. 4ª ed. Oeiras: Celta, 2001. ISBN 972–774–120–7.
- GLOUBERMAN S.; MINTZBERG H. — Managing the care of health and the cure of disease: Part I: Differentiation. *Health Care Management Review*. 26:1 (2001a) 56–69.
- GLOUBERMAN S.; MINTZBERG H. — Managing the care of health and the cure of disease: Part II: Integration. *Health Care Management Review*. 26:1 (2001b) 70–84.
- GOLDEN, B. — Transforming healthcare organizations. *Healthcare Quarterly*. 10: Special issue (2006) 10–19.
- GOODMAN, C. — Introduction of health care technology assessment. Washington, DC: National Information Centre on Health Services Research & Health Care Technology (NICHSR). National Library of Medicine, 1998.
- GOODMAN, N.W. — Clinical governance. *British Medical Journal*. 317 (7174). 1998 1725–1727.
- GRAÇA, L — Como pilotar um processo de mudança organizacional. In: GRAÇA, L., coord. — Manual prático de administração de serviços de saúde em África. Lisboa: Instituto de Estudos para o Desenvolvimento, 1992.
- GRAÇA, L — Evolução do sistema hospitalar: Uma perspectiva sociológica. Lisboa: Disciplina de Sociologia da Saúde / Disciplina de Psicossociologia do Trabalho e das Organizações de Saúde. Grupo de Disciplinas de Ciências Sociais em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa (Textos, T 1238 a T 1242).
- GRAÇA, L. — Desenho, redação e aplicação de questionários e guiões de entrevista. Lisboa: Grupo de Disciplinas de Ciências Sociais e Humanas. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2009b (Textos, T 1069, 63 pp.).
- GRAÇA, L. — Guião para o desenho de um projecto de investigação. Lisboa: Grupo de Disciplinas de Ciências Sociais e Humanas. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. 2009a (Textos, T 834, 105 pp.).
- GRECO, P; EISENBERG, M. — Changing physicians' practices. *New England Journal of Medicine*. 329 1993 1271–1273.
- GREEN L.; HOWELLS J.; MILES I. — Services and innovation: dynamics of service innovation in the European Union: final report. Manchester: PREST. CRIC. University of Manchester, December 2001.
- GUO, K. — Leadership processes for re-engineering changes to the health care industry. *Leadership & Organization Development Journal*. 18:6 (2004) 434–446.

- HALVORSEN, T. *et al* — On the differences between public and private sector innovation. Brussels: European Commission, 2005. (Report; D19).
- HAM, C. — Improving the performance of health services: the role of clinical leadership. *The Lancet*. 361 (June 2003) 1978–1980.
- HAMBRICK, D. — Some test of the effectiveness and functional attributes of Miles and Snow's strategic types. *Academy of Management Journal*. 26:1 (1983) 5–26.
- HAMEL, G. — The future of management. London: Harvard Business School Press, 2007.
- HAMPTON, D. — Administração contemporânea. 3ª ed. São Paulo: Mc Graw-Hill, 1992.
- HAMPTON, D. — Administração contemporânea: teoria, prática e casos. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1980.
- HANLON, N. — Sense of place, organizational context and the strategic management of publicly funded hospitals. *Health Policy*. 58 (2001) 151–173.
- HAVE, *et al* — Key management models: the management tools and practices that will improve your business. London: Prentice-Hall, 2003.
- HENG, H.; McGEORGE, W.; LOOSEMORE, M. — Beyond strategy: exploring the brokerage role of facilities manager in hospitals. *Journal of Health Organisation and Management*. 19:1 (2005) 16–31
- HERSEY, P; BLANCHARD, K. — Management of organizational behaviour: utilizing human resources. 3ªed. New Jersey: Prentice Hall, 1977.
- HERTOOG, G; *et al* — Mapping health care innovation: tracing wells and ceilings. Maastricht: MERIT, 2005.
- HERZLINGER, R. — Market driven health care: who wins, who loses in the transformation of America's largest service industry. New York: Perseus Books, a division of HarperCollins Publishers, 1997.
- HOOD, C. — Accident and design contemporary debates on risk management. London: UCL Press, 1996.
- HUNTINGTON, J.; GILLIAM, S.; ROSEN, R. — Organizational development for clinical governance. *British Medical Journal*. 16 (2000) 679–682.
- IRWIN, J.; HOFFMANN, J.; LAMONT, T. — The effect of the acquisition of technological innovations on organisational performance: a resource-based view. *Journal of Engineering and Technology Management*. 15 (1998) 25–54.

- JESUÍNO, J. — Processos de liderança. 4ª ed. Lisboa: Livros Horizonte, 2005.
- JUDGE, W.; ZEITHAML, C. — An empirical comparison between the board's strategy role in non-profit hospitals and for-profit industry firms. *Health Services Research*. 27:1 (1992) 47–64.
- KABANOFF, B; BROWN, S. — Knowledge structure of prospectors, analysers and defenders: content, structure, and performance. *Strategic Management Journal*. 29:2 (2007) 149-171.
- KALLIATH, T.; BLUEDORM, A.; GILLESPIE, D. — A confirmatory factor analysis of the competing values instrument. *Educational & Psychological Measurement*. 59:1 (1999).
- KETCHEN, D. — Introduction: Raymond E. Miles and Charles C. Snow's Organizational Strategy, Structure, and Process. *Academy of Management Executive*. 17:4 (2003) 95–96.
- KLINE, S.; ROSENBERG, N. — An overview of innovation. In: LANDON, R.; ROSENBERG, N., ed. lit. — The positive sum strategy: harnessing technology for economic growth. Washington: National Academy Press, 1986. 275–305.
- KOCH, P.; HAUSKNES, J. — On innovation in the public sector. Brussels: European Commission, 2005. (Publin Report; D19).
- KOLHBERG, L. — Moral stage and moralisation, the cognitive-development approach. In: LICKONA, T. , ed. lit. — Moral development and behaviour: theory, research and social issues. Orlando, FL: Holt McDougal, 1976.
- KOTLER, J. — Leading change: why transformation efforts fail. London: Harvard Business Scholl Press, 1996.
- LAMPREIA, J. — Comunicação empresarial: as relações públicas em gestão. 2ª ed. Lisboa: Texto Editora, 2003. ISBN 972–47–0349–5.
- LANE, J. — New public management. London: Routledge, 2000.
- LÄNSISALMI, H. *et al.* — Innovation in healthcare: a systematic review of recent research. *Nursing Science Quarterly*. 19:1 (January 2006) 66–72.
- LEI nº 27/2002. D. R. I Série. 258 (2002-11-08) 7150-7155 - Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto.
- LEI nº 48/90. D. R. I Série. 195 (1990-08-24) 3452 – 3459 - Lei de Bases da Saúde.
- LEI nº 56/79. D. R. I Série. 214 (1979-09-15) 2357-2364 - Serviço Nacional de Saúde.
- LEVINSON, W. *et al.* — Patient-physician communication as organizational innovation in the managed care setting. *American Journal of Managed Care*. 8:7 (2002) 622–630.

- LEY nº 15/1997 BOE núm. 100 (1997– 04– 25) 13450 – 13451. – Habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud.
- LEY nº 16/2003 BOE núm. 128 (2003– 05– 28) 20567– 20588. Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- LEY nº 193/1963 BOE núm. 312 (1963– 12– 30) 18181 – 18191. Ley de Bases de la Seguridad Social.
- LEY nº 30/1994. BOE núm. 282 (1994– 11– 24) 36146 – 36164. Fundaciones y de incentivos fiscales a la participación privada en actividades de interés general.
- LEY nº 6/1997. BOE núm. 90 (1997– 04– 14) 11755 – 11780. Ley de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado – (LOFAGE).
- LI, L.; RUBIN, B. – Technology investment in hospital: an empirical study. *International Journal of Management Enterprise Development*. 1:4 (2004) 390–410.
- LITTLE, M.; MCDERMOTT, D.; FRANZAK, F. – Factors related to hospital use of strategic marketing activities. *Journal of Hospital Marketing*. 9:1 (1994) 17–31.
- LONGEST, B. *et al.* – Managing health services organization and systems. 4th ed. Baltimore: Health Professions Press, 2003. ISBN 1–878812–57–2.
- LOVELOCK, C.; VANDERMERWE, S.; LEWIS, B. – Services marketing: a European perspective. Harlow: Essex, England: Prentice Hall Europe, 1999.
- LUNDVALL, B. – Innovation systems, national learning patterns and economic development. draft paper. In Globelics Conference, 3, Pretoria. November 2005. [Em linha]. [Consult. 23–09–07] Disponível em http://www.globelics2005africa.org.za/papers/p0059/Globelics2005_Lundvall.pdf.
- LUNDVALL, B. A. – National systems of innovation: towards a theory of innovation and interactive learning. London: Pinter Publishers, 1992.
- LUNDVALL, B; *et al.* – National systems of production, innovation and competence building. *Research Policy*. 31:2 (February 2002) 213–231.
- LUPTON, D. – Medicine as culture: illness disease and the body in Western societies. London: Sage Publications. 1994.
- MACKENZIE, A. – The management process in 3-D. *Harvard Business Review*. (Nov–Dec 1969) 80–87.

- MACPHERSON, M. — Strategic capability survey. Alexandra, New Zealand: Macpherson Publishing, 2001. [Em linha]. [Consult. 23-09-07]) Disponível em <http://www.baldrigeplus.com/survey2.pdf>.
- MALERBA, F. — Sectorial systems of innovation and production. *Research Policy*. 31:2 (2002) 247–264.
- MALERBA, F. — Sectorial systems of innovation: basic concepts. In MALERBA, F. — Sectorial systems of innovation: concepts, issues and analyses of six major sectors in Europe. Cambridge: Cambridge University Press, 2004. 9–14.
- MARGOLIN *et al.* — Hospital governance: initial summary report of 2005 survey of CEOs and Board Chairs. Chicago: Health Research and Educational Trust, 2006.
- MARTINEZ RODA, F. — Los cambios de las formas jurídicas en la gestión sanitaria y su significación histórica. In: MARTINEZ RODA, F.; ROSA TORNER, A. ; MARIN FERRER, M., coord. - Las nuevas formas de gestión sanitaria: “Modelo Alzira”. Madrid: Instituto de Estudios Económicos, 2007.
- MASLOW, A. — Motivation and personality. New York: Harper e Row. 1954.
- MCKEE M. *et al* — Configuring the hospital in the 21st century. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
- MCKEE. M.; HEALY, J. — Hospitals in a changing Europe. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, 2002.
- MEAD, N. ; BOWER, P. — Patient-centeredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*. 51 (2000) 1087-1090.
- MILES, R.; SNOW, C. — Organizational strategy, structure and process. Stanford: Stanford University Press, 2003.
- MINTZBERG, H — Estrutura e dinâmica das organizações. Lisboa: Dom Quixote, 1995.
- MINTZBERG, H. - Estrutura e dinâmica das organizações. 1ª ed. Lisboa: Dom Quixote, 1995.
- MINTZBERG, H. — Five P’ for strategy. In MINTZBERG, H. E.; QUINN, J. — The strategy process. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1992.
- MINTZBERG, H.; AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J. — Strategy safari: a guide tour through the wiles of strategic management. London: Free Press, 2005. ISBN 0–7432–7057–6.
- MORAIS, L. — Comunicação intra-organizacional e processos de mudança: estudo de caso num Centro Hospitalar. Lisboa: ENSP — UNL, 2005. Tese elaborada no âmbito do Curso de Mestrado em Saúde Pública da ENSP — UNL.

- MORGAN, G. — Images of organization. London: Sage Publications. 2006. ISBN 978—1—4129—3979—9.
- NEVES, E. — Inovar sem risco. Lisboa: Editorial Presença, 1997.
- NEVES, J.G. — Clima organizacional, cultura organizacional e gestão de recursos humanos. 1ªed. Amadora: Editora RH, 2000. ISBN 972—96897—3—3.
- NUNES, C. — Operacionalização das USF. In: Encontro Nacional de Clínica Geral, 24, Vilamoura, 23 de Março 2007. Vilamoura: Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral, 2007.
- OCDE — Lier leadership et performances dans les organisations publiques. Paris: Organisation pour la Cooperation DE, 2001. [Em linha]. [Consult. 23—02—09]. Disponível em <http://www.oecd.org/>.
- OCDE — Manual de Oslo: proposta de directrizes para colheita e interpretação de dados sobre inovação tecnológica. Paris: OCDE. EC. Eurostat, 1997.
- OECD — Economic Surveys: Portugal 2004. Paris: Organisation for Economic Co-Operation and Development, 2004.
- OECD — Frequently requested data. Paris: Organization for Economic Co-Operation and Development, June 2008. [Em linha]. [Consult. 19—06—2009]. Disponível em http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en_2649_34631_12968734_1_1_1_1,00.html.
- OECD — L'économie fondée sur le savoir. Paris: Organisation de Cooperation et de Developpement Economiques, 1996. (OCDE/GD(96)102). [Em linha]. [Consult. 23—09—08]) Disponível em <http://www.oecd.org/dataoecd/51/48/1913029.pdf>.
- OECD — Principles of corporate governance. Paris: Organization for Economic Co-Operation and Development, 1999.
- OECD — Promoting innovation in services. Paris: OECD, 2005a. (DSTI/STP/TIP(2004)4/FINAL). [Em linha]. [Consult. 23—09—07]) Disponível em <http://www.oecd.org/dataoecd/21/55/35509923.pdf>.
- OECD — The learning government: introduction and draft results of survey of knowledge management practices in ministries/departments/agencies of central government. GOV/PUMA(2003). Paris: OECD, 2003. [Em linha]. [Consult. 23—09—07]) Disponível em <http://www.oecd.org/dataoecd/59/8/33709748.doc>.

- OECD — The measurement of scientific and technological activities: proposed guidelines for collecting and interpreting technological innovation data: Oslo Manual. Paris: Organisation for Economic Co-Operation and Development, 1997.
- OECD — The reform of the health care system in Portugal. Paris: Organization for Economic Co-Operation and Development, 2004b. (Economics Department Working papers; 45).
- OECD — Working Party on Innovation and Technology Policy. Paris: Organization for Economic Co-Operation and Development, 2005.
- OMS — Glosario de promoción de la salud. In: OPS — Relatorio taller estrategia de promoción de la salud de los trabajadores en América Latina y el Caribe. Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 2000.
- OPSS — Observatório Português de Sistemas de Saúde – Conhecer os caminhos da Saúde: relatório de Primavera 2001. Coimbra: Mar de Palavra, 2001.
- OPSS — Observatório Português de Sistemas de Saúde — Luzes e sombras: a governação da saúde: relatório de Primavera 2007. Coimbra: Mar de Palavra, 2007.
- OPSS — Observatório Português de Sistemas de Saúde — Novo serviço público de saúde, novos desafios: relatório de Primavera 2005. Coimbra: Mar da palavra, 2005.
- OPSS — Observatório Português de Sistemas de Saúde — Saúde – que rupturas? relatório de Primavera 2003. Coimbra: Mar de Palavra, 2003.
- OPSS — Observatório Português de Sistemas de Saúde — Sistemas de Saúde Português: riscos e incertezas: relatório de Primavera 2008. Coimbra: Mar de Palavra. 2009.
- OSBORNE, D.; GAEBLER, T. — Reinventing government: how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector. New York: Penguin Books, 1993.
- OSBORNE, D.; HUTCHINSON, P. — The price of government. New York: Basic Books, 2004.
- OSBORNE, D.; PLASTRICK, P. — Banishing bureaucracy: the five strategies for reinventing government. New York: Penguin, 1998.
- PARVINEN, P.; *et al* — A governance-process framework for healthcare research: some exploratory evidence. Paper prepared for submission and reviewing in the British Academy of Management Meeting St. Andrews, September, 2004.
- PERKINS, R. *et al.* — Corporate governance of public health services: lessons from New Zealand for the state sector. *Australian Health Review*. 23:1 (2000) 9–21.
- PESTANA, M.; GAGEIRO, J. — Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS. Lisboa: Edições Sílabo. 2003.

- PETERS, T. — Thriving on chaos: handbook for a management revolution. New York: Alfred A. Knopf, 1997.
- PETERS, T.; WATERMAN, R. — Na senda da excelência. Lisboa: Dom Quixote. 1995.
- PETIT, F.; DUBOIS, M. — Introdução à psicossociologia das organizações. Lisboa: Instituto Piaget, 1998. ISBN 972-771-273-8.
- PETTIGREW A, *et al* — Shaping strategic change: making change in large organizations: the case of the National Health Service. London: Sage Publications. 1992.
- PETTIGREW, A.; WHIPP, R. — Managing change for competitive success. Oxford: Basil Blackwell, 1991.
- PFEFFER, J. — The ambiguity of leadership. *Academy of Management Review*. 2 1977 104 —112.
- PIERRE, J.; PETERS, G. — Governance, politics and the state. London: Macmillan Press, 2000.
- PINTO, M.; RAMOS, F.; PEREIRA, J. — Health technology assessment in Portugal. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 16:2 (2000) 520-531.
- PLSEK, P.E. — Some emerging principles for managers of complex adaptative systems, 1997. [Em linha]. [Consult. 31-03-2009]. Disponível em <http://www.directedcreativity.com/pages/ComplexityWP.html>.
- PLSEK, P.E.; GREENHALGH, T. — The challenge of complexity in health care. *British Medical Journal*. 323:15 (2001) 625-628.
- PLSEK, P.E.; WILSON, T. — Complexity, leadership and management in healthcare organization. *British Medical Journal*. 323:29 (2001) 746-749.
- POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. — Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- POLLIT, C.; BOUCKAERT, G. — Public management reform: a comparative analysis. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press. 2004.
- PORTARIA nº 288/99. D. R. I Série—B. 98 (1999-04-27) 2258-2261 - Cria, no âmbito do Ministério da Saúde, o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS). Revoga as Portarias n.os 767/81, de 7 de Setembro, 539/82, de 29 de Maio, 520/83, de 4 de Maio, e 505/86, de 9 de Setembro.
- PORTER, M. — Competitive strategy: techniques for analyzing industries and competitors. New York: Free Press, 1989.
- PORTER, M. — Estratégia competitiva. Rio de Janeiro: Campus, 1986.

- PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. — Redefining health care: creating value-based competition on results. Boston: Harvard Business School Press, 2006. ISBN 1—59139—778—2.
- PORTUGAL. ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, 2007. [Em linha]. [Consult. 08—09—08] Disponível em http://www2.ers.pt/pagegen.asp?SYS_PAGE_ID=824901
- PORTUGAL. INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA — Conceitos: conceitos estatísticos: saúde, 2007. [Em linha]. [Consult. 08—09—08]. Disponível em <http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/conceitos.aspx?ID=PT&menuBOUI=16944>.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE — Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Direcção Geral da Saúde. Vol. I: Prioridades. Lisboa: 2004. [Em linha]. [Consult. 06—06—07]. Disponível em http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol1.pdf.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE — Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Direcção Geral da Saúde. Vol. II: Orientações estratégicas. Lisboa, 2004. [Em linha]. [Consult. 06—06—07]. Disponível em http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol2.pdf.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE — Saúde um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século (1998—2002). Lisboa: Ministério da Saúde, 1999. ISBN 972—9425—69—8.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DO AMBIENTE, DO ORDENAMENTO DO TERRITÓRIO E DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL. DIRECÇÃO DE SERVIÇOS DE MACROECONOMIA E PLANEAMENTO DEPARTAMENTO DE PROSPECTIVA E PLANEAMENTO — Portugal em números: situação socioeconómica. Lisboa: DPP, 2005. [Em linha]. [Consult. 19—06—2009]. Disponível em http://www.dpp.pt/pages/files/port_num_2005.pdf.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DO AMBIENTE, DO ORDENAMENTO DO TERRITÓRIO E DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL. DIRECÇÃO DE SERVIÇOS DE MACROECONOMIA E PLANEAMENTO. DEPARTAMENTO DE PROSPECTIVA E PLANEAMENTO — Portugal em números: situação socioeconómica 2004. Lisboa: Departamento de Prospectiva e Planeamento, 2005. ISSN 0874—3347.
- PORTUGAL. PARLAMENTO — Constituição da República Portuguesa. [Em linha]. [Consult. 19—06—2009]. Disponível em <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>.
- PORTUGAL. TRIBUNAL DE CONTAS — Auditoria ao Serviço Nacional de Saúde: relatório final. Lisboa: Tribunal de Contas, 1999.
- PRAHALAD, C.; HAMEL, G. — The core competence of the corporation. *Harvard Business Review*. 68:3 (May—June 1990) 78—91.

- PRATS I CATALÀ, J. — Las transformaciones de las administraciones públicas de nuestro tiempo. *IIG - Institut Internacional de Governabilitat de Catalunya*. 10 (21 junio 2005) 1-54. [Em linha]. [Consult. 20-10-2008]. Disponível em <http://www.hacienda.go.cr/centro/datos/Articulo/Las%20transformaciones%20de%20las%20administraciones%20públicas.pdf>.
- QUINN, R.; SPREITZER, G.; HART, S. — Becoming a master manager: A competency framework. New York: Wiley, 1996.
- QUINN, R.; ROHRBAUGH, J. — A special model of effectiveness criteria: towards a competing values approach to organizational analysis. *Management Science*. 29:3 (1983) 363–377.
- RAND — Healthcare organization survey for senior leadership. Santa Monica: RAND, 1999.
- RASCÃO, J. — Análise estratégica, sistemas de informação para a tomada de decisão. Lisboa: Sílabo, 2000.
- REIS, V. — Gestão em saúde: um espaço de diferença. Lisboa: ENSP.UNL, 2007. ISBN 978–972–98811–7–6.
- ROBBINS, S. — Organizational behaviour. 8th ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1997. 395–431; 432–475.
- RODRIGUES, L. — Compreender os recursos humanos do Serviço Nacional de Saúde. Lisboa: Edições Colibri. 2002.
- RODRIGUES, M. — Sociologia das profissões. Oeiras: Celta Editora, 1997. ISBN 972–8027–84–2.
- RODRIGUES, M.; NEVES, A.; GODINHO, M. — Para uma política de inovação em Portugal. Lisboa: Dom Quixote, 2003.
- ROSA TORNER, A — Las nuevas fórmulas de gestión en la sanidad pública: el modelo Alzira. In: In: MARTINEZ RODA, F.; ROSA TORNER, A. ; MARIN FERRER, M., coord. - Las nuevas formas de gestión sanitaria: “Modelo Alzira”. Madrid: Instituto de Estudios Económicos, 2007.
- ROSENBERG, N. — Inside the black box: technology and economics. New York: Cambridge University Press, 1982.
- ROSTE, R. — Studies of innovation in the public sector: a theoretical framework. Brussels: European Commission, 2005. (Publin Report; D19).
- SAINSAULIEU, R. — Sociologie des organisations et de la transformation sociale. Vol. I e II. Paris: Fondation National des Sciences Sociales, 1997.
- SAKELLARIDES, C. — A Lisbon Agenda on health innovation. *The European Journal of Public Health*. 18:2 (2008a) 102–103.

- SAKELLARIDES, C. — Saúde e inovação: Lisboa 2008. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 24:2 (Jun/Dez) 2008b 3–4.
- SALTMAN, R. — The Western European experience with health care reform. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 2002.
- SALTMAN, R., FIGUERAS, J. — Analyzing the evidence on European health care reforms. *Health Affairs*. 17:2 (Mar/Apr 1998) 85–108.
- SASSI, F. — Setting priorities for the evaluation of health interventions: when theory does not meet practice. *Health Policy*. 63 (2003) 141–154.
- SCALLY, G.; DONALDSON, L.J. — Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *British Medical Journal*. 317:7150 (1998) 61–65.
- SCHEIN, E. — Psicologia organizacional. Rio de Janeiro: Prentice-Hall, 1982.
- SCHUMPETER J. — The Theory of Economic Development: an inquiry into profits, capital, credit, interest and business cycle. Cambridge: Harvard University Press, 1934.
- SCHWARTZ, R. — Equipping physicians to lead: principles for innovation. *The American Journal of Surgery*. 180 (Set 2000) 185–186.
- SCHWARTZ, R.; TUMBLIN, T. — The power of servant leadership to transform health care organizations for the 21st century economy. *Archives of Surgery*. 137 (Dec 2002) 1419–1427.
- SENKER, J. — Tacit knowledge and models of innovation. *Industrial and Corporate Change*. 4:2 (1995) 425–447.
- SHAW, R. — The trends in public sector management in health applications in developed and developing countries. Washington, DC: World Bank, 2004. [Em linha]. [Consult. 06–06–08]. Disponível em <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Shaw-NewTrends.pdf>.
- SHEAFF, R. *et al.* — Medical leadership in English primary care networks. In: DOPSON, S.; MARK, A. L., ed. lit. — Leading health care organizations. Hampshire: Palgrave Macmillan, 2003.
- SHORTELL, S. *et al.* — Implementing evidence-based medicine. *Medical Care*. 39 (2001) 62–78.
- SHORTELL, S.; KALUZNY, A. — Health care management: organization design and behaviour. 4th ed. Florence, KY: Delmar Thomson Learning, 2006. ISBN 0–7668–1072–0. (Delmar Series in Health Services Administration).

- SHORTELL, S.; MORRISON E.; FRIEDMAN, B. — Strategic choices for America's hospitals: managing change in turbulent times. San Francisco: Jossey-Bass, 1990.
- SHORTELL, S.; ZALAC, E. — Changing generic strategies: likelihood, direction and performance implications. *Strategic Management Journal*. 10 (2006) 413–430.
- SHORTELL, S.; ZALAC, E. — Perceptual and archival measures of Miles & Snow's strategic types: a comprehensive assessment of reliability and validity. *Academy of Management Journal*. 33:4 (1990) 817–832.
- SHUMPETER, J. — The Theory of Economic Development. Oxford: Oxford University Press. 1934.
- SIEBERT, M. *et al.* — Health technology assessment for medical devices in Europe: what must be considered. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 18:3 (2002) 733–745.
- SIMÕES, J. — Dependência do percurso e inovação em políticas e práticas de saúde: da ideologia ao desempenho: lições para o futuro da avaliação de três hospitais do Serviço Nacional de Saúde. Tese de doutoramento. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2003.
- SIMÕES, J. — Retrato Político da Saúde: Dependência do percurso e inovação em políticas e práticas de saúde: da ideologia ao desempenho. Coimbra: Almedina, 2004.
- SIMÕES, S. — As parcerias público-privadas no sector da saúde em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 4 (volume temático) 2004 79-90.
- SIMONET, D. — Medical practice under managed care: cost-control mechanisms and impact on quality service. *Public Organisation Review: a Global Journal*. 5 (2005) 157–176.
- SOUTH ASIA. INNOVATION LABS — Innovation. 2007 [Em linha]. [Consult. 06–08–07] Disponível em <http://www.innovationlabs.com>.
- STACEY, R. — Strategic management and organizational dynamics. London: Pitmann Publishing. 1996.
- STAKE, E. R. — The art of Case Study Research. London: Thousand Oaks, Sage, 1995.
- STAREY, N. — What is clinical governance? *Hayward Medical Communications*. 1:12 (2001) 1-8.
- TIDD, J.; BESSANT, J.; PAVITT, K. — Managing innovation: integrating technological, market and organizational change. 2nd edition. New York: John Willey & Sons, 2001.
- TSU, S. — A arte da Guerra. 1^a ed. Lisboa: Sílabo, 2009. ISBN 978–972–618–396–9.
- TUOHY, C. — Dynamics of a change health sphere: the United States, Britain and Canada. *Health Affairs*. 18:3 (1999) 114–134.

- UDWADIA, F. — Creativity and innovation in organizations: two models and managerial implications, technological forecasting and social change. *Technological Forecasting and Social Change: an International Journal*. 38:1 (1990) 60–80.
- UK. DEPARTMENT OF HEALTH — The new NHS: modern, dependable. London: Stationery Office, 1998.
- USA. INSTITUTE FOR THE FUTURE — Health and Health Care 2010: the forecast, the challenge. 2nd edition. Princeton, New Jersey: Jossey-Bass, a Wiley Company, 2003. Support for this publication was provided by The Robert Wood Johnson Foundation.
- USA. NATIONAL INSTITUTE OF STANDARDS AND TECHNOLOGY — Health care criteria for performance excellence: Baldrige National Quality Program. Gaithersburg, MD: National Institute of Standards and Technology, 2005.
- VAN DE VEN, A. *et al.* — The innovation journey. New York: Oxford University Press, 1999.
- VAN METER, D.; VAN HORN C. — The policy implementation process: a conceptual framework. *Administration and Society*. 6:4 (1975) 445–488.
- WEBER, M. — Características da burocracia. In A burocracia. Lisboa: Socicultur, 1978.
- WEST, A.; ANDERSON, N. — Innovation in top management teams. *Journal of Applied Psychology*. 81 (1996) 680–693.
- WORLD BANK — World development report 1997: the state in a changing world. Washington D.C.: Oxford University Press, 1997.
- WORLD HEALTH ORGANISATION — World Health Report 2005. Geneva, Switzerland: WHO, 2005.
- YIN, R. K. — Case study research, design and methods. London: Sage, 1994.
- YUKL, G; GORDON, A.; TABER, T. — A hierarchical taxonomy of leadership behaviour: integrating a half century of behaviour research. *Journal of Leadership & Organizational Studies*. 9:1 (Summer 2002) 15–32.
- ZAMMUTO, R.; KRAKOWER, J. — Quantitative and qualitative studies of organizational culture. *Research in Organizational Change and Development*. 5 (1991) 83–114.
- ZIMMERMAN, B. — Aides for complexity. [Em linha]. [Consult. 16–11–09] Disponível em http://www.plexusinstitute.org/edgeware/archive/think/main_aides3.html



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Escola Nacional de Saúde Pública

Doutoramento em Saúde Pública



LIDERANÇA E ESTRATÉGIA EM CONTEXTO DE INOVAÇÃO

NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE: ESTUDOS DE CASO

Luís Manuel Dias Fialho de Moraes

Orientador:

Professor Doutor Luís Manuel da Graça Henriques

Co-orientador:

Professor Doutor Jorge Correia Jesuíno

ANEXOS

LISBOA

2010



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Escola Nacional de Saúde Pública

Doutoramento em Saúde Pública



LIDERANÇA E ESTRATÉGIA EM CONTEXTO DE INOVAÇÃO

NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE: ESTUDOS DE CASO

Luís Manuel Dias Fialho de Moraes

Dissertação elaborada para a obtenção do Grau de Doutor
em Saúde Pública, especialização em Política, Gestão e Administração
da Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública
da Universidade Nova de Lisboa

ANEXOS

Orientador:

Professor Doutor Luís Manuel da Graça Henriques

Co-orientador:

Professor Doutor Jorge Correia Jesuíno

LISBOA

2010

ANEXOS

Anexo A – Os Serviços de Saúde em Portugal	7
Anexo B – Os Serviços de Saúde em Espanha	25
Anexo C – O que se passa noutros Países?	33
Anexo D – Instrumentos de Colheita de Dados	39
Anexo D1 – Inquérito por Questionário	41
Anexo D2 – Guiões de Entrevistas Exploratórias	55
Anexo D3 – Guião de Entrevistas em Profundidade	59
Anexo E – Gráficos e Quadros	63
Anexo F – Nota de Campo	81
Anexo G – Análise das Entrevistas Exploratórias	85
Anexo H – Pedidos e Autorizações dos Conselhos de Administração	97

ANEXO A

OS SERVIÇOS DE SAÚDE EM PORTUGAL

Anexo A – Os serviços de saúde em Portugal

A prestação de cuidados de saúde às populações evoluiu significativamente ao longo de todo o século XX, e Portugal não foi excepção, acompanhando muitas das transformações que se foram verificando, quer na organização dos seus serviços de saúde, quer na abordagem feita ao doente. O direito à saúde só foi consignado na Lei pela Constituição da República em 1976, onde o direito à protecção da saúde é realizado pela criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal, geral e gratuito. Na segunda revisão constitucional, em 1989, foi retirado o princípio da completa gratuidade, e a Lei de Bases da Saúde de 1990, e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde de 1993 consignaram a separação entre sistema e serviço, em que o sistema nacional de saúde é uma parte importante do sistema de saúde mas não a única para assegurar o direito à saúde.

As melhorias que se verificam na qualidade de vida das pessoas na generalidade dos países estão relacionadas com o facto de terem: (i) alimentação saudável; (ii) água potável; (iii) saneamento básico; (iv) higiene e habitação, entre outros requisitos. Cada Estado assume a saúde como uma prioridade política e cada país possui um sistema de saúde com maior ou menor intervenção por parte do seu governo. As políticas de saúde pública, de protecção e promoção da saúde, contribuem para uma redução dos riscos de doença. Por outro lado, as novas tecnologias da saúde ajudam a diagnosticar e a tratar melhor a doença e, a organização dos serviços de saúde permite uma resposta adequada perante os vários tipos de riscos. Importa também verificar a evolução da importância da saúde, quer no que diz respeito à opinião dos cidadãos, quer quanto aos custos totais de cada Estado e respectivas populações, e os condicionamentos que daí advêm.

O mundo dos serviços de saúde é vasto, integrando organizações com e sem fins lucrativos, organizações directa ou indirectamente detidas pelo Estado e organismos de apoio a segmentos específicos da população que têm por objecto aspectos de natureza assistencial. Adicionalmente, e mais recentemente, o paciente transformou-se em cliente/utente e criou as suas próprias associações, que em muitos casos acabam por ser centros de apoio específico a determinadas doenças crónicas, como por exemplo, a diabetes, a insuficiência renal, a doença de Parkinson. Em contrapartida não há associações de ‘doentes agudos’. Há a associação dos utentes do SNS, que é mais política, de tipo ‘lobby’. Começa a falar-se nas associações de apoio às vítimas dos cuidados de saúde, a envolver os utentes nos cuidados e a encorajá-los a apresentar as suas opiniões sobre os serviços; participam activamente no acompanhamento e são criadas condições para contribuírem para a melhoria dos cuidados que recebem.

Os fornecedores de serviços de saúde caracterizam-se também por uma grande diversidade, que vai dos laboratórios farmacêuticos às farmácias propriamente ditas, às distribuidoras grossistas de medicamentos, aos laboratórios de análises clínicas, aos centros de exames de diagnóstico e aos fornecedores de equipamentos médicos com serviços incorporados. Finalmente, existem os órgãos

reguladores das várias actividades relacionadas com a saúde, as ordens profissionais e as organizações com funções específicas na saúde.

A situação portuguesa é em muitos aspectos idêntica à de muitos países desenvolvidos: atribui-se cada vez mais importância à qualidade do serviço de saúde e à qualidade de vida das pessoas. Associado a este facto, os custos com a saúde são crescentes para o Estado e para os indivíduos, famílias e empresas.

O doente/utente foi evoluindo de posição, de estatuto e de importância, ao longo das últimas décadas, por variadas razões. Consta-se que o doente: (i) antes, era passivo, não detinha formação e informação, não possuía poder financeiro, e via-se perante o médico mais qualificado e com maior estatuto social, numa situação de clara inferioridade; (ii) hoje exige mais qualidade de vida, mais qualidade do serviço de saúde.

Esta alteração pode também ser fundamentada pelo facto da oferta de serviços de saúde ter aumentado imenso, e assim ter favorecido a posição do doente, que passou de paciente a utente e de utente a cliente.

Este capítulo tem como objecto os serviços de saúde, ainda que com um claro enfoque na situação portuguesa. Assim, analisam-se os diferentes componentes dos serviços de saúde, e enumeram-se as especificidades dos serviços de saúde, fundamentalmente porque o seu principal objecto é o ser humano. Por fim, traçam-se alguns cenários prospectivos relacionados com os serviços de saúde, e resumem-se as conclusões do capítulo.

À medida que a saúde tem ganho importância nas preocupações das pessoas, os serviços de saúde têm também crescido quantitativamente através de uma maior oferta de serviços, e simultaneamente têm-se tornado mais complexos.

Cada pessoa que necessite de cuidados de saúde em Portugal tem várias alternativas, embora cada uma dessas opções implique o pagamento de contrapartidas diferentes.

O doente pode aceder de três formas diferentes aos serviços de saúde: (i) sector público, como utente do SNS; (ii) sector social como utente de uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) como as Misericórdias por exemplo; (iii) sector privado através de seguros de saúde, de subsistemas de saúde ou como independente.

O SNS, criado em 1979 por força da Lei de Bases do Serviço Nacional de Saúde, Lei nº56/79¹, de 15 de Setembro, é o principal suporte dos serviços de saúde em Portugal. Em 1990, a Lei 48/90², de 24 de Agosto, vem regular os serviços de saúde públicos, através da nova Lei de Bases da Saúde.

1 LEI nº 56/79 I Série nº 214 de (1979/15/09) 2357-2364 — Serviço Nacional de Saúde.

2 LEI nº 48/90 I Série nº 195 de (1990/24/08) 3452-3460 — Serviço Nacional de Saúde.

Segundo a alínea a), do número 2, do artigo 64º da Constituição da República Portuguesa³, todos têm direito à protecção da saúde, *“através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”*. Isto significa que todos os portugueses têm acesso ao SNS e, por inerência, aos seus recursos, (hospitais públicos, centros de saúde próprios, comparticipação de despesas efectuadas em farmácias e centros de meios complementares de diagnóstico).

Cada português pode ter acesso a outros cuidados de saúde, desde que subscreva um seguro privado de saúde ou faça parte de um subsistema de saúde a que esteja ligado por razões profissionais ou familiares (p. ex. Assistência na Doença dos Servidores do Estado – ADSE). Nestes casos, estes cuidados de saúde existem em acumulação com os cuidados providenciados no âmbito do SNS. Os serviços prestados no âmbito dos seguros de saúde são flexíveis e são subscritos em função das necessidades e da capacidade financeira do segurado. Cada subsistema de saúde tem coberturas de saúde específicas, variando em montantes a financiar e em tipos de serviços a prestar. As Misericórdias, que são instituições de carácter social, com uma larga tradição histórica em Portugal, funcionam para os seus membros e em algumas situações prestam serviços ao SNS.

Finalmente, cada português pode utilizar os serviços privados de saúde, suportando integralmente todas as despesas inerentes. Embora esta opção seja cumulativa com o direito à saúde, providenciado através do SNS, é utilizada sobretudo por pessoas que só têm cobertura de saúde por parte do SNS, mas quando este não oferece os necessários serviços. São exemplos de quase inexistência de oferta do SNS algumas especialidades médicas de ambulatório, medicina dentária e medicina de reabilitação. É ainda utilizado o recurso à prestação de cuidados de saúde privados no caso de incapacidade logística do SNS, como seja o caso das ‘listas de espera’ referentes a cirurgias hospitalares.

A assistência clínica às populações é predominantemente assegurada por hospitais e centros de saúde. Os hospitais compreendem recursos de emergência e urgência de maior dimensão e têm um leque de serviços mais alargado. Existem hospitais que pertencem ao SNS, e também hospitais privados, com ou sem fins lucrativos.

Um hospital é um estabelecimento de saúde dotado de internamento, ambulatório e meios de diagnóstico e terapêutica, com o objectivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação, competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica (PORTUGAL, INE, 2007).

Em contrapartida, um centro de saúde é entendido como um estabelecimento público de saúde, que visa a promoção da saúde, prevenção da doença e a prestação de cuidados, quer intervindo na primeira linha de actuação do Serviço Nacional de Saúde, quer garantindo a continuidade de

3 LEI CONSTITUCIONAL nº 1/2005. I Série A nº 155 de (2005/08/12). 4642-4686 — Constituição da República Portuguesa.

cuidados, sempre que houver necessidade de recurso a outros serviços e cuidados especializados. Dirige a sua acção tanto à saúde individual e familiar como à saúde de grupos e da comunidade, através dos cuidados que, ao seu nível, sejam apropriados, tendo em conta as práticas recomendadas pelas orientações técnicas em vigor, o diagnóstico e o tratamento da doença. Pode ser dotado de internamento (PORTUGAL, INE, 2007).

Adicionalmente, e como componentes do sistema de saúde, identificam-se: a) as farmácias de oficina, que funcionam como distribuição a retalho de medicamentos, e as farmácias hospitalares, que servem as pessoas que são objecto de tratamento nos hospitais; b) os centros de meios complementares de diagnóstico, que são quase exclusivamente de propriedade privada, e que prestam serviços como raio-x, ecografias, análises clínicas, e electrocardiogramas, entre outros; c) os médicos e clínicas privadas que prestam serviços às populações directamente ou através da prestação de serviço ao SNS ou aos subsistemas de saúde.

Em 2002 Portugal gastou 9,3% do PIB (Produto Interno Bruto) em despesas de saúde. Esta percentagem é das mais elevadas do mundo, só sendo ultrapassada por países como os Estados Unidos da América (EUA), (14,6%) Suíça (11,2%) e Alemanha (10,9%). (WHO, 2005). Contudo, os serviços de saúde não são compostos apenas por entidades pertencentes ao Estado, dado que cerca de um terço dos gastos com a saúde em Portugal, são financiados por privados (empresas, família, etc).

A participação do sector privado é muito pouco homogénea, atendendo a que fazem parte da oferta privada de saúde organizações sem fins lucrativos, empresas com fins lucrativos e subsistemas de saúde associados a empresas (incluindo os serviços de SH&ST – Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho). A lógica dos subsistemas de saúde assenta no princípio de que os aderentes de cada um dos subsistemas descontam mensalmente uma percentagem do seu salário para o mesmo, tendo por contrapartida a utilização de serviços de saúde. Alguns desses subsistemas possuem recursos próprios, nomeadamente hospitais e centros ambulatoriais (p. ex. Serviços de Assistência Médico-Social – SAMS). Outros subsistemas utilizam recursos de terceiros, quer através de convenções com prestadores de serviços, quer através da escolha livre dos aderentes e posterior pagamento do serviço aos mesmos.

Quanto à oferta de serviços de saúde por parte das Misericórdias, estas tiveram um papel relevante nos cuidados de saúde e sociais às populações durante vários séculos, gerem actualmente alguns hospitais e centros assistenciais, com valências médicas, como ortopedia, medicina interna e terapias complementares. Vários responsáveis ministeriais da saúde têm revelado a sua intenção de que as Misericórdias participem em projectos de gestão hospitalar, em parceria público privado com o Estado e outras entidades.

Em 1999, 41% dos hospitais portugueses eram privados, sendo que cerca de metade destes eram organizações com fins lucrativos. Em 2001, dos 217 hospitais existentes em Portugal, 95 eram privados, sendo os restantes propriedade do Estado. Entretanto, está em curso um processo de concentração de hospitais, quer de cariz público (através da fusão de hospitais situados em pólos geográficos próximos), quer de cariz privado (através da aquisição de hospitais, por parte de instituições de maior dimensão), o que tem reduzido o número de hospitais aumentando sobremaneira a sua dimensão média (Bentes *et al.*, 2004).

A Lei de Bases da Saúde, Lei 48/90 de 24 de Agosto, veio criar as condições para que o Estado celebre acordos com entidades privadas para a efectivação do direito à protecção da saúde. O Sistema de Saúde é constituído pelo SNS e por todas as entidades públicas que desenvolvam actividades de promoção, protecção e tratamento na área da saúde, bem como todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou algumas daquelas actividades. Entidades privadas poderiam gerir instituições de saúde pertencentes ao SNS, desde que a relação com o Ministério da Saúde fosse fundamentada por um contrato de gestão. As alterações propiciadas por esta Lei e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, criado pelo Decreto-lei nº 11/93⁴, tiveram como objectivos: (i) envolver o SNS, como uma das várias entidades públicas e privadas, na prestação de cuidados de saúde às populações; (ii) apoiar o desenvolvimento do sector privado, para que se possa introduzir maior concorrência com o sector público; (iii) fornecer cuidados de saúde no sector público, tendencialmente gratuitos, e não somente gratuitos; (iv) dar às cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS) maior autonomia e responsabilidade para gerirem as instituições hospitalares e os cuidados primários; (v) organizar os centros de saúde em grupos, que juntamente com os hospitais da mesma área, deveriam formar ‘unidades de saúde’ responsáveis pela ‘continuidade’ dos cuidados de saúde; (vi) estabelecer, no SNS, co-pagamentos dos serviços, tendo em conta a capacidade de pagamento de cada doente; (vii) criar um seguro de saúde, segundo um esquema *opting-out*, de maneira a estimular a procura de seguros de saúde privados (Pinto *et al.*, 2000).

Assim, através do Decreto-Lei nº 11/93, dá-se início ao processo de integração do sector privado na oferta de serviços de saúde às populações. Esta integração foi iniciada em 1995 através da experiência de gestão do Hospital Fernando da Fonseca (ou Hospital Amadora-Sintra). Neste hospital convivem em simultâneo a posse do edifício e das instalações por parte do Estado com a gestão da unidade de saúde assegurada por uma empresa privada, que trazia o seu conhecimento prévio de gestão privada da saúde (a Seguradora Império e a ISU – Estabelecimentos de Saúde, SA, eram proprietários do Hospital da CUF, em Lisboa). No contrato de prestação de serviços estabelecido entre o Estado português e a sociedade Hospital Amadora-Sintra – Sociedade Gestora, SA, pertencente ao

4DECRETO – LEI nº 11/93, DR, I Série - A, nº 12. (1998/15/01). 129-134. – Ministério da Saúde - Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

agrupamento de empresas denominado 'Império', conforme relatório do Tribunal de Contas (1999), foi previsto que os profissionais do Hospital Fernando da Fonseca seriam funcionários públicos que fariam parte da nova entidade privada, podendo no entanto voltar a transitar para o Estado, durante um período de três anos (Bentes *et al.*, 2004).

O relatório da OECD (2004b) refere que a experiência do Hospital Fernando da Fonseca (contrato de gestão em que existe uma transferência para uma entidade privada da gestão de um hospital público) é semelhante às 'Parcerias Público-Privadas' (PPP) em que com o contrato de gestão o risco de negócio é transferido para o sector privado. Como a experiência de gestão do Hospital Fernando da Fonseca não colheu consensos alargados (críticas de sindicatos e sociedade civil), o Estado decidiu avançar para uma nova experiência de gestão, que foi consubstanciada no Hospital São Sebastião (Hospital da Feira) (Simões, 2004).

Verifica-se que a generalidade dos hospitais pertencentes ao SNS tem uma gestão pública e a sua propriedade é também do Estado. Contudo, a experiência do Hospital Fernando da Fonseca (ou Hospital Amadora – Sintra), na sequência das alterações motivadas pela Lei nº 48/90 trouxe alterações não só aos hospitais que entretanto foram sendo construídos de raiz, como também à gestão dos Hospitais Públicos. O Hospital de São Sebastião e o Hospital do Barlavento Algarvio, caracterizaram-se *“pela flexibilização parcial das regras do sector público, mas não coincidindo na íntegra com as regras de uma gestão privada”* (Barros e Gomes, 2002.77).

Em Portugal, uma parte da despesa pública em saúde é feita pelo sector hospitalar público. Na tentativa de conferir uma maior autonomia, flexibilização, eficiência, e responsabilidade às unidades hospitalares, são implementadas iniciativas reformistas. Surge assim, o programa de parcerias para o sector hospitalar, que visava prosseguir importantes objectivos a saber: (i) a melhoria do acesso aos cuidados básicos e especializados de saúde por parte das populações das áreas beneficiadas; (ii) a melhoria da qualidade dos serviços prestados, em termos de padrões de atendimento e de acolhimento, bem como da sua necessária humanização; (iii) a construção de modernas unidades hospitalares, de acordo com uma lógica de investimento mais racional e capaz de introduzir inovações infra-estruturais e técnicas susceptíveis de favorecerem a prestação dos serviços de saúde na óptica do utente; (iv) a adopção de um modelo de gestão de natureza empresarial, globalmente mais económico, eficiente, baseado na transferência de riscos para os operadores privados (Simões, 2004; Barros, 2010).

Resulta assim, a criação das parcerias público privado (PPP), como é o caso da construção do hospital de Cascais e do hospital de Braga entre outros.

O relatório da OECD (2004b) sobre a reforma do sistema do serviço de saúde em Portugal refere que *“os sistemas integrados públicos, como o que existe em Portugal, tem tradicionalmente problemas de ineficiência e de baixo nível de resposta para com as necessidades dos doentes”* (OECD, 2004b.9). O mesmo

relatório adianta também que “a população portuguesa é a mais insatisfeita na Europa com o seu sistema de saúde” e que a insatisfação é gerada “nos hospitais públicos e nos centros de cuidados primários de saúde, e é relacionada com os tempos de espera, a recepção e os equipamentos” (OECD, 2004b.13). Acrescenta ainda que “a falta de dados sobre a eficiência do sistema limita também a capacidade das autoridades para controlarem e melhorarem o desempenho do sector da saúde” (OECD, 2004.10).

A Lei 48/90 previa, na sua Base XLII, incentivos ao estabelecimento de seguros de saúde. Conforme refere o European Observatory on Health Care Systems (1999), “um esquema alternativo de seguro de saúde foi proposto, o qual seria um substituto do SNS (isto é, as pessoas poderiam optar por ficarem fora do SNS), recebendo as seguradoras, do governo, uma capitação em relação a cada pessoa que optasse por ficar fora do SNS” (EOHCS, 1999.91). Esta situação não veio a ser implementada por falta de interesse das seguradoras (Bentes *et al.*, 2004).

A partir de 1996 registam-se novas alterações a nível dos objectivos das reformas a implementar na saúde, por parte do Ministério da Saúde (Bentes *et al.*, 2004), nomeadamente:

- (i) maior promoção de empreendedorismo nos hospitais e centros de saúde públicos; a gestão dos hospitais públicos deverá ser mais autónoma e mais flexível;
- (ii) maior promoção da qualidade na saúde, através da criação do Instituto de Qualidade na Saúde (criado através da Portaria 288/99, de 27 de Abril) e do Conselho Nacional de Saúde, entretanto extinto, conforme OPSS (2005);
- (iii) maior aposta na formação dos recursos humanos da saúde, quer quantitativamente, com a criação em 1998 de duas novas universidades com formação em medicina (Universidade do Minho e Universidade da Beira Interior), quer qualitativamente, através da melhor coordenação entre investigação, educação e formação nas instituições de saúde;
- (iv) aposta na separação entre financiador e prestador, e a introdução do conceito de contratualização, através do Decreto-Lei 207/99, de 9 de Junho, em que são criadas as Agências de Contratualização (Agência de Acompanhamento dos Serviços de Saúde).

Pretende-se ainda, com estas alterações, reduzir ineficiências, duplicação de actos e integrar os prestadores de cuidados, em que a integração permita: (i) uma utilização da capacidade instalada, quer ao nível dos equipamentos quer ao nível da mobilização e gestão de recursos humanos; (ii) o fluxo de doentes no sistema, entre hospital, centro de saúde, cuidados continuados ou outra unidade de saúde seleccionada deve estar melhor definido de forma a ser facilmente monitorizável e acessível aos doentes; (iii) a diminuição das falsas urgências hospitalares e consultas de especialidade resultantes da acção dos cuidados de saúde primários na resolução da maioria das ocorrências; (iv) a presença de um profissional do cuidados de saúde primários no conselho de administração, para permitir uma maior articulação entre ambos, e a existência de um conselho geral ou conselho da

comunidade mais envolvido na tomada da decisão; (v) interoperabilidade entre os diversos sistemas de informação.

A partir de 2002, com a Lei 27/2002⁵ de 8 de Novembro, inicia-se uma nova fase na reforma dos serviços de saúde, em que pontificam fundamentalmente a criação da Unidade de Missão. A Resolução do Conselho de Ministros nº 15/2003⁶, no seu nº 1, vem formalizar a criação da Unidade de Missão *“na dependência do Ministro da Saúde, uma unidade de missão para a condução do processo global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de empresarialização da gestão dos hospitais com a natureza jurídica de sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos designados hospitais, sociedade anónima”*.

A maior oferta de serviços de saúde por parte de entidades privadas faz com que existam cada vez mais portugueses com uma cobertura de saúde dupla, isto é, têm um seguro de saúde em acumulação com a cobertura obrigatória do SNS. Este facto agrava desnecessariamente os gastos totais em saúde, mas acaba por ser, em muitos casos, a solução para muitos cidadãos que estão perante grandes listas de espera para cirurgias e que têm uma qualidade de atendimento fraca no SNS. Outros factos levam ainda outros cidadãos à aquisição de uma cobertura de saúde dupla, tais como: a existência de um milhão de portugueses sem médico de família no seu centro de saúde e a duplicidade de papéis dos mesmos profissionais de saúde no sector público e no sector privado (OECD, 2004b).

O aumento da pressão económica e financeira sobre o sector da saúde tem contribuído para a formulação de critérios e metodologias que suportem, por exemplo, a decisão clínica na saúde. Algumas dessas metodologias são de cariz quantitativo, enquanto outras se baseiam na recolha e avaliação de informação de natureza qualitativa que ajude a suportar essa decisão. Podemos colocar em dúvida alguns modelos de avaliação relacionados com a saúde, até porque, por exemplo, não são comparáveis ensaios clínicos de medicamentos com programas de prevenção da doença ou de promoção da saúde. Ou seja, as metodologias de avaliação devem ser diferentes consoante o objecto em causa.

Numa outra perspectiva, a despesa total na saúde, em Portugal, em percentagem do PIB, cresceu entre 1990 e 1998 2000, cerca de 34% (6.2% em 1990 e 9.4% em 2000) e ao nível da despesa pública em saúde em percentagem do PIB cerca de 40% (4.1% em 1990 e 6.8 em 2000) (OECD, 2008).

Numa outra perspectiva, a despesa total na saúde medida em % do PIB foi em 2000 de 8.8 e em 2006 foi de 10.2 (OPSS, 2009).

5 LEI nº 27/2002 I Série -A nº258 de (2002/08/11) 7150-7155 — Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei nº 48/90 de 24 de Agosto.

6 RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS nº 15/2003 I Série -B nº 30 (2003/05/02) 719-722 — Cria uma unidade de missão designada «Hospitais SA», com a finalidade de coordenar o processo global de lançamento e a estratégia de empresarialização dos hospitais com a natureza jurídica de sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos.

Apesar deste nível de crescimento da despesa não ser único a nível internacional, não deixa de ser preocupante. Registou-se ainda uma diferença significativa nos tipos de gastos na saúde, entre 1990 e 2000. Os consumos clínicos e de medicamentos, por um lado, e os pagamentos de serviços relativos a meios complementares de diagnóstico, por outro, representaram as maiores fontes de crescimento da despesa. Contudo, apesar das despesas com a saúde terem crescido genericamente acima da inflação, na generalidade dos países a insatisfação dos cidadãos em certos aspectos da organização e funcionamento dos serviços de saúde mantém níveis elevados.

Numa sociedade mais informada, com cidadãos com maior poder de escolha e com mais poder de compra, é muito difícil que as pessoas mantenham um papel passivo. Neste enquadramento, o nível de exigência da população é maior, o que agrava ainda mais a pressão, já existente, relacionada com o aumento de gastos com a saúde.

Em finais de 2005, os hospitais, com a natureza jurídica de sociedade anónima (SA), passam a 'entidades públicas empresariais' (EPE), com a publicação do Decreto-lei nº 233/2005⁷ e aprovam os respectivos estatutos.

O sector privado tem investido mais no sector da saúde, quer através de iniciativas próprias, quer através de parcerias com o Estado português. A iniciativa privada está assim a aproveitar alguma insatisfação por parte dos cidadãos, oferecendo-lhes mais alternativas de escolha. Perante tal cenário, aumentará a pressão por parte dos cidadãos para que seja possível existir uma escolha entre a prestação de cuidados de saúde pública e a oferta privada.

À semelhança de outros países, Portugal tem experimentado diferentes modelos de organização hospitalar. Após a experiência da PPP no Hospital Fernando da Fonseca, o Ministério da Saúde optou, na fase seguinte, pela transformação de alguns hospitais do sector público administrativo em sociedades anónimas (SA).

Posteriormente, estes hospitais passaram a entidades públicas empresariais (EPE). Em 2006 e 2007, o Ministério da Saúde procedeu ao lançamento de concursos públicos para o estabelecimento de novas PPP para a construção e gestão de novos hospitais.

Independentemente da existência de novas PPP, a participação de organizações privadas nos serviços de saúde é bastante grande em algumas áreas específicas, como sejam, medicina dentária, exames complementares de diagnóstico e terapêutica, especialidades médicas (consultas de neurologia, ginecologia/obstetrícia, pediatria, etc) e serviço de fisioterapia.

Finalmente, as mudanças em curso na saúde em Portugal são também motivadas por constrangimentos a nível de orçamento do Estado e controlo da dívida pública.

7 DECRETO-LEI nº 233/2005. D.R. I Série - A. 249 (2005-12-29) 7323-7333. — Transforma em entidades públicas empresariais os hospitais com a natureza de sociedade anónima, o Hospital de Santa Maria e o Hospital de São João e cria o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E., o Centro Hospitalar de Setúbal, E. P. E., e o Centro Hospitalar do Nordeste, E. P. E., e aprova os respectivos Estatutos.

Iremos apresentar seguidamente os cinco estudos casos.

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

A **Unidade Local de Saúde de Matosinhos**, foi criada em 9 de Junho de 1999, pelo Decreto-Lei nº. 207⁸. Pelo Decreto-Lei nº. 283, de 10 de Dezembro de 2002⁹ foi transformada em Sociedade Anónima de capitais exclusivamente públicos, e actualmente é uma Entidade Pública Empresarial (EPE), estabelecida pelo Decreto-Lei nº. 233/2005 de 29 de Dezembro¹⁰. É dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Integra o Hospital Pedro Hispano, o Centro de Diagnóstico Pneumológico, a Unidade de Saúde Pública e os Centros de Saúde de Matosinhos, Senhora da Hora, São Mamede de Infesta e Leça da Palmeira, bem como as três extensões deste último: Perafita, Santa Cruz do Bispo e Lavra. A **ULSM** está integrada no Serviço Nacional de Saúde e tem por objecto a prestação de cuidados de saúde, podendo, também, desenvolver actividades de investigação, formação e ensino.

A **ULSM** é um exemplo (pioneiro) de integração vertical de cuidados de saúde (primários e diferenciados). A sua missão é identificar as necessidades em saúde da população do concelho de Matosinhos e dar-lhes uma resposta integrada, oferecendo um contínuo de cuidados e serviços, disponíveis através de uma rede de serviços de fácil acesso e circulação que permitam ganhos em saúde, com uma eficiência técnica e social de nível superior. O Hospital Pedro Hispano, com uma lotação de 406 camas, presta, ainda, cuidados hospitalares directos à população do concelho da Maia e de referência aos Hospitais de Vila do Conde e da Póvoa de Varzim, excepto para as áreas de traumatologia crânio-encefálica e de neurocirurgia. Serve, assim, uma população de aproximadamente 430.000 habitantes.

A sede da **ULSM** está localizada no Hospital Pedro Hispano, onde se encontram os serviços transversais ao funcionamento da instituição como a Biblioteca, os Órgãos de Apoio Técnico e os Serviços de Apoio.

Este modelo de organização foi proposto pela Administração Regional de Saúde do Norte, tendo em consideração: (i) a área geográfica, maioritariamente urbana e bem definida; (ii) a reduzida fixação de profissionais face ao Grande Porto; (iii) a capacidade de resposta do conjunto formado pelo

8 DECRETO-LEI nº 207/99. D.R. I Série - A. 133 (1999-06-09) 3258-3264. — Cria a Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

9 DECRETO-LEI nº 283/2002. D.R. I Série - A. 285 (2002-12-10) 7655-7663. — Transforma a Unidade Local de Saúde de Matosinhos em sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos e DECRETO-LEI nº 126/2003. D.R. I Série - A. 143 (2003-06-24) 3624-3626. — Altera os Decretos-Lei nº 272/2002, de 9 de Dezembro, 276/2002, de 9 de Dezembro, 280/2002, de 9 de Dezembro, 282/2002, de 10 de Dezembro, 283/2002, de 10 de Dezembro, 285/2002, de 10 de Dezembro, 289/2002, de 10 de Dezembro, 290/2002, de 10 de Dezembro, 292/2002, de 10 de Dezembro, 295/2002, de 11 de Dezembro, 296/2002, de 11 de Dezembro, e 301/2002, de 11 de Dezembro.

10 DECRETO-LEI nº 233/2005. D.R. I Série - A. 249 (2005-12-29) 7323-7333. — Transforma em entidades públicas empresariais os hospitais com a natureza de sociedade anónima, o Hospital de Santa Maria e o Hospital de São João e cria o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E., o Centro Hospitalar de Setúbal, E. P. E., e o Centro Hospitalar do Nordeste, E. P. E., e aprova os respectivos Estatutos.

hospital e pelos centros de saúde para a grande maioria das necessidades em saúde sentidas pela população; (iv) a existência de grande número de serviços de saúde privados (nomeadamente MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica) que possibilitava o estabelecimento de convenções, quando a necessidade não era satisfeita pelos serviços públicos; (v) a existência de um hospital central (S. João) na sua proximidade; (vi) a experiência do Hospital de S. Sebastião, no sentido de reforçar as relações com os centros de saúde da área (*continuum* de cuidados); (vii) o entusiasmo e a disponibilidade por este modelo, por parte da equipa de gestão ao tempo existente no Hospital Pedro Hispano.

Este modelo era assim, inovador, pela inclusão de cuidados de saúde primários e hospitalares prestados aos utentes, a sua gestão era integrada, e constituía-se com natureza empresarial de organismo público até então só atribuído ao Hospital de S. Sebastião. Pretendia-se que fossem utilizados instrumentos, técnicas e métodos flexíveis e ágeis, próprios de uma gestão de tipo empresarial, em que por exemplo as normas de contratação se regiam pelas normas do direito privado, contrato individual de trabalho, constituição de centros de custo e de responsabilidade integrada — contratualização interna que deveriam constituir níveis de gestão intermédia, agrupando serviços homogêneos — e o estabelecimento de um contrato-programa com a tutela, mas onde se mantinha a essência e os valores que o hospital público deve defender, sem perder de vista os princípios que orientam uma instituição pública.

O financiamento baseia-se no pagamento por capitação (637,46€/ano/pessoa¹¹), para uma população residente de 169.122 habitantes, que foi estabelecido no Contrato-Programa para 2009 com a ACSS e a ARS Norte. Acrescem ainda serviços contratados (nos cuidados diferenciados — GDH¹² médicos e GDH cirúrgicos, assim como programas de referência — HIH/Sida, diagnóstico pré-natal, área oncológica e cuidados continuados integrados).

O Hospital Pedro Hispano foi o primeiro Hospital público a receber a certificação global pela norma ISO 9001: 2000, atribuída pelo *Health Quality Service* (HQS), em Março de 2006. Na mesma altura, o Hospital Pedro Hispano renovou a acreditação que tinha conseguido em 2002, atribuída também pelo HQS. Em Julho de 2006, os centros de saúde e as unidades de saúde familiar (USF) que integram a ULSM, EPE, receberam também a acreditação total atribuída pelo *Health Quality Service* (HQS), tornando-se assim na primeira instituição de saúde do País a funcionar de acordo com os critérios de qualidade do HQS, tanto nos cuidados hospitalares como nos cuidados primários prestados aos seus utentes, no sentido de uniformizar e protocolar processos. Em Outubro de 2004, o Serviço de Anatomia Patológica, e em Novembro de 2004 o Serviço de Hemoterapia, obtiveram a certificação pela Associação Portuguesa de Certificação, de acordo com a norma NP EN ISO 9001:2000.

¹¹ Valores de 2009

¹² Grupo de Diagnóstico Homogêneo

Hospital de São Sebastião

O Hospital de São Sebastião está localizado na cidade de Santa Maria da Feira, no Norte do Distrito de Aveiro. Além da população deste concelho o Hospital serve ainda toda a população residente na área demogeográfica de Aveiro Norte.

O Hospital São Sebastião foi criado em 1996, pelo Decreto-Lei n.º 218/96, de 20 de Novembro¹³, mas só com o Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de Junho¹⁴ foi dotado com um modelo de gestão inovador, idêntico ao estabelecido para a Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Entretanto, com a publicação do Decreto-Lei n.º 296/2002, de 11 de Dezembro¹⁵, o Hospital foi transformado numa Sociedade Anónima de capitais exclusivamente públicos¹⁶, passando a designar-se por Hospital São Sebastião, S.A..

No dia 31 de Dezembro de 2005, os hospitais com o estatuto de sociedade anónima foram transformados em Entidades Públicas Empresariais através do decreto-lei n.º 233/2005¹⁷.

Foi implementado um modelo de gestão inovador, que define o estatuto jurídico pelo qual a instituição passou a reger-se. Este diploma conferiu, pela primeira vez, a um hospital público, uma natureza empresarial, definição que lhe permitiu organizar-se como uma empresa de serviços, recorrendo aos métodos, técnicas e instrumentos habitualmente utilizadas pelo sector privado, para sua organização, funcionamento e gestão. Desses meios de gestão, podem salientar-se, entre outros, a contratualização do financiamento em função das actividades a prosseguir, o estabelecimento de contratos individuais de trabalho e de incentivos aos profissionais, e a agilização da contratação dos meios necessários ao seu funcionamento.

Visa-se, assim, propiciar o aumento de eficiência com redução de custos unitários das prestações de cuidados de saúde.

Em termos organizativos a unidade base é o Serviço de Acção Médica (SAM), cuja chefia máxima pertence a um médico, o Director. Cada SAM está integrado num dos quatro Centros de Responsabilidade (CR) existentes no HSS. O Director do SAM negocia e assume perante a Direcção do CR (um médico e um administrador hospitalar designados pelo Conselho de Administração do HSS) um programa de actividade anual com descrição da produção e da produtividade para a

13 DECRETO-LEI n.º 218/96. D.R. I Série - A. 269 (1996-11-20) 4190. — Cria o hospital denominado Hospital de São Sebastião, localizado na cidade de Santa Maria da Feira.

14 DECRETO-LEI n.º 151/98. D.R. I Série - A. 130 (1998-06-05) 2562-2569. — Altera o estatuto jurídico aplicável ao Hospital de São Sebastião.

15 DECRETO-LEI n.º 296/2002. D.R. I Série - A. 286 (2002-12-11) 7756-7764. — Transforma o Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira, em sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos.

16 DECRETO-LEI n.º 93/2005. D.R. I Série - A. 109 (2005-06-07) 3636-3637. — Transforma os hospitais sociedades anónimas em entidades públicas empresariais.

17 DECRETO-LEI n.º 233/2005. D.R. I Série - A. 249 (2005-12-29) 7323-7333. — Transforma em entidades públicas empresariais os hospitais com a natureza de sociedade anónima, o Hospital de Santa Maria e o Hospital de São João e cria o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E., o Centro Hospitalar de Setúbal, E. P. E., e o Centro Hospitalar do Nordeste, E. P. E., e aprova os respectivos Estatutos.

actividade assistencial. Por sua vez os CR elaboram um programa de actividade produtiva anual e respectivo orçamento de suporte que, no seu conjunto, vão dar origem ao contrato programa do HSS. O HSS tem actualmente 310 camas.

Tecnicamente os Serviços e os Centros de Responsabilidade são tutelados pelo Director Clínico e pelo Enfermeiro Director. Globalmente o Conselho de Administração assume as competências de órgão de gestão máximo responsável pela actividade do Hospital. É de notar que no HSS não existem alguns dos Serviços tradicionais na forma de organização doutros Hospitais, como, por exemplo, a Consulta Externa e o Bloco Operatório. Por outro lado, o tradicional 'Serviço de Urgência' tem aqui uma organização original com um corpo médico próprio de 'emergencistas' apoiados por residentes de algumas especialidades.

O financiamento baseia-se na produção base contratada que foi estabelecido no Contrato-Programa para 2009 com a ACSS e a ARS Norte. Acresce ainda serviços contratados (nos cuidados diferenciados – GDH¹⁸ médicos e GDH cirúrgicos, assim como programas de referência – HIV/Sida, diagnóstico pré-natal, área oncológica e cuidados continuados integrados).

¹⁸ Grupo de Diagnóstico Homogéneo

Hospital CUF Descobertas

O Hospital Cuf Descobertas (HCD), localizado no Parque das Nações em Lisboa, é uma das mais modernas unidades hospitalares em Portugal, pretende distinguir-se pela excelência do corpo clínico, pela ampla oferta de serviços, elevado perfil tecnológico e padrão hoteleiro.

Esta unidade hospitalar é detida na sua totalidade pelo Grupo José de Mello Saúde, entidade que é considerada como o principal operador privado no sector da saúde em Portugal.

A José de Mello Saúde tem num enquadramento de mercado exigente, e a missão ambiciosa de promover a prestação de serviços de saúde com os mais elevados níveis de conhecimento, respeitando o primado da vida e o ambiente, através do desenvolvimento do capital intelectual das organizações, numa busca permanente do melhor, onde a inovação, o desenvolvimento humano, a competência, o respeito pela dignidade humana e a primazia do bem-estar da pessoa são os seus valores fundamentais.

Foi também nessa linha de expansão Ibérica que a José de Mello Saúde, em parceria com o Grupo Hospitalar Quirón, abriu, no último exercício, um novo hospital em Barcelona. Este Grupo, em permanente crescimento, tem hoje cerca de 850 camas em operação e uma cobertura de todas as especialidades clínicas.

O HCD conta com a colaboração de: 415 Médicos; 152 Enfermeiros; 56 Técnicos; 89 Administrativos; e dispõe de: 159 camas; 7 salas de cirurgia; 2 salas de partos; 50 gabinetes de consulta; Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente; Unidade de Cuidados Especiais a Recém Nascidos; Serviço de Atendimento Permanente (Geral, Pediatria e Ginecologia/ Obstetrícia).

De realçar ainda o facto desta unidade hospitalar estar certificada com a norma ISO 9001:2008 – Sistemas de Gestão da Qualidade.

Este Grupo tem uma lógica de serviços partilhados, em que diversas funções das diferentes unidades de negócio não actuam de modo isolado, permitindo obter sinergias (central de compras do grupo).

Hospital da Luz

O Complexo Integrado de Saúde da Luz representa um conceito inovador, com a característica distintiva de reunir três estruturas no mesmo campus: um hospital de agudos — Hospital da Luz — ligado a um hospital residencial e um condomínio residencial sénior.

O Hospital da Luz, inaugurado a 18 de Abril de 2007 apesar de estar em funcionamento desde Novembro de 2006, é a unidade hospitalar mais relevante da Espírito Santo Saúde, empresa detida a 100% pelo Banco Espírito Santo. Assume o compromisso de diagnosticar e tratar de forma rápida e eficaz quem o procura através da prática de uma medicina de excelência e inovação (quer nos processos quer nos equipamentos).

O corpo clínico do hospital, é formado por uma equipa de mais de 200 médicos residentes e colaboradores. O Hospital da Luz conta ainda com o apoio de médicos convidados e consultores, nacionais e estrangeiros.

A inovação tecnológica do Hospital da Luz está presente nos equipamentos médicos de última geração e na utilização de sistemas de informação de vanguarda que garantem a segurança e eficácia dos cuidados de saúde prestados.

A arquitectura do hospital foi concebida em conformidade com os mais elevados padrões de segurança privilegiando a funcionalidade, bem como o conforto e a privacidade dos doentes e das suas famílias.

O Hospital da Luz disponibiliza todas as valências médicas e cirúrgicas, com ênfase em áreas diferenciadas organizadas em centros de excelência, como a oncologia, as doenças cardiovasculares, aparelho digestivo, neurociências, cirurgia minimamente invasiva, medicina e traumatologia desportiva e obesidade. O hospital aposta ainda fortemente na medicina da Mulher e da Criança.

Possui 140 camas de internamento; 98 camas para 2 unidades de cuidados pós-agudos cuidados paliativos e continuados. N.º de quartos do Hospital: 168; N.º de apartamentos: 115.

Tem como missão diagnosticar e tratar de forma rápida e eficaz, no respeito absoluto pela individualidade do doente, e construir uma organização capaz de atrair, desenvolver e reter pessoas excepcionais.

Ao nível da inovação, pretende fornecer os melhores cuidados de saúde possíveis, na medida em que os avanços científicos e tecnológicos o permitam, e investir em tecnologia de ponta para a aplicação de tratamentos inovadores e no processo clínico electrónico (é possível a sua visualização pelos técnicos de saúde através dum cockpit à cabeceira do doente, onde também é possível o utente ter acesso à internet, telefone, TV entre outros).

Pretende ter uma eficácia ao nível da gestão da inovação clínica e tecnológica; *patient safety* e excelência de serviço como imperativo da qualidade (fazer melhor).

Pretende para o futuro constituir redes integradas de orientação centrada no paciente; enfoque no *continuum*/saúde; controle de qualidade por *outcome measurement*; *managed care* (capitação, *disease management*); paciente mais exigente/informado, a fim de haver um forte enfoque nos sistemas clínicos; sistemas globais/transversais; integração; automatização de *workflow*; e portais de saúde.

ANEXO B

OS SERVIÇOS DE SAÚDE EM ESPANHA

Anexo B – EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA GESTÃO DE SAÚDE EM ESPANHA

O artigo nº. 22 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, adoptada e proclamada na Organização das Nações Unidas, a 10 de Dezembro de 1948, estabelece que “toda a pessoa como membro da sociedade, tem direito à segurança social”.

As sociedades avançadas têm como objectivos: (i) a universalidade da saúde, (ii) a eficiência na prestação de cuidados e (iii) a humanização dos serviços, que se transformaram com o tempo em direitos. A primeira é uma realidade que se estende à maioria dos sistemas de saúde da Europa Ocidental. Os diferentes países da União Europeia incorporaram nos seus sistemas de saúde uma diversidade de estratégias de actuação graças ao modelo europeu de protecção da saúde, que se pretende extensível a todo o mundo.

Em Espanha, este modelo universal de cuidados de saúde foi reconhecido constitucionalmente como um direito para todos os cidadãos, pela Constituição Espanhola de 1978, que no seu artigo nº. 41, afirma que os poderes públicos mantenham um regime público de segurança social para todos os cidadãos, e no artigo nº. 43, reconhece-se o direito à protecção da saúde dos cidadãos, estabelece que a competência de organizar e tutelar a saúde pública é dos poderes públicos.

Perante esta situação, a Lei Geral de Saúde, aprovada em 1986, cria o Serviço Nacional de Saúde, concebido como um conjunto de serviços de saúde da administração central, e nos quais se integram os serviços de saúde das 17 comunidades autónomas que tinham as competências de saúde públicas.

Também a Lei nº. 193/63¹⁹, Lei de bases da segurança social, dispunha que a acção protectora da segurança social compreendia: (i) assistência nos casos de maternidade, de doença profissional, de acidentes de trabalho ou não; (ii) as prestações económicas na incapacidade laboral transitória, invalidez, velhice, desemprego, morte e sobrevivência; (iii) a protecção à família; (iv) os serviços sociais, a medicina preventiva, a higiene e a segurança no trabalho e noutras acções protectoras.

Este é um sistema com base no pensamento proposto de Beveridge de 1942, que se caracterizava pela universalidade e gratuidade dos cuidados de saúde, financiado fundamentalmente pelo Estado através dos impostos. Dá agora preferência aos seguros sociais obrigatórios (Bismark – 1880).

No entanto, com a crise de 1973 (subida dos preços do petróleo, estagnação económica e desvalorização do dólar em 1971) e subsequente crise do estado de bem-estar, surgem novas teorias económicas, entre elas a de Milton Friedman (da escola de Chicago), que preconiza que o Estado não deve ser gestor, mas sim controlar e auditar as contas públicas (Martinez, 2007).

¹⁹ LEY nº 193/63 – Lei de bases da segurança social

Com a Lei nº. 30/94²⁰, de 24 de Novembro, são criadas condições para o aparecimento de fundações e de incentivos fiscais à participação privada em actividades de interesse geral, abrindo assim, caminho a possíveis formas jurídicas de prestação de serviços públicos, neste caso, leia-se serviços de saúde.

Houve aqui uma transição histórica que levou a novas formas de organização social. Nesta transformação, contribuíram segundo Castells (1997), três fenómenos: (i) uma revolução tecnológica centrada nas tecnologias da informação; (ii) a formação de uma economia global que constitui a unidade de acção quotidiana dos agentes económicos em tempo real; e (iii) a flexibilidade das pessoas e das organizações para responder a este desenvolvimento organizativo e tecnológico.

No entanto será a Lei nº. 15/97²¹ de 25 de Abril, que abre a porta a que serviços de saúde sejam prestados por personalidades jurídicas privadas, com duas limitações: (i) manter o serviço público assistencial; e (ii) manter a natureza pública, quanto à responsabilidade última de protecção do serviço de saúde, ou seja, o estado mantém a titularidade do serviço. Esta lei que permite novas formas de gestão do serviço nacional de saúde espanhol, não se entende sem a Lei nº. 6/97²² de 14 de Abril, Lei de Organização e Funcionamento da Administração Geral do Estado (LOFAGE), que regula o regime dos diferentes organismos públicos.

Além dos sistemas de gestão tradicionais (administração pública), surgem, a partir de 1997, novas formas e modelos de gestão: o consórcio, a fundação privada e a fundação pública entre outros. Mas esta legislação abre caminho a formas de gestão indirecta: cooperativa, sociedade laboral, sociedade mercantil de titularidade privada e fundação privada; formas de gestão mista e formas de vinculação (convénio, concessão e arrendamento).

Assim, descentraliza-se a produção para favorecer a competição entre os prestadores, assumindo eles os riscos da gestão. A ideia subjacente é separar as funções de financiador e regulador das de prestador. O financiador público, mediante contratos, assegura recursos aos prestadores, transferindo um certo nível de risco e potenciais perdas ou benefícios.

Esta separação de funções tem por objectivo diminuir a integração vertical que caracteriza o Sistema de Saúde Espanhol, de três formas diferentes: (i) o desenvolvimento de formas inovadoras de contratualização externa, ou gestão indirecta com prestadores privados (com ou sem fins lucrativos), como são a contratação de base associativa da Catalunha ou a experiência de Alzira na Comunidade Valenciana; (ii) a introdução de contrato programa e contrato de gestão, associado ao

20 LEY nº 30/94 de 24 de Novembro – Cria condições para o aparecimento de fundações e de incentivos fiscais à participação privada em actividades de interesse geral.

21 LEY nº 15/97 de 25 de Abril – Serviços de saúde prestados por personalidades jurídicas privadas.

22 LEY nº 6/97 de 14 de Abril – Regula o regime dos diferentes organismos públicos – LOFAGE.

desenvolvimento de gestão clínica e gestão por processos; (iii) a personificação jurídica dos hospitais e centros de saúde, mediante distintas formas (públicas, fundações públicas, consórcios).

O objectivo destas reformas é melhorar a eficiência, sem afectar os níveis de equidade, que caracteriza o Sistema de Saúde Espanhol. A eficiência está associada a menores custos, redução dos tempos de espera, capacidade de adaptação às dificuldades e necessidade de mudança, garantia de continuidade de cuidados, satisfação dos utentes e maiores ganhos em saúde, ou seja, uma melhor relação custo/efectividade sem afectar a equidade²³.

A separação entre as funções de financiador e prestador em conjunto com a utilização de contratos, constitui o eixo vertebral destas mudanças. Existem argumentos favoráveis e desfavoráveis a estes mecanismos para uma melhor eficiência. Entre os argumentos que advogam uma menor integração vertical (favoráveis), temos: (i) menores custos fixos; (ii) diminuição global dos custos; (iii) capacidade de adaptação à inovação e a problemas de gestão. As reservas encontram-se, fundamentalmente, nos custos com estas transformações e a demonstração que vale a pena fazê-lo.

Não existem suficientes estudos empíricos que comprovem ou demonstrem a maior eficiência destas reformas. As novas formas de gestão directa parecem ser melhores que as tradicionais, mas a falta de separação entre o financiador e o prestador público e a diminuição de autonomia de gestão parecem fazer diminuir a eficiência.

As formas de gestão indirecta de serviços (concessão administrativa da Comunidade de Valência) também não foram avaliadas de forma sistemática e independente.

²³ Equidade no sentido de igualdade de acesso aos serviços de saúde para iguais necessidades.

NOVAS FORMAS DE GESTÃO — ‘O MODELO ALZIRA’ — HOSPITAL DE LA RIBERA

Surge assim, na Conselharia de Saúde de Valência, a possibilidade de criação de uma concessão administrativa de saúde (as chamadas PPP – Parcerias Público Privado), para a construção e gestão de um hospital (gestão indirecta), o Hospital de La Ribera em Alzira, que supõe a gestão privada de um serviço público de saúde. A concessão tinha uma validade de 10 anos prorrogáveis por mais cinco.

Este modelo Alzira (nome que deriva da localidade onde estava instalada esta unidade de saúde), hoje denominado modelo Valenciano, foi impulsionado pelo Governo Valenciano para dar resposta às necessidades em cuidados de saúde no Departamento de Saúde de La Ribera da Comunidade Valenciana. Este departamento engloba uma área de influência que corresponde a uma população de 245.000 habitantes, num raio de aproximadamente 40 quilómetros ao redor do hospital. Tem actualmente 300 camas de internamento.

Foi adjudicada por concurso a uma União Temporal de Empresas (UTE), encabeçada por Adeslas (grupo Agbar) e com a participação da Ribera Saúde (Caixa de Aforro do Mediterrâneo – CAM e Bancaja – Banca), da Dragados e da Lubasa (empresas de construção civil).

Tem como base: (i) o financiamento público— a provisão está separada do financiamento (por actividade). Baseia-se no pagamento por capitação (571,91€/ano/pessoa²⁴) e na ideia de que o dinheiro segue o doente. Existe uma transferência de risco para a UTE; (ii) o controlo público — o hospital está sujeito ao cumprimento das cláusulas da concessão, a Conselharia de Saúde de Valência tem uma capacidade de controlo, inspecção, faculdade normativa e sancionatória, através de uma figura, única em Espanha, o comissariado da Conselharia; (iii) a propriedade pública — o hospital objecto de concessão é público, construído em solo público e pertence à rede de hospitais públicos da Conselharia de saúde; (iv) a gestão privada — a prestação de saúde é gerida pela empresa adjudicatária durante o período de concessão. O preço está estipulado *per capita*, pela administração que assim transfere o risco para a empresa (Rosa, 2007).

A primeira fase ocorreu no hospital de Alzira, com a construção de um novo hospital denominado de La Ribera, inaugurado em 1999, de propriedade pública e gestão privada. Com a Lei nº. 16/03²⁵, Lei de Coesão e Qualidade do SNS, foram garantidas as condições básicas e comuns para a saúde pública, integral e continuada em qualquer parte de Espanha. Assim, em 2005, os cuidados de saúde primários passam a integrar o Departamento de Saúde de La Ribera da Comunidade Valenciana.

Este era e é um modelo alternativo ao tradicional. Neste último, a propriedade, a gestão e os cuidados de saúde são da responsabilidade única e exclusiva da Administração da Comunidade

²⁴ Valores de 2008

²⁵ LEY nº 16/03 — Gestão e qualidade do Serviço Nacional de Saúde.

Valenciana de Saúde. A administração valenciana optou por um modelo misto de colaboração. Garante-se a universalidade de cuidados de saúde, evitando assim, o recurso aos serviços de beneficência (prática comum antes deste modelo). Houve uma aposta na qualidade dos cuidados de saúde, mediante uma série de cláusulas que devem ser cumpridas pelo gestor, para garantir os cuidados de saúde, com parâmetros de qualidade, e de resposta ao princípio de proximidade que se pretende dar aos serviços de saúde. Este é um modelo de gestão inovador, em que a liderança e a estratégia organizacional ocupam lugar de relevo, onde o ambiente interno e externo influenciou decisivamente a sua implementação, consolidação e fortalecimento.

Hoje este modelo PPP nascido na cidade de Alzira, está implantado em três hospitais: Alzira e Torrevieja na Comunidade Valenciana e Valdemora em Madrid.

No entanto, aquando da sua implementação, teve dificuldades em ser compreendido, porque: (i) foi o primeiro hospital a ser construído neste modelo em Espanha; (ii) teve de se construir uma relação de confiança entre a UTE e a Conselharia de Saúde. Esta relação tinha de ser equilibrada. O facto de colocar o utente/cidadão no centro do sistema, foi um factor decisivo, para ambas as partes nessa relação; (iii) o facto de este Hospital ter um modelo de gestão e até na sua concepção ser diferente do tradicional, fez com que o sistema público, assim como os profissionais habituados ao funcionalismo público, reconhecessem este modelo; (iv) teve também que viver com a pressão política, mediática e sindical.

No contexto assistencial, este modelo iniciou-se nos cuidados de saúde diferenciados e só posteriormente englobou os cuidados primários. Também o facto de no contrato de concessão ter cláusulas de qualidade na prestação desses cuidados fez a diferença. Em relação à área económica, o pagamento por capitação, o dinheiro seguir o utente e a concessão ser apenas de dez anos condicionou o seu início.

Quanto às relações laborais, há dois tipos de funcionários: os *estatutarios* (funcionários públicos) e os *laborales* (com contrato). Foi a primeira vez que nos cuidados de saúde em Espanha coexistiam os dois, havendo o perigo de conflitualidade. No entanto, o compromisso para com o utente e para com os cuidados que lhes eram prestados foi um catalisador, assim como, o novo sistema retributivo por objectivos foi importante para a sua implementação (Sistema Retributivo baseado num modelo de incentivos para as distintas categorias profissionais em que se premeia a actividade assistencial, a qualidade, as publicações científicas e as tutorias).

Este modelo, ao ser implementado, teve como estratégias: (i) dar resposta ao utente, através duma maior acessibilidade, um menor tempo de resposta com mais qualidade; (ii) tornar o Hospital de La Ribera um hospital de referência, quer em termos de tecnologia, quer em diferenciação; (iii) aproveitar a flexibilidade do modelo de gestão e a adaptação da organização, para mobilizar os recursos disponíveis e colocá-los ao serviço do cidadão; (iv) procurar o consenso entre os diferentes

grupos implicados na prestação de cuidados, integrando-os no contexto da saúde pública; (v) demonstrar a viabilidade do modelo, através da sua eficiência interna, a mobilização de todos os recursos, controlando os custos e assente numa cultura própria de controlo de gestão diferente do sistema público tradicional.

Quanto ao cidadão, era fundamental demonstrar-lhe que este hospital era a primeira e acima de tudo a melhor solução para a resolução dos seus problemas ao nível da: prestação/qualidade (ampla carteira de serviços), diferenciação, inovação (moderna tecnologia, simplificação de processos, agilidade), flexibilidade (horários amplos – consultas até as 22 horas, facilidade de obter consulta, utilização da internet para obter consulta, em suma, adaptar o hospital às necessidades do cidadão) e tempo (planificando a actividade, não existência de listas de espera, controlar os tempos de espera e a demora média, alocando maiores recursos a quem necessita).

Também a existência da unidade de comissariado, figura que actua como elo de ligação entre a Conselharia e a UTE, vela pela correcta aplicação das cláusulas de concessão. Estas pessoas trabalham junto do hospital e dos cuidados de saúde primários (departamento de saúde). Além deste órgão, existe uma comissão mista composta por elementos da UTE e da Conselharia, que tem por função vigiar o cumprimento das cláusulas de exploração, trazendo soluções para problemas operativos ou de facturação, assim como o seguimento dos indicadores assistenciais, económicos, controlo de pessoal e definição de controlos de qualidade, com reuniões trimestrais.

ANEXO C

O QUE SE PASSA NOUTROS PAÍSES

O QUE SE PASSA NOUTROS PAÍSES?

Grande parte da investigação existente nos Estados Unidos da América sobre governação hospitalar encontra-se na área da gestão, e sobretudo na área ou perspectiva empresarial (Beekun *et al*, 1998; Brickley e Van Horn, 2002). Todas estas análises assentam nas características específicas do contexto dos cuidados de saúde americanos, caracterizado pela prevalência do contrato de gestão de cuidados de saúde e de múltiplos sistemas de saúde.

Sendo os EUA um exemplo paradigmático do sistema privado, o Reino Unido personifica o sector público tendo em conta as reformas iniciadas a partir de 1990 com a criação de hospitais semi-empresarializados que procuravam replicar a transformação dos sistemas de governação públicos para sistemas de governação sem fins lucrativos dos EUA. Aqui o director ou gestor executivo (CEO) e a representação médica mantinham-se nos órgãos de governo – governação integrada (Deighan *et al*, 2004; Deighan e Bullivant, 2006). A nova Zelândia e a Austrália constituem exemplos da adopção de políticas NPM nos serviços de saúde (Perkins *et al*, 2000; Barnett *et al*, 2001).

No entanto a realidade portuguesa é diferente destes países, e mesmo na Europa são escassas as analogias (Eeckloo *et al*, 2004).

1. ESPANHA

A universalidade dos cuidados de saúde, a eficiência nos cuidados e a humanização dos serviços é um objectivo triplo que há já algum tempo as sociedades avançadas tinham. Em Espanha o modelo universal de saúde está generalizado, ao ser um direito reconhecido constitucionalmente para todos os cidadãos. Os modelos aplicados para alcançar estes objectivos são vários, e alguns deles mostraram-se muito eficientes nos resultados. É o caso do modelo Alzira, que será mais desenvolvido em conjunto com os modelos de saúde em Espanha no Anexo B.

2. AUSTRÁLIA

O CEO é responsável perante o Ministério por definir a direcção estratégica dos serviços de saúde, dentro do enquadramento da política do governo, e prestam contas para assegurar que os serviços públicos de saúde são geridos de forma eficiente, proporcionam e prestam cuidados de saúde de grande qualidade, satisfazem as necessidades da comunidade (acessibilidade), atingem os objectivos de desempenho financeiro e de desempenho não financeiro definidos (Austrália. Metropolitan Public Health Services, 2007). Hoje existem pressões para que os hospitais mudem:

- (i) nos cuidados de saúde: mais especialização, o que limita o número e as condições nas quais um especialista é capaz de tratar e diagnosticar;
- (ii) na especialização: as equipas especializadas têm que estar disponíveis 24 horas 365 dias por ano;

(iii) na prática e no emprego: na união europeia já existe um grupo de trabalho que estuda os períodos de descanso, o que irá ter um impacto acentuado na capacidade do *staff* dos hospitais em dar resposta sobretudo em pequenos serviços;

(iv) na melhoria da eficiência: os hospitais estão sob pressão para reduzir custos; existem iniciativas para eliminar serviços em duplicado, e reduzir os custos fixos; entrou-se na era da re-engenharia com ferramentas para melhorar a produtividade e reduzir os custos;

(v) na qualidade e volume: a presunção de que existe uma relação forte entre o volume e os resultados foi uma das razões do advento da centralização, no entanto não existe evidência suficiente desta relação, com excepção de algumas especialidades. Existe, sim, evidência que a multidisciplinaridade produz melhores resultados (por vezes internet e intranet substituem a centralização);

(vi) na segurança e qualidade: preocupação com a segurança do doente, tornaram-se importantes *drivers* na mudança no paradigma da saúde e no papel do *staff* clínico. A governação clínica e a gestão do risco vêm trazer mais valias e considerar novos horizontes;

(vii) na tecnologia: desenvolvimentos no diagnóstico, anestesia, imagem, vídeo-conferências, robótica, genómica, proteómica e comunicação estão nesta frente de mudanças.

Se olhadas como um todo, todas estas pressões promovem a centralização e a descentralização. Elas requerem *politics* (referente a ambiente político) e *policy* (referente às políticas, isto é, às acções para atingir determinados resultados), para se darem passos radicais no sentido de repensar o papel do hospital, mais do que simplesmente dar mais do mesmo. Assim, também a *governance* (no sentido de governança: acto de governar, governação) é importante no desenvolvimento das políticas que levam os gestores a administrar ou gerir, os directores a chefiar ou dirigir e os governos a governar.

Muitas destas mudanças requerem uma administração, gestão e liderança do melhor que se possa encontrar. No entanto existem em muitos hospitais o entendimento que os gestores não devem intervir ao nível do trabalho clínico. Tentativas para tornar os cuidados mais sistemáticos, desenhar e aplicar processos, realização de auditorias (quer clínicas quer administrativas ou financeiras) ou mudanças na prática diária criam resistências ao mais alto nível. Os líderes têm de estar preparados para lidar com estes constrangimentos, serem negociadores, no sentido de mudar o hospital. A liderança requer-se a todos os níveis.

3. ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA

Numa análise entre hospitais sem fins lucrativos e hospitais com fins lucrativos efectuada por Judge e Zeithaml (1992), e no que respeita ao papel estratégico dos Conselhos de Administração, os autores afirmam que em função da pressão para que os hospitais sem fins lucrativos tenham práticas mais empresariais de negócio, em função do ambiente dos cuidados de saúde ser cada vez mais competitivo. Este estudo mostra que os Conselhos de Administração dos hospitais sem fins lucrativos estão mais envolvidos nos processos estratégicos que os Conselhos de Administração dos hospitais com fins lucrativos.

Por outro lado, Alexander et al (2001), ao compararem os dados de dois inquéritos nacionais sobre a governação hospitalar efectuados em 1989 e 1997, sugerem que os Conselhos de Administração dos hospitais agem mais como uma fonte de continuidade e não como a locomotiva que impulsiona a mudança, sendo que as alterações na estrutura e funções da governação hospitalar foram bastantes modestos. Assim sendo, a inovação fica posta em causa, pois há uma demissão por parte dos Conselhos de Administração, em a explorar e difundir.

Também os vários gestores executivos tendem a supervisionar as operações internas da organização, construir e manter relações com os interessados externos da organização e modelar o futuro da organização (Margolin *et al*, 2006).

ANEXO D

INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

ANEXO D1

INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO



Universidade Nova de Lisboa

Escola Nacional de Saúde Pública



Exmo(a) Senhor(a)

O meu nome é Luís Manuel Dias Fialho de Moraes, sou Licenciado em Ciências Farmacêuticas (Farmácia Hospitalar e Oficinal, e Análises Químico Biológicas) pela Universidade de Coimbra, Especialista em Análises Clínicas pela Ordem dos Farmacêuticos, Mestre em Saúde Pública (Política e Administração em Saúde) pela Universidade Nova de Lisboa, exerço funções como Técnico Superior de Saúde (Ramo Laboratorial) no Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE, e estou a fazer Doutoramento na Universidade Nova de Lisboa – Escola Nacional de Saúde Pública.

No âmbito do Doutoramento em Saúde Pública (especialização em Administração de Saúde), tenho como Comissão tutorial a Prof^ª. Dr^ª. Ana Escoval, Prof. Dr. Luís Graça, Prof. Dr. Correia Jesuino, e estou a desenvolver uma tese sobre “Liderança na Inovação, o novo paradigma dos serviços de saúde Portugueses”. Neste sentido, na qualidade de doutorando e responsável pelo projecto de investigação, venho solicitar a sua colaboração no estudo. Mais concretamente, o estudo visa conhecer e analisar a percepção dos actores em relação à liderança, à inovação e à estratégia organizacional, em seis *case studies*, a realizar em seis hospitais, quatro portugueses e dois espanhóis.

Considerando que a sua colaboração é essencial para o sucesso do estudo, ficar-lhe-ia muito grato que me dispensasse algum do seu precioso tempo para preencher o questionário. Por favor note que os questionários são anónimos e confidenciais, destinando-se a informação recolhida exclusivamente a fins académicos e científicos. Para além disso, os dados fornecidos por todos os participantes do estudo serão analisados e usados agregadamente, tornando por isso impossível a identificação de cada um dos respondentes (que serão sobretudo membros do conselho de administração, administradores, directores de departamento, directores de serviço e enfermeiros chefes e técnicos coordenadores).

Para responder ao questionário que se segue, e consoante o tipo de resposta que lhe seja solicitada, deverá colocar, um **X** nos espaços reservados (), que melhor corresponderem à sua opinião. Não há respostas certas ou erradas, pois o que aqui se pretende é a obtenção da sua opinião, muito pessoal e sincera, sobre cada uma das questões que lhe vão ser colocadas.

Desde já, agradeço toda a colaboração que me possa prestar.

Muito Obrigado

O Doutorando

Luís Manuel Dias Fialho de Moraes

Anexo D1 – Inquérito por Questionário

A – As questões que a seguir se colocam procuram avaliar as características e reacções da sua organização de saúde enquanto tal (análise estratégica).

A1 – *Como caracteriza os serviços que a sua organização de saúde presta? (Assinale apenas uma resposta)*

São inovadores, mudam com frequência, ampliam a área de actuação

Alguns são inovadores, outras são estáveis

Estão focalizados no mercado, são estáveis e bem definidos na organização

Estão em estado de transição devido a ameaças e oportunidades do ambiente

A2 – *Qual a imagem que dá da sua organização de saúde? (Assinale apenas uma resposta)*

Oferecemos poucos serviços, no entanto são de alta qualidade e selectivos

Após análise cuidadosa, adoptamos novas ideias e inovações

Reagimos a oportunidades ou ameaças do mercado para manter e reforçar a nossa posição

É uma organização criativa e inovadora

A3 – *O tempo que a sua organização de saúde investe na monitorização das mudanças e tendências do mercado pode ser descrito como: (Assinale apenas uma resposta)*

Extenso: estamos constantemente a monitorizar o mercado

Mínimo: não passamos muito tempo a monitorizar o mercado

Médio: gastamos algum tempo a monitorizar o mercado

Esporádico ou irregular: às vezes gastamos pouco e às vezes gastamos muito tempo a monitorizar o mercado

A4 – *A tendência de procura é devido muito provavelmente à nossa prática de: (Assinale apenas uma resposta)*

Concentrar-nos no desenvolvimento de áreas/população que já servimos

Responder às pressões do mercado, correndo poucos riscos

Entrar agressivamente em novos mercados com novos serviços

Aprofundar os mercados que já servimos e adoptar novos serviços somente após análise cuidadosa do seu potencial

A5 – Uma das nossas metas mais importantes é o compromisso e a dedicação em: (Assinale apenas uma resposta)

Manter os custos sob controlo

Analisar cuidadosamente os nossos custos e receitas para manter os custos sob controlo

(selectivamente criar novos serviços)

Garantir os recursos humanos e técnicos necessários para desenvolver novos serviços

Resguardar-nos contra ameaças críticas, adoptando as acções que sejam necessárias

A6 – As competências e capacidades que os nossos colaboradores possuem podem ser melhor caracterizadas como: (Assinale apenas uma resposta)

Analíticas: as suas competências e capacidades permitem-lhes identificar tendências e desenvolver novos serviços

Especializadas: as suas competências e capacidades estão concentradas em poucas áreas específicas

Amplas e empreendedoras: as suas competências e capacidades são diversas, flexíveis e habilitam a uma mudança de forma criativa

Flexíveis: as suas competências e capacidades estão relacionadas com a procura de curto prazo

A7 – Uma das características que distingue esta organização de saúde de outras é: (Assinale apenas uma resposta)

A habilidade para analisar tendências emergentes e adoptar aquelas que têm potencial comprovado

A capacidade de fazer um número limitado de coisas excepcionalmente bem

A capacidade de responder a novas tendências mesmo que, quando elas surgem, possam apenas ter um potencial moderado

A capacidade de desenvolver novos serviços de maneira consistente

A8 – A administração desta organização de saúde tende a concentrar-se em: (Assinale apenas uma resposta)

Manter uma situação financeira segura por meio de medidas de controlo de custos e qualidade

Analisar oportunidades de mercado e escolher apenas aquelas que apresentam potencial, e ao mesmo tempo manter a situação financeira protegida

Actividades que mais necessitam de atenção com vista às oportunidades ou problemas que estão sendo enfrentados

Desenvolver novos serviços ou expandir-se para novas áreas ou novos segmentos de mercado

A9 - Esta organização de saúde prepara-se para o futuro identificando sobretudo: (Assinale apenas uma resposta)

As melhores soluções possíveis para aqueles problemas ou desafios que requerem atenção imediata

Tendências e oportunidades no mercado que possam resultar na criação de novos serviços

Aqueles problemas que, quando resolvidos, irão manter e melhorar os nossos serviços

As tendências cujo potencial a longo prazo já foi demonstrado por outras organizações, e ao mesmo tempo resolvendo os problemas relativos aos nossos serviços actuais

A10 - A estrutura da nossa organização de saúde: (Assinale apenas uma resposta)

É funcional por natureza (exemplo: serviços administrativos e serviços clínicos)

É orientada pela lógica do serviço

É essencialmente funcional (departamental: ortopedia, medicina, cirurgia), possui também uma estrutura orientada para serviços ou mercados nas áreas que são mais novas

Está continuamente a mudar para permitir aproveitar oportunidades ou resolver problemas assim que eles surgem

A11 - Os procedimentos que a nossa organização de saúde usa para avaliar o seu desempenho são melhor descritos como: (Assinale apenas uma resposta)

Descentralizados e participativos, encorajando todos os membros da organização a envolverem-se

Orientados para solicitações de relatórios que exigem uma atenção imediata

Centralizados e da responsabilidade da gestão de topo

Centralizados em áreas de serviços mais estáveis; mais participativos em áreas mais novas ou emergentes

A12 - O foco da nossa organização de saúde está: (Assinale apenas uma resposta)

Nos valores

Na visão/missão

Nos objectivos

Nos processos

A13 - Os valores da nossa organização de saúde são: (Assinale apenas uma resposta)

O comprometimento, a comunicação e o desenvolvimento

Os resultados, a inovação e a transformação

O atingir de objectivos

A eficiência, as perdas de tempo e a consistência

A14 - Na minha organização de saúde a liderança é: (Assinale apenas uma resposta)

Facilitadora, mentora, *teambuilder*
Inovadora, empreendedora, visionária
Destemida, competitiva, produtora
Coordenadora, monitora, organizadora

A15 - O propósito da minha organização de saúde é: (Assinale apenas uma resposta)

A comunidade, o desenvolvimento e o conhecimento
A inovação e o crescimento
O lucro, mais valias e rapidez
A eficiência e a qualidade

A16 - As práticas da minha organização de saúde são: (Assinale apenas uma resposta)

A construção de equipas e desenvolvimento de comunidades, treino e *coaching*; criar uma partilha de visão e valores, trabalhar harmoniosamente no ambiente
O encorajamento para pensamentos radicais, oportunidades que emergem, destruição dos modos antigos de trabalhar
A gestão da *performance* através de objectivos, investimento para aumentar a produção
A implementação em grande escala de tecnologia e sistemas, aplicando melhorias de processo, regulamentação, adesão a padrões

A17 - Os trabalhadores ou colaboradores desta organização de saúde são: (Assinale apenas uma resposta)

De confiança, entreadjudam-se, resolvem os conflitos, tem uma participação activa
Visionários, optimistas, generalistas, entusiastas, pensadoras, expressivas
Orientados por objectivos, assertivos, responsáveis, decisivos, competitivos
Metodologicamente organizados, práticos, objectivos e persistentes

A18 - A organização do trabalho da nossa organização de saúde pode ser descrita nestes termos: (Assinale apenas uma resposta)

Ambiente de trabalho harmonioso, espaço de trabalho cooperativo, comunicação informal, partilha de valores
É estimulante, horários flexíveis, livres de constrangimentos diários, diversidade
Tem uma pressão elevada, resultados qualificáveis, pagos pelo que produzem
Tem regras claras, objectivos lógicos, trabalho estruturado, processo de trabalho

A19 – Das afirmações que se seguem assinale a que se adequa mais à sua organização de saúde. (Evite as respostas neutras, a menos que não saiba responder).

Estratégia	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
1. Os colaboradores estão envolvidos na definição da estratégia					
2. A organização analisa informação sobre outras organizações de saúde					
3. É analisada a informação sobre tecnologia ou outras mudança-chave que afectam a nossa <i>performance</i>					
4. Os objectivos estratégicos são convertidos em planos de acção.					
5. A nossa produção é comparada com outras organizações de saúde e com a nossa anterior <i>performance</i>					

B – As questões que a seguir se colocam procuram avaliar as características e reacções da sua organização de saúde (inovação, liderança).

B1 – Numa escala de 1 a 7 diga qual o grau de importância que é atribuída à inovação na sua organização de saúde: (Assinale o número da escala que corresponde à sua opinião)

(Mínima importância) 1 2 3 4 5 6 7 (Máxima importância)

B2 – Indique o grau de importância que a inovação desempenha no seu cargo ou função. (Assinale o número da escala que corresponde à sua opinião)

(Mínima importância) 1 2 3 4 5 6 7 (Máxima importância)

B3 – No seu cargo ou função nesta organização de saúde, qual a percentagem de tempo que dispensou com a inovação no ano transacto?

< 10 % 10-25 % 25-50 % 50-75 % 75-90 % > 90 %

B4 – Numa escala de 1 a 7 diga qual o grau de inovação da sua organização de saúde (Assinale o número da escala que corresponde à sua opinião)

(Pouco ou nada inovador) 1 2 3 4 5 6 7 (Muitíssimo inovador)

B5 – Numa escala de 1 a 7 diga como é que a sua organização de saúde reage aos processos de inovação: (Assinale o número da escala que corresponde à sua opinião)

(Muitíssimo mal) 1 2 3 4 5 6 7 (Muitíssimo bem)

B6 – Numa escala de 1 a 7 diga como é que os processos de inovação estão ligados à estratégia organizacional na sua organização de saúde: (Assinale o número da escala que corresponde à sua opinião)

(Muitíssimo mal) 1 2 3 4 5 6 7 (Muitíssimo bem)

B7 – Como é que a estratégia organizacional está ligada com processos de inovação? (Selecione as que achar pertinentes)

A nossa estratégia de desenvolvimento e processos de inovação é orgânica e não está formalmente ligada

A estratégia de desenvolvimento faz parte do nosso processos de inovação

Tem um plano de inovação separado

Utiliza ferramentas para resolver problemas estratégicos

Incorporada na descrição de funções dos gestores sénior

Está no plano estratégico da organização

B8 – Quais são os maiores obstáculos à inovação na sua organização de saúde? (Selecione as que achar pertinentes)

Muitas Comissões/Grupos de trabalho

Metodologia pobre

Indicadores incorrectas

Dificuldade de aprender

Visão/missão enviesada

Incentivos inadequados

Decisões incorrectas

Medo de falhar

Estrutura orgânica

Muito tempo para reagir

Falta de articulação entre departamentos

Resistência à mudança

Falta de tempo

Falta de liderança

Nenhum

B9 – A minha organização de saúde tem portfólio de inovação.

Sim

Não

Não sei

(Se respondeu SIM à Pergunta B9)

B10 – A sua organização de saúde utiliza algum software de gestão para apoiar os processos de mudança?

Sim

Não

Não sei

C – As questões que a seguir se colocam procuram avaliar as características e reacções da sua organização de saúde como um todo.

C1 – A minha organização de saúde pode ser descrita nestes termos: (Assinale apenas uma resposta)

É um local muito ‘pessoal’. É como a extensão da família

A organização é dinâmica e empreendedora. Os colaboradores gostam de correr riscos

A organização é muito estruturada e formal. Procedimentos burocráticos geralmente dizem o que as pessoas devem fazer

Está muito voltada para a produção. A maior preocupação é trabalhar

C2 – Os gestores na minha organização de saúde... (Assinale apenas uma resposta)

São muito calorosos, gostam de desenvolver o potencial dos colaboradores e agem como mentores e guias

Gostam de correr riscos, encorajam os colaboradores a correr riscos e a inovar

São muito reguladores, esperam que os colaboradores sigam as regras, políticas e procedimentos

São coordenadores e *coaches*, ajudam os colaboradores a atingir os objectivos e os padrões da organização

C3 – Coesão organizacional: o que segura a organização como um todo é (ou são) ... (Assinale apenas uma resposta)

A lealdade e tradição. O comprometimento é uma palavra-chave

O comprometimento com a inovação e desenvolvimento. Existe uma ênfase em ser primeiro

Regras e políticas. Manter a organização a funcionar é essencial

As tarefas e os objectivos alcançados. São orientadas para a produção

C4 – A ênfase organizacional é dada: (Assinale apenas uma resposta)

Aos recursos humanos. Alta coesão e moral são importantes

Ao crescimento e aquisição de novos recursos

A estabilidade. Eficiência das operações é importante

A acções de competição. Medir os objectivos é fundamental

C5 – A distribuição dos incentivos organizacionais é... (Assinale apenas uma resposta)

Feita equitativamente entre os membros. Os colaboradores são tratados de igual forma

Baseada na iniciativa individual. Os que tem maior iniciativa e ideias inovadoras recebem mais

Baseada num *ranking*. Quanto mais alta é a posição dentro da organização mais ganha

Baseada no alcançar de objectivos. Indivíduos com maior liderança e que contribuem para os objectivos da organização recebem mais.

C51 - Há incentivos com expressão pecuniária?

Sim

Não

C6 - Das afirmações que se seguem assinale a que se adequa mais á sua organização de saúde (Evite as respostas neutras., a menos que não saiba responder).

Liderança	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
1. O Conselho de Administração articula os valores relevantes da organização com a qualidade dos cuidados prestados.					
2. O comportamento do Conselho de Administração é consistente com os valores relevantes da organização e com a qualidade dos cuidados prestados.					
3. O Conselho de Administração demonstra habilidade para gerir a mudança, e melhorar a qualidade dos cuidados.					
4. O Conselho de Administração age sugerindo a melhoria da qualidade dos cuidados e serviços.					
5. O Conselho de Administração mostra confiança no sucesso dos esforços para melhorar a qualidade.					
6. O Conselho de Administração tem uma visão estratégica da organização de saúde.					
7. O Conselho de Administração planeia o futuro, assumindo riscos e analisando o ambiente externo e interno.					
8. O Conselho de Administração maximiza os recursos humanos, apoiando os seus colaboradores, constituindo equipas, dando-lhes apoio.					
9. O Conselho de Administração conduz a organização através de padrões de qualidade, com circuitos de comunicação bem definidos, gerindo conflitos.					
10. O Conselho de Administração quer que o seu hospital obtenha uma <i>performance</i> elevada.					
11. O Conselho de Administração exerce um controlo positivo, delegando competências.					
12. O Conselho de Administração reconhece, incentiva e recompensa os colaboradores.					
13. O Conselho de Administração tem uma postura de confiança nos colaboradores, o que reduz as tensões e torna o hospital mais efectivo.					

Para terminar, vou-lhe pedir que faça a sua categorização sociodemográfica:

D1 - Género

Feminino

Masculino

D2 - Grupo etário (em anos completos)

< 25 anos

25 - 40 anos

41 - 55 anos

> 55 anos

D3 - Cargo ou função que desempenha na sua organização de saúde:

Conselho de Administração

Administrador

Direcção técnica (Director Clínico/ Adjuntos)

Direcção técnica (Enfermeiro Director/ Adjuntos)

Director de Departamento

Director de Serviço

Enfermeiro Chefe

Técnico Coordenador

– *Questão A1 à questão A11* (estratégia organizacional):

Serão verificadas as características do modelo adaptado de Miles & Snow sobre a estratégia organizacional. Interessou observar se estas estruturas organizacionais (hospitais/CSP) em função das atitudes e comportamentos dos seus actores, das componentes do ciclo adaptativo (empresarial, tecnológica e administrativa), assim como das dimensões que podem constituir essas componentes do ciclo adaptativo, conseguem (pre)dizer qual o tipo de estratégia envolvida: defensivas, prospectivas, analisadoras ou reactivas.

Considerando como os hospitais estão organizados, eles podem ser classificados como:

Hospital Tipo D (Defensivo): este tipo de hospital mantém um nicho dentro do sistema de saúde. Oferece serviços relativamente estáveis. Não está na linha da frente de novos serviços ou no desenvolvimento do mercado da saúde. Ignora a mudança que não tenha importância nas áreas em que habitualmente trabalha e concentra-se a fazer o melhor que sabe e pode na sua área de especialização.

Hospital Tipo A (Analisador): este tipo de hospital mantém uma base estável de serviços, enquanto procura seleccionar novos serviços e mercados. O hospital cuidadosamente monitoriza as acções das instituições similares, tais como o hospital C. O hospital B tenta seguir em frente com uma melhor política de custo-eficiência dos serviços.

Hospital Tipo P (Prospectivo): este tipo de hospital faz mudanças frequentes nos serviços. Consistentemente tenta ser pioneiro em novas áreas de serviço ou mercado (sendo o primeiro), mesmo que por vezes esses esforços não tenham um sucesso total. Ele responde rapidamente a sinais precoces do mercado, aproveitando essas oportunidades.

Hospital Tipo R (Reactivo): este tipo de hospital não pode ser claramente caracterizado em termos de abordagem à mudança nos serviços ou mercados. Por vezes avança com mudanças em função de oportunidades, outras só após ver o potencial dessas mudanças, e outras só quando é forçado é que avança.

– *Questão A12 à questão A18 e C1 a C 5* (cultura organizacional e liderança):

Serão verificadas as características do modelo adaptado dos *valores contrastantes* sobre a estratégia organizacional (com o tipo de organizações: colaboradoras, criativas, competitivas e controladoras): Com as **questões A12 a A18** pretende-se observar os o tipo de cultura organizacional, utilizando: o foco, os valores, a liderança, as práticas, o propósito, as pessoas e o ambiente das organizações.

A cultura organizacional será observada com recurso às questões colocadas no Quadro nºD1.

Quadro nº D1 – Aspectos observados na cultura organizacional

Questões	Aspectos observados
C1	Características dominantes
A14	O líder organizacional
C3	Coesão organizacional
A18	O clima organizacional
A16	Crítérios de sucesso
C2	Estilos de gestão

A liderança organizacional, considerando a organização como um todo, será observada com recurso às questões colocadas no Quadro nº D2.

Quadro nº D2 – Aspectos observados na liderança organizacional

Questões	Aspectos observados
C1	Características dominantes
C2	Gestão organizacional
C3	Coesão organizacional
C4A18	Ênfase organizacional
C5A16	Incentivos organizacionais

– Com as questões C6.1 a C6.5

Pretende-se ver como a liderança influencia a melhoria da qualidade dos cuidados na organização.

– Com as questões C6.6 a C6.13

Pretende-se saber como o Conselho de Administração interage e exerce as suas competências.

– Com a questão A19 (1–5)

Pretende-se saber como está o desenvolvimento organizacional em relação à estratégia.

– As questões da secção B (Liderança na Inovação)

São sobre inovação (como classifica e considera o seu hospital em relação à inovação), serão observadas com recurso às questões colocadas no Quadro nº D3.

Quadro nº D3 – Aspectos observados na inovação

Questões	Aspectos observados
B1	Grau de importância que é atribuído à inovação na organização de saúde
B2	Grau de importância que é atribuído à inovação na função que o colaborador exerce
B3	Percentagem de tempo que despende com a inovação coesão organizacional
B4	Grau de inovação na sua organização
B5	Como a organização reage aos processos de inovação
B6 e B7	Ligação entre a estratégia e os processos de inovação
B8	Obstáculos aos processos de inovação

– As questões da secção D

Pretendem verificar algumas características sócio demográficas (Quadro nº D4).

Quadro nº D4 – Características sócio demográficas

Questões	Aspectos observados
D1	Género
D2	Grupo etário
D3	Cargo ou Função

ANEXO D2

GUIÃO DE ENTREVISTA EXPLORATÓRIA

Anexo D2 – Guião de entrevistas exploratórias

Entrevistado: _____

Cargo/Função: _____

O nível organizacional: 1, 2, 3, etc. _____

Lugar e data: _____

Tempo de duração: _____

Nº. Código da entrevista: _____

1 – Apresentação do projecto.

2 – O que é para si uma organização inovadora no sector da saúde?

2.1 – A sua organização é inovadora?

2.2 – Em que sentido?

2.3 – Dificuldades/constrangimentos ‘VERSUS’ apoio sentidos.

3 – Como caracteriza a sua organização do ponto de vista estratégico (segundo a tipologia de Miles e Snow)?

(apresentação de esquema para elucidar o modelo)

3.1 – E no sector da saúde de um modo geral?

3.2 – Dificuldades/constrangimentos ‘VERSUS’ apoio sentidos.

4 – Como caracteriza a sua organização do ponto de vista estratégico (segundo o modelo *Competing Values*)?

(apresentação de esquema para elucidar o modelo)

5 – A liderança quem a exerce?

5.1 – É colegial ou individual?

5.2 – Como está organizada? É hierárquica ou mais achatada?

5.3 – Como são transmitidas as inovações? E como alguém faz chegar à gestão de topo uma ideia inovadora? Tipo *top-down* ou tipo *bottom-up*?

5.4 – Existem grupos de pensamento e dinamizadores de projectos inovadores?

5.5 – Dificuldades/constrangimentos ‘VERSUS’ apoio sentidos.

5.6 – Quem exerce a liderança na inovação na sua organização? E no sector saúde?

5.7 – A liderança na inovação está de acordo com a estratégia previamente traçada?

Síntese / conclusão:

ANEXO D3

GUIÃO DE ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE

Anexo D3 – Guião de entrevistas em Profundidade

Entrevistado: _____

Cargo/Função: _____

Lugar e data: _____

Tempo de duração: _____

Nº. Código da entrevista: _____

1 – Apresentação do projecto.

2 – O que é para si uma organização inovadora no sector da saúde?

2.1 – A sua organização é inovadora?

2.2 – A inovação está inscrita na agenda desta organização? Como? Que tipo de inovação? (tecnológica, não tecnológica)

2.3 – Quem lidera a inovação?

3 – Como caracteriza a sua organização do ponto de vista estratégico (segundo a tipologia de Miles e Snow)? (Apresentação de esquema para elucidar)

3.1 – E o sector da saúde de um modo geral?

3.2 – O facto de pertencer ao sector público/privado condiciona o modo como a estratégia é implementada?

4 – Como caracteriza a sua organização do ponto de vista estratégico e do ponto de vista de liderança (segundo o modelo dos valores contrastantes)? (Apresentação de esquema para elucidar)

5 – A liderança quem a exerce?

5.1 – É colegial ou individual?

5.2 – Como está organizada? É hierárquica ou mais achatada?

5.3 – Como são transmitidas e apresentadas as propostas para inovações? Como se faz chegar à gestão de topo uma ideia inovadora? (Tipo *top-down* ou tipo *bottom-up*?)

5.4 – Existem grupos de pensamento e dinamizadores de projectos inovadores?

5.5 – Dificuldades/constrangimentos 'VERSUS' apoio sentidos.

5.6 – Quem exerce a liderança na inovação na sua organização? E no sector saúde?

5.7 – A liderança na inovação está de acordo com a estratégia previamente traçada?

Síntese / conclusão:

ANEXO E

GRÁFICOS E QUADROS

Anexo E – Gráficos e Quadros

Quadro nº E1 – Operacionalização das variáveis independentes relacionadas com a Estratégia segundo o modelo adaptado de Miles & Snow

Área Temática	Variável	Questão	Tipo de Variável	Categoria ou valor	Construto
Estratégia segundo Miles & Snow	Dimensão Empresarial (Domínio)	A1	Ordinal	1 – São inovadores, mudam com frequência, ampliam a área de actuação 2 – Alguns são inovadores, outras são estáveis 3 – Estão em estado de transição devido a ameaças e oportunidades do ambiente 4 – Estão focalizados no mercado, são estáveis e bem definidos na organização	Prospectivo Analizador Defensivo Reactivo
	Dimensão Empresarial (Atitude)	A2	Ordinal	1 – Oferecemos poucos serviços, no entanto são de alta qualidade e selectivos 2 – Após análise cuidadosa, adoptamos novas ideias e inovações 3 – É uma organização criativa e inovadora 4 – Reagimos a oportunidades ou ameaças do mercado para manter e reforçar a nossa posição	Defensiva Analisadora Reactiva Prospectiva
	Dimensão Empresarial (Monitorização)	A3	Ordinal	1 – Extenso: estamos constantemente a monitorizar o mercado 2 – Mínimo: não passamos muito tempo a monitorizar o mercado 3 – Médio: gastamos algum tempo a monitorizar o mercado 4 – Esporádico ou irregular: às vezes gastamos pouco e às vezes gastamos muito tempo a monitorizar o mercado	Defensiva Prospectiva Analisadora Reactiva
	Dimensão Empresarial (Crescimento)	A4	Ordinal	1 – Concentrar-nos no desenvolvimento de áreas/população que já servimos 2 – Responder às pressões do mercado, correndo poucos riscos 3 – Entrar agressivamente em novos mercados com novos serviços 4 – Aprofundar os mercados que já servimos e adoptar novos serviços somente após análise cuidadosa do seu potencial	Defensiva Prospectiva Reactiva Analisadora
	Dimensão Tecnológica (Obj. Tecnol.)	A5	Ordinal	1 – Manter os custos sob controlo 2 – Analisar cuidadosamente os nossos custos e receitas para manter os custos sob controlo (selectivamente criar novos serviços) 3 – Garantir os recursos humanos e técnicos necessários para desenvolver novos serviços 4 – Resguardar-nos contra ameaças críticas, adoptando as acções que sejam necessárias	Defensiva Analisadora Prospectiva Reactiva
	Dimensão Tecnológica (Ext. Tecnol.)	A6	Ordinal	1 – Analíticas: as suas competências e capacidades permitem-lhes identificar tendências e desenvolver novos serviços 2 – Especializadas: as suas competências e capacidades estão concentradas em poucas áreas específicas 3 – Amplas e empreendedoras: as suas competências e capacidades são diversas, flexíveis e habilitam a uma mudança de forma criativa 4 – Flexíveis: as suas competências e capacidades estão relacionadas com a procura de curto prazo	Analisadora Defensiva Prospectiva Reactivas

Estratégia segundo Miles & Snow	Dimensão Tecnológica (Post. Tecnol.)	A7	Ordinal	1 – A habilidade para analisar tendências emergentes e adoptar aquelas que têm potencial comprovado 2 – A capacidade de fazer um número limitado de coisas excepcionalmente bem 3 – A capacidade de responder a novas tendências mesmo que, quando elas surgem, possam apenas ter um potencial moderado 4 – A capacidade de desenvolver novos serviços de maneira consistente	Analisadora Defensiva Reactiva Prospectiva
	Dimensão Administrativa (Áreas diminan.)	A8	Ordinal	1 – Manter uma situação financeira segura por meio de medidas de controlo de custos e qualidade 2 – Analisar oportunidades de mercado e escolher apenas aquelas que apresentam potencial, e ao mesmo tempo manter a situação financeira protegida 3 – Actividades que mais necessitam de atenção com vista às oportunidades ou problemas que estão sendo enfrentados 4 – Desenvolver novos serviços ou expandir-se para novas áreas ou novos segmentos de mercado	Defensiva Analisadora Prospectiva Reactiva
	Dimensão Administrativa (Planeamento)	A9	Ordinal	1 – As melhores soluções possíveis para aqueles problemas ou desafios que requerem atenção imediata 2 – Tendências e oportunidades no mercado que possam resultar na criação de novos serviços 3 – Aqueles problemas que, quando resolvidos, irão manter e melhorar os nossos serviços 4 – As tendências cujo potencial a longo prazo já foi demonstrado por outras organizações, e ao mesmo tempo resolvendo os problemas relativos aos nossos serviços actuais	Reactiva Defensiva Prospectiva Analisadora
	Dimensão Administrativa (Estrutura)	A10	Ordinal	1 – É funcional por natureza (exemplo: serviços administrativos e serviços clínicos) 2 – É orientada pela lógica do serviço 3 – É essencialmente funcional (departamental: ortopedia, medicina, cirurgia), possui também uma estrutura orientada para serviços ou mercados nas áreas que são mais novas 4 – Está continuamente a mudar para permitir aproveitar oportunidades ou resolver problemas assim que eles surgem	Defensiva Analisadora Prospectiva Reactiva
	Dimensão Administrativa (Controlo e Coordenação.)	A11	Ordinal	1 – Descentralizados e participativos, encorajando todos os membros da organização a envolverem-se 2 – Orientados para solicitações de relatórios que exigem uma atenção imediata 3 – Centralizados e da responsabilidade da gestão de topo 4 – Centralizados em áreas de serviços mais estáveis; mais participativos em áreas mais novas ou emergentes	Prospectiva Reactiva Defensiva Analisadora

**Quadro nº E2 – Operacionalização das variáveis independentes relacionadas
com o Modelo adaptado dos *Valores Contrastantes* (Cultura organizacional)**

Área Temática	Variável	Questão	Tipo de Variável	Categoria ou valor	Construto: Tipo de cultura
Competing Values (Cultura organizacional)	O Líder Organi.	A14	Categorial	1 – Facilitadora, mentora, <i>teambuilder</i> 2 – Inovadora, empreendedora, visionária 3 – Destemida, competitiva, produtora 4 – Coordenadora, monitora, organizadora	Apoio Inovação Objectivos Regras
	Crítérios de Sucesso	A16	Categorial	1 – A construção de equipas e desenvolvimento de comunidades, treino e <i>coaching</i> ; criar uma partilha de visão e valores, trabalhar harmoniosamente no ambiente 2 – O encorajamento para pensamentos radicais, oportunidades que emergem, destruição dos modos antigos de trabalhar 3 – A gestão da <i>performance</i> através de objectivos, investimento para aumentar a produção 4 – A implementação em grande escala de tecnologia e sistemas, aplicando melhorias de processo, regulamentação, adesão a padrões	Apoio Inovação Objectivos Regras
	Carácter. Domin.	A18	Categorial	1 – Ambiente de trabalho harmonioso, espaço de trabalho cooperativo, comunicação informal, partilha de valores 2 – É estimulante, horários flexíveis, livres de constrangimentos diários, diversidade 3 – Tem uma pressão elevada, resultados qualificáveis, pagos pelo que produzem 4 – Têm regras claras, objectivos lógicos, trabalho estruturado, processo de trabalho	Apoio Inovação Objectivos Regras
	Estilo de Gestão	C1	Categorial	1 – É um local muito ‘pessoal’. É como a extensão da família 2 – A organização é dinâmica e empreendedora. Os colaboradores gostam de correr riscos 3 – A organização é muito estruturada e formal. Procedimentos burocráticos geralmente dizem o que as pessoas devem fazer 4 – Está muito voltada para a produção. A maior preocupação é trabalhar	Apoio Inovação Regras Objectivos

Competing Values (Cultura organizacional)	O Clima Organiz.	C2	Categorial	1 – São muito calorosos, gostam de desenvolver o potencial dos colaboradores e agem como mentores e guias 2 – Gostam de correr riscos, encorajam os colaboradores a correr riscos e a inovar 3 – São muito reguladores, esperam que os colaboradores sigam as regras, políticas e procedimentos organização 4 – São coordenadores e <i>coaches</i> , ajudam os colaboradores a atingir os objectivos e os padrões da	Apoio Inovação Regras Objectivo
	A Integ. Organiz.	C3	Categorial	1 – A lealdade e tradição. O comprometimento é uma palavra-chave 2 – O comprometimento com a inovação e desenvolvimento. Existe uma ênfase em ser primeiro 3 – Regras e políticas. Manter a organização a funcionar é essencial 4 – As tarefas e os objectivos alcançados. São orientadas para a produção	Apoio Inovação Regras Objectivos

Quadro nº E3 - Operacionalização das variáveis independentes relacionadas com o Modelo adaptado dos *Valores Contrastantes (Liderança)*

Área Temática	Variável	Questão	Tipo de Variável	Categoria ou valor	Construto: Tipo de Liderança
Competing Value (Liderança)	O Líder Org.	A14	Categorial	1 – Facilitadora, mentora, <i>teambuilder</i> 2 – Inovadora, empreendedora, visionária 3 – Destemida, competitiva, produtora 4 – Coordenadora, monitora, organizadora	Colaborador Criativo Competitivo Controlador

Quadro nº E4 – Variável dependente – Estratégia

Área Temática	Variável	Questão	Tipo de Variável	Categoria ou valor
Estratégia	Envolvimento	A19.1	Ordinal	1– Concordo totalmente 2– Concordo 3– Não concordo nem discordo 4– Discordo 5– Discordo totalmente
	Informação	A19.2	Ordinal	1– Concordo totalmente 2– Concordo 3– Não concordo nem discordo 4– Discordo 5– Discordo totalmente
	Informação	A19.3	Ordinal	1– Concordo totalmente 2– Concordo 3– Não concordo nem discordo 4– Discordo 5– Discordo totalmente
	Objectivo Estratégico	A19.4	Ordinal	1– Concordo totalmente 2– Concordo 3– Não concordo nem discordo 4– Discordo 5– Discordo totalmente
	Benchmarking	A19.5	Ordinal	1– Concordo totalmente 2– Concordo 3– Não concordo nem discordo 4– Discordo 5– Discordo totalmente

Quadro nº E5 – Variável dependente – Inovação

Área Temática	Variável	Questão	Tipo de Variável	Categoria ou valor
Inovação	Importância da Inovação	B1	Intervalo	1– Mínima importância 2– 3– 4– 5– 6– 7– Máxima importância
	Grau importância na função ou cargo	B2	Intervalo	1– Mínima importância 2– 3– 4– 5– 6– 7– Máxima importância
	Grau inovação, da organização	B4	Intervalo	1– Pouco ou nada inovador 2– 3– 4– 5– 6– 7– Muitíssimo inovador
	Reacção a processos de inovação	B5	Intervalo	1– Muitíssimo mal 2– 3– 4– 5– 6– 7– Muitíssimo bem
	Ligação Inovação/ Estratégia	B6	Intervalo	1– Muitíssimo mal 2– 3– 4– 5– 6– 7– Muitíssimo bem

Quadro nº E6 – Variável dependente – Liderança

Área Temática	Variável	Questão	Tipo de Variável	Categoria ou valor
Liderança	Articulação	C6.1	Ordinal	1 – Concordo totalmente 2 – Concordo 3 – Não concordo nem discordo 4 – Discordo 5 – Discordo totalmente
	Comportamento	C6.2		
	Gestão	C6.3		
	MCQ	C6.4		
	Confiança	C6.5		
	Visão estratégica	C6.6		
	Planeamento	C6.7		
	Colab. com RH	C6.8		
	Padrões qualidade	C6.9		
	<i>Performance</i>	C6.10		
	Del. Competências	C6.11		
	Reconhece colab.	C6.12		
	Confiança nos RH	C6.13		

Quadro nº E7 – Variável independente – Inovação

Área Temática	Variável	Questão	Tipo de Variável	Categoria ou valor
Estratégia/ processos de Inovação	Dicotómica	B7	Nominal	1 – Sim 2 – Não
Obstáculos à inovação	Dicotómica	B8	Nominal	1 – Sim 2 – Não
Portfólio	Dicotómica	B9	Nominal	1 – Sim 2 – Não
Software	Dicotómica	B10	Nominal	1 – Sim 2 – Não

Quadro nº E8 – Variáveis atributo

Variáveis atributo	Questão	Tipo de variável	Categoria ou valor
De Caracterização sociodemográfica			
Género	D1	Nominal	1 – Feminino 2 – Masculino
Idade	D2	Ordinal	<25 Anos 25 – 40 Anos 41 – 55 Anos > 55 Anos
De Caracterização técnico organizacional			
Cargo ou função	D3	Ordinal	1 – Conselho de Administração 2 – Administrador 3 – Direcção técnica (Director Clínico/Adjuntos) 4 – Direcção técnica (Enfermeiro Director/Adjuntos) 5 – Director de Departamento 6 – Director de Serviço 7 – Enfermeiro Chefe 8 – Técnico Coordenador

Gráfico nº E1 – Distribuição dos resultados dos respondentes por cargo que desempenha na sua organização e por unidades de saúde (n=165) (%)

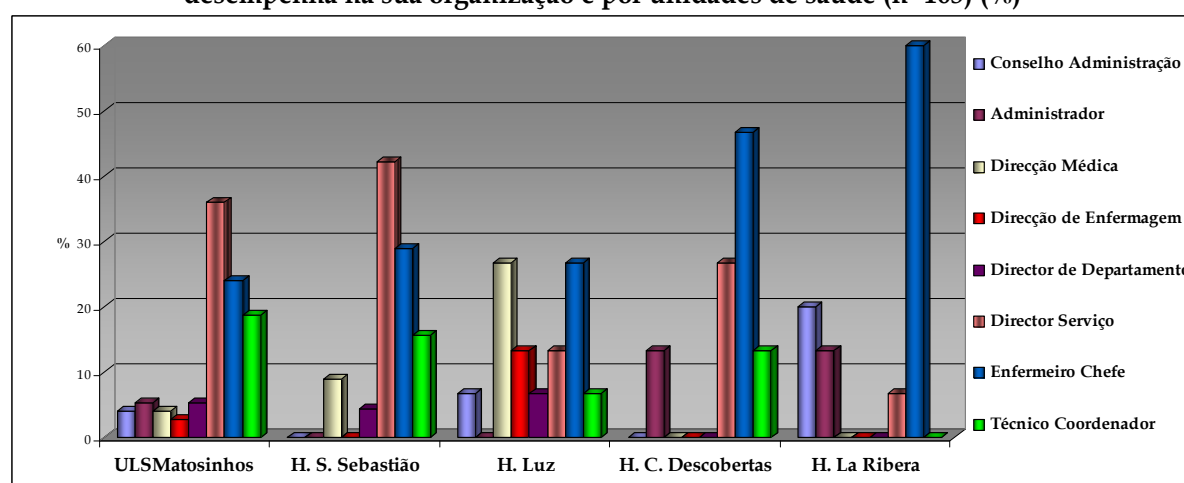
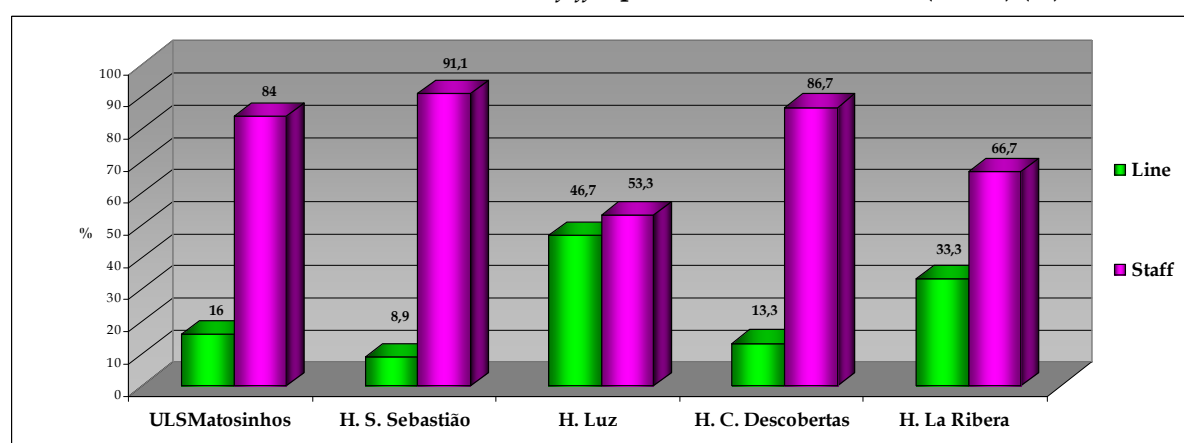


Gráfico nº E2 – Número de respondentes ao Questionário de acordo com o line 'versus' staff e pelas unidades de saúde (n=165) (%)



Quadro nº E9 – Quadro Resumo da Observação Directa e Estruturada (Estratégia organizacional)

Observações
NCHR2: Existência de protocolos CSP/hospital, nomeadamente os enfermeiros dos CSP vão prestar cuidados à urgência do hospital (assim apercebem-se dos constrangimentos, falta de informação, altas, etc. quando estão nos CSP têm a preocupação de enviar os doentes adequadamente). Visão global (descentralizada, integrada, multidisciplinar, flexibilidade).
NCHR3: Médico <i>link</i> (habitualmente vai aos CSP) faz a ponte entre os CSP e o hospital. Protocolos comuns. Os especialistas (oftalmologia, obstetrícia) deslocam-se aos CSP para ver os utentes. Existe intercâmbio com o hospital e os CSP.
NCHR4: Processo electrónico comum – quando o utente vai ao hospital ou aos CSP, o médico tem acesso à informação.
NCHR8: Só há dois serviços de internamento: médicos e cirúrgicos. Todas as especialidades existem dentro destes.
NCHR9: Hospital/CSP (experiência existe desde 2001).
NCHR10: Contrato-programa com base capicional aferida pela população residente. É uma inovação. Aposta no continuum de cuidados. Integração assistencial e gestão integrada da saúde.
NCHR11: A consulta externa está aberta até às 22 horas para dar acesso aos utentes (trabalham e depois vão ao médico).
NCULSM1: Integração dos Cuidados de Saúde Primários e Diferenciados
NCULSM2: Existência de protocolos e acreditação dos CSP/hospital.
NCULSM6: Hospital/CSP (experiência existe desde 1999).
NCULSM9: Internalização dos MCDT
NCHSS1: As mudanças (inovação) têm que ser muito bem vistas (custo/benefício). Na consulta externa os enfermeiros dos internamentos é que vêm à consulta (não existem enfermeiros adstritos exclusivamente à consulta).
NCHSS4: Existe uma grande centralização e controlo.
NCHCD1: Existe grande preocupação com o ambiente externo e um controlo interno apertado.
NCHCD: Hospital que ao nível do ambulatório de cirurgia utiliza os recursos intensivamente
NCHL1: Hospital de construção recente, aposta na oncologia médica e nos cuidados paliativos
NCHL2: Reuniões constantes, para resolver problemas, ver oportunidades, constata-se um certo optimismo.
NCHL3: A <i>holding</i> decide quase tudo. <i>Outsourcing</i> de serviços (laboratório). Economia de escala.
Legenda: NCHR – nota de campo Hospital de la Ribera; NCULSM – nota de campo ULSM; NCHSS – nota de campo Hospital S. Sebastião; NCHCD – nota de campo Hospital Cuf Descobertas; NCHL – nota de campo Hospital da Luz

Quadro nº E10 – Quadro Resumo da Observação Directa e Estruturada (Inovação)

Observações
NCHR4: Processo electrónico comum – quando o utente vai ao hospital ou aos CSP, o médico tem acesso à informação.
NCHR5: As inovações (projectos) são apresentados à CSV para aprovação, e quando aprovadas essas inovações são dadas pela CSV aos outros hospitais. A CSV é que desenvolve por exemplo os sistemas informáticos e não as unidades individualmente.
NCHR10: Contrato-programa com base capitacional aferida pela população residente. É uma inovação. Aposto no continuum de cuidados.
NCULSM4: Inovação: câmara hiperbárica; farmácia (certificada); mudança no laboratório.
NCULSM7: Contrato-programa trianual (2007-2009). Base capitação (95%) aferida perla população residente, os restantes 5% são por produção. É uma inovação. Aposto no continuum de cuidados.
NCULSM8: Inovação: articulação entre os CSP / hospital na pediatria (conjuntamente com o hospital de referência - S. João).
NCHSS1: As mudanças (inovação) têm que ser muito bem vistas (custo/benefício). Na consulta externa os enfermeiros dos internamentos é que vêm à consulta (não existem enfermeiros adstritos exclusivamente à consulta).
NCHSS2: Apesar da tendência mais inovadora e ter tido um projecto de gestão inovador, os actuais responsáveis consideram que a passagem de SA e depois a EPE não trouxe nada de novo. Veio piorar as coisas. Têm menos autonomia. É tudo tutelado pela ARS e ministério. Ele é que decidem sem se preocupar em ver as assimetrias. As diferenças entre prestadores.
NCHD1: As mudanças (inovação) têm que ser muito bem vistas (custo/benefício).
NCHD2: A farmácia só tem farmacêuticos (processo inovador) (evitam-se conflitos).
Legenda: NCHR – nota de campo Hospital de la Ribera; NCULSM – nota de campo ULSM; NCHSS – nota de campo Hospital S. Sebastião; NCHL2 – nota de campo Hospital da Luz; NCHCD – nota de campo Hospital Cuf Descobertas

Quadro nº E11 – Quadro Resumo da Observação Directa e Estruturada (Liderança)

Observações
NCHR6: A liderança é do CA, mas ao nível da inovação tanto os problemas são resolvidos via <i>top-down</i> ou <i>bottom-up</i> . Depende.
NCULSM1: Existe uma maior coordenação.
NCULSM3: A liderança é do CA, mas ao nível da inovação tanto os problemas são resolvidos via <i>top-down</i> ou <i>bottom-up</i> . Depende.
NCHCD3: A holding decide quase tudo. <i>Outsourcing</i> de serviços (laboratório). Economia de escala.
NCHCD4: Existe uma grande centralização, fala-se pouco, produz-se a vai-se à vida.
Legenda: NCHR – nota de campo Hospital de la Ribera; NCULSM – nota de campo ULSM; NCHCD – nota de campo Hospital Cuf Descobertas

Quadro nº E12 – Média das ordens, moda e *p* das unidades de saúde em relação à estratégia

	Unidade	N	Média ordens	Moda	H	<i>p</i> (KW)
A19.1 – A organização analisa informação sobre outras organizações de saúde.	H S. Sebastião	45	81,78	2	6,377	0,173
	ULSMatosinhos	75	89,09	2		
	H Descobertas	15	86,27	2		
	H Luz	15	72,43	2		
	H La Ribera	15	63,50	2		
	Total	165				
A19.2 – Os colaboradores estão envolvidos na definição da estratégia.	H S. Sebastião	45	76,20	2	13,195	0,010
	ULSMatosinhos	75	86,49	2		
	H Descobertas	15	102,50	2		
	H Luz	15	95,83	4		
	H La Ribera	15	53,60	2		
	Total	165				
A19.3 – É analisada a informação sobre tecnologia ou outras mudanças chave que afectam a nossa performance.	H S. Sebastião	45	80,01	2	4,203	0,379
	ULSMatosinhos	75	88,77	2		
	H Descobertas	15	84,77	2		
	H Luz	15	72,47	2		
	H La Ribera	15	71,87	2		
	Total	165				
A19.4 – Os objectivos estratégicos são convertidos em planos de acção.	H S. Sebastião	45	83,30	2	7,782	0,100
	ULSMatosinhos	75	86,07	2		
	H Descobertas	15	71,77	2		
	H Luz	15	99,00	2		
	H La Ribera	15	61,97	2		
	Total	165				
A19.5 – A nossa produção é comparada com outras organizações de saúde e com a nossa anterior performance.	H S. Sebastião	45	62,18	1	19,461	0,001
	ULSMatosinhos	75	93,17	2		
	H Descobertas	15	94,20	2		
	H Luz	15	96,03	2		
	H La Ribera	15	70,40	2		
	Total	165				

Legenda: média das ordens – orientador do sentido das diferenças; **H**—qui-quadrado através do teste de Kruskal-Wallis (valor de teste); *p* – grau ou nível de significância; **moda** – é o valor que tem maior número de observações (valor mais frequente) em estatística descritiva.

Escala Estratégia: de 1 (concordo totalmente); 2 (concordo); 3 (nem concordo nem discordo); 4 (discordo); 5 (discordo totalmente).

Quadro nº E13 – Média das ordens, moda e *p* das unidades de saúde em relação à inovação

	Unidade	N	Média ordens	Moda	H	<i>p</i> (KW)
B1 – Qual o grau de importância que é atribuída à inovação na sua organização de saúde.	H S. Sebastião	45	84,23	6	14,976	0,005
	ULSMatosinhos	75	76,44	6		
	H Descobertas	15	79,33	5		
	H Luz	15	125,27	7		
	H La Ribera	15	73,50	5		
	Total	165				
B2 – Indique o grau de importância que a inovação desempenha no seu cargo ou função.	H S. Sebastião	45	91,10	6	8,805	0,066
	ULSMatosinhos	75	82,71	6		
	H Descobertas	15	73,03	6		
	H Luz	15	97,10	6		
	H La Ribera	15	56,03	5		
	Total	165				
B4 – Qual o grau de inovação na sua organização de saúde.	H S. Sebastião	45	82,84	5	13,611	0,009
	ULSMatosinhos	75	82,64	6		
	H Descobertas	15	71,70	4		
	H Luz	15	118,97	6		
	H La Ribera	15	60,60	4		
	Total	165				
B5 – Como é que a sua organização de saúde reage aos processos de inovação.	H S. Sebastião	45	88,24	5	6,743	0,150
	ULSMatosinhos	75	79,06	6		
	H Descobertas	15	70,57	4		
	H Luz	15	106,93	5		
	H La Ribera	15	75,47	5		
	Total	165				
B6 – Como é que os processos de inovação estão ligados à estratégia organizacional na sua organização de saúde.	H S. Sebastião	45	80,76	5	3,203	0,524
	ULSMatosinhos	75	82,46	5		
	H Descobertas	15	72,47	4		
	H Luz	15	100,73	6		
	H La Ribera	15	85,23	5		
	Total	165				

Legenda: média das ordens – orientador do sentido das diferenças; **H** – qui-quadrado através do teste de Kruskal-Wallis (valor de teste); *p* – grau ou nível de significância; **moda** – é o valor que tem maior número de observações (valor mais frequente) em estatística descritiva.

Escala Inovação: de 1 (mínima importância); 2; 3; 4; 5; 6; 7 (máxima importância).

Quadro nº E14 – Média das ordens, moda e *p* das unidades de saúde em relação à liderança

	Unidade	N	Média ordens	Moda	H	<i>p</i> (KW)
C6.1 – O Conselho de Administração articula os valores relevantes da organização com a qualidade dos cuidados prestados	H S. Sebastião	45	84,43	2	1,518	0,823
	ULS Matosinhos	75	84,99	2		
	H Descobertas	15	76,93	2		
	H Luz	15	73,37	2		
	H La Ribera	15	84,43	2		
	Total	165				
C6.2 – O comportamento do Conselho de Administração é consistente com os valores relevantes da organização e com a qualidade dos cuidados prestados	H S. Sebastião	45	80,44	2	2,415	0,660
	ULS Matosinhos	75	85,99	2		
	H Descobertas	15	86,80	2		
	H Luz	15	69,57	2		
	H La Ribera	15	85,33	2		
	Total	165				
C6.3 – O Conselho de Administração demonstra habilidade para gerir a mudança e melhorar a qualidade dos cuidados.	H S. Sebastião	45	85,76	2	2,632	0,621
	ULS Matosinhos	75	84,29	2		
	H Descobertas	15	71,67	2		
	H Luz	15	72,70	2		
	H La Ribera	15	89,90	2		
	Total	165				
C6.4 – O Conselho de Administração age sugerindo a melhoria da qualidade dos cuidados e serviços.	H S. Sebastião	45	89,09	2	8,831	0,065
	ULS Matosinhos	75	88,61	2		
	H Descobertas	15	66,37	2		
	H Luz	15	70,43	2		
	H La Ribera	15	65,90	2		
	Total	165				
C6.5 – O Conselho de Administração mostra confiança no sucesso dos esforços para melhorar a qualidade.	H S. Sebastião	45	89,63	2	10,301	0,036
	ULS Matosinhos	75	88,28	2		
	H Descobertas	15	69,20	2		
	H Luz	15	73,50	2		
	H La Ribera	15	60,00	2		
	Total	165				
C6.6 – O Conselho de Administração tem uma visão estratégica da organização de saúde.	H S. Sebastião	45	91,31	2	12,928	0,012
	ULS Matosinhos	75	89,05	2		
	H Descobertas	15	73,27	2		
	H Luz	15	64,27	2		
	H La Ribera	15	56,27	1		
	Total	165				
C6.7 – O Conselho de Administração planeia o futuro, assumindo riscos e analisando o ambiente externo e interno.	H S. Sebastião	45	91,27	2	10,546	0,032
	ULS Matosinhos	75	88,16	2		
	H Descobertas	15	59,20	2		
	H Luz	15	74,50	2		
	H La Ribera	15	64,70	2		
	Total	165				

C6.8 – O Conselho de Administração maximiza os recursos humanos, apoiando os seus colaboradores, constituindo equipas, dando-lhes apoio.	H S. Sebastião	45	80,80	2	9,514	0,049
	ULS Matosinhos	75	92,52	2		
	H Descobertas	15	81,47	2		
	H Luz	15	61,87	2		
	H La Ribera	15	64,67	2		
	Total	165				
C6.9 – O Conselho de Administração conduz a organização através de padrões de qualidade, com circuitos de comunicação bem definidos, gerindo conflitos.	H S. Sebastião	45	85,43	2	2,242	0,691
	ULS Matosinhos	75	83,91	2		
	H Descobertas	15	84,03	2		
	H Luz	15	86,13	2		
	H La Ribera	15	67,00	2		
	Total	165				
C6.10 – O Conselho de Administração quer que o seu hospital obtenha uma <i>performance</i> elevada.	H S. Sebastião	45	74,38	1	8,118	0,087
	ULS Matosinhos	75	90,87	2		
	H descobertas	15	66,00	1		
	H luz	15	76,33	2		
	H La Ribera	15	93,20	2		
	Total	165				
C6.11 – O Conselho de Administração exerce um controlo positivo, delegando competências.	H S. Sebastião	45	81,13	2	10,383	0,034
	ULSMatosinhos	75	89,23	2		
	H Descobertas	15	84,83	2		
	H Luz	15	88,77	2		
	H La Ribera	15	49,83	1		
	Total	165				
C6.12 – O Conselho de Administração reconhece, incentiva e recompensa os colaboradores.	H S. Sebastião	45	82,83	2	26,324	0,000
	ULS Matosinhos	75	98,85	3		
	H Descobertas	15	68,63	2		
	H Luz	15	58,90	2		
	H La Ribera	15	42,73	2		
	Total	165				
C6.13 – O Conselho de Administração tem uma postura de confiança nos colaboradores, o que reduz as tensões e torna o hospital mais efectivo.	H S. Sebastião	45	78,48		12,703	0,013
	ULS Matosinhos	75	95,08	2		
	H Descobertas	15	74,47	2		
	H Luz	15	70,90	2		
	H La Ribera	15	56,80	2		
	Total	165				

Legenda: *média das ordens* – orientador do sentido das diferenças; **H** – qui-quadrado através do teste de Kruskal-Wallis (valor de teste); *p* – grau ou nível de significância; **moda** – é o valor que tem maior número de observações (valor mais frequente) em estatística descritiva.

Escala Liderança: de 1 (concordo totalmente); 2 (concordo); 3 (nem concordo nem discordo); 4 (discordo); 5 (discordo totalmente).

Quadro nº E15 – Teste de Normalidade

Variáveis	Kolmogorov-Smirnov			Distribuição
	Estatística	Graus de liberdade	<i>p</i>	
A19.1 – A organização analisa informação sobre outras organizações de saúde.	0,353	165	0,000	Não normal
A19.2 – Os colaboradores estão envolvidos na definição da estratégia.	0,373	165	0,000	Não normal
A19.3 – É analisada a informação sobre tecnologia ou outras mudanças chave que afectam a nossa <i>performance</i> .	0,387	165	0,000	Não normal
A19.4 – Os objectivos estratégicos são convertidos em planos de acção.	0,376	165	0,000	Não normal
A19.5 – A nossa produção é comparada com outras organizações de saúde e com a nossa anterior <i>performance</i> .	0,318	165	0,000	Não normal
B1 – Qual o grau de importância que é atribuída à inovação na sua organização de saúde.	0,213	165	0,000	Não normal
B2 – Indique o grau de importância que a inovação desempenha no seu cargo ou função.	0,239	165	0,000	Não normal
B4 – Qual o grau de inovação na sua organização de saúde.	0,208	165	0,000	Não normal
B5 – Como é que a sua organização de saúde reage aos processos de inovação.	0,203	165	0,000	Não normal
B6 – Como é que os processos de inovação estão ligados à estratégia organizacional na sua organização de saúde.	0,222	165	0,000	Não normal
C6.1 – O Conselho de Administração articula os valores relevantes da organização com a qualidade dos cuidados prestados.	0,388	165	0,000	Não normal
C6.2 – O comportamento do Conselho de Administração é consistente com os valores relevantes da organização e com a qualidade dos cuidados prestados.	0,364	165	0,000	Não normal
C6.3 – O Conselho de Administração demonstra habilidade para gerir a mudança e melhorar a qualidade dos cuidados.	0,359	165	0,000	Não normal
C6.4 – O Conselho de Administração age sugerindo a melhoria da qualidade dos cuidados e serviços.	0,350	165	0,000	Não normal
C6.5 – O Conselho de Administração mostra confiança no sucesso dos esforços para melhorar a qualidade.	0,367	165	0,000	Não normal
C6.6 – O Conselho de Administração tem uma visão estratégica da organização de saúde.	0,330	165	0,000	Não normal
C6.7 – O Conselho de Administração planeia o futuro, assumindo riscos e analisando o ambiente externo e interno.	0,319	165	0,000	Não normal
C6.8 – O Conselho de Administração maximiza os recursos humanos, apoiando os seus colaboradores, constituindo equipas, dando-lhes apoio.	0,306	165	0,000	Não normal
C6.9 – O Conselho de Administração conduz a organização através de padrões de qualidade, com circuitos de comunicação bem definidos, gerindo conflitos.	0,314	165	0,000	Não normal
C6.10 – O Conselho de Administração quer que o seu hospital obtenha uma <i>performance</i> elevada.	0,281	165	0,000	Não normal
C6.11 – O Conselho de Administração exerce um controlo positivo, delegando competências.	0,304	165	0,000	Não normal
C6.12 – O Conselho de Administração reconhece, incentiva e recompensa os colaboradores.	0,240	165	0,000	Não normal
C6.13 – O Conselho de Administração tem uma postura de confiança nos colaboradores, o que reduz as tensões e torna o hospital mais efectivo.	0,304	165	0,000	Não normal

Quadro nº E16 – Consistência interna da estratégia, inovação e liderança pelo Alpha de Cronbach

	Alpha de Cronbach	Consistência Interna
Estratégia (A19.1 – 5)	0.770	Razoável *
Inovação (B1, B2, B4, B5, B6)	0.898	Boa*
Liderança (C6.1 – 13)	0.931	Muito Boa*

*** Fonte:** Pestana e Gageiro (2003)

ANEXO F

NOTA DE CAMPO

Anexo F – Guia para as Notas de Campo – (Observação Participante)

Aspectos descritivos que as Notas de Campo devem englobar:

Cabeçalho: data; hora de observação; local; nº do conjunto de notas; leitura sempre que possível

1 – Retrato do sujeito.

Aspecto físico; estilo de falar e de agir; aspectos particulares das pessoas.

2 – Reconstrução do diálogo.

Conversas que decorrem entre os sujeitos; aquilo que os sujeitos nos dizem; citações, gestos; pronúncias; expressões faciais; palavras entre “ ” se for exactamente o que foi dito.

3 – Descrição do espaço físico.

4 – Relato de acontecimentos particulares.

Quem estiver envolvido; de que maneira; natureza da acção.

5 – Descrição da actividade.

Descrição detalhada do comportamento.

6 – Comportamentos dos observados.

Modo de vestir; acção; conversas; comportamentos; suposições.

Parte reflexiva das Notas de Campo: comentários do observado; registo da parte mais subjectiva da jornada.

Especulação; sentimentos; problemas; ideias; palpites; impressões; preconceitos; material em que o investigador faz planos para investigação futura; clarificação e correcção dos erros e incompreensões das notas de campo; Registo de erros; inadequação; preconceitos; gestos. Especulação acerca do que o investigador pensa que está a aprender; registo do que vai ser feito a seguir.

Memorandos: escrita de fragmentos de pensamentos adicionais, acerca do progresso da investigação.

1 – Reflexão sobre a análise.

Especular acerca daquilo que se está a aprender; temas que estão a emergir; palavras que podem estar presentes; conexões entre pedaços de dados.

2 – Reflexão sobre o método.

Procedimentos e estratégias empregues no estudo; decisões tomadas sobre o plano do estudo; comentários sobre a com sujeitos particulares; alegrias; problemas encontrados; avaliação do que já foi realizado; avaliação do que falta realizar; ideias acerca de como lidar com os problemas encontrados.

3 – Reflexões sobre conflitos e questões éticas.

4 – Reflexões sobre o ponto de vista dos observados.

As primeiras reflexões, tomadas antes de entrar em campo; descrição das suposições acerca do que se pensa ir encontrar e expectativas de resultados do estudo.

5 – Parte de clarificação.

Notas e comentários que clarificam algo que pode estar confuso.

Correcção de erros de informação que foram registados noutras alturas.

ANEXO G

ANÁLISE DAS ENTREVISTAS EXPLORATÓRIAS

Anexo G – Análise das entrevistas exploratórias

É crescente a percepção que estratégias bem formuladas e adequadamente implantadas constituem factores fundamentais para que as organizações sejam bem sucedidas nos seus propósitos, mercê do maior alinhamento interno à volta dos seus objectivos globais, do posicionamento da organização em relação ao seu ambiente de actuação e da manutenção da coerência ao longo do tempo. O reconhecimento da importância da administração estratégica vem crescendo na proporção em que aumenta o nível de competitividade exigido pelas organizações e em que acelera o ritmo das transformações no ambiente empresarial. Para interagir com o ambiente, e construir uma postura flexível, frente à imprevisibilidade das forças externas, as organizações desenvolvem determinados tipos de comportamentos estratégicos. Nesse sentido, foi desenvolvida uma tipologia de comportamento estratégico com base na capacidade de resposta da empresa às condições de mudança do ambiente (Miles & Snow, 1978).

São três os principais problemas que requerem a atenção da administração: o problema do empreendedorismo (empresarial), o problema de engenharia (tecnológico) e o problema de administração (organizacional). Cada um desses problemas está inter-relacionado. Miles & Snow não preconizam um modelo pronto, mas apresentam quatro possíveis alternativas organizacionais (defensiva, prospectiva, analisadora e reactiva). Miles & Snow também estudaram organizações de saúde – mais concretamente hospitais. Os escolhidos foram 19 *voluntary hospitals* (hospitais gerais, comunitários, privados, e sem fins lucrativos), dado que este tipo de organização é proeminente em termos de números e importância dentro do sistema de saúde norte-americano. No nosso caso, fomos fazer uma adaptação do modelo de Miles & Snow, em que apenas nos interessou o momento actual e não o que seria uma organização ideal.

De igual modo, através do modelo de Quinn *et al* (1996), adaptado do *Model of Leaderships: the Competing Roles in deep Change's Quinn*, fomos estudar a liderança organizacional. O modelo assenta na análise a partir de dois eixos: 1 – o eixo da flexibilidade/estabilidade (controlo) e o 2 – eixo Enfoque interno/externo, que por sua vez enquadram quatro domínios: a organização, o futuro, o mercado e o sistema operacional. O modelo dos *valores contrastantes*, foi validado e usado no estudo da liderança e da efectividade em várias organizações. As oito características de liderança são descritas como características de competição ou de expectativa que um líder pode utilizar (Controladora – Mentor ou Facilitador; Colaboradora – Inovador ou *Broker*; Criativa – Produtor ou Director; Competitiva – Monitor ou Coordenador), e podem ser vistos a qualquer nível da organização.

Ao nível da inovação ela pode ser radical ou incremental, pode ocorrer ao nível da organização (gestão, departamentalização), do serviço (tecnológica/clínica) ou ao nível do processo (por exemplo a qualidade).

Serão estes, alguns dos pontos que nos vão servir para caracterizar a liderança na inovação em organizações de saúde.

Numa tese de doutoramento, por vezes é necessário recorrer a outras fontes de informação para decidir qual a melhor abordagem a problemas do dia-a-dia das organizações. Foi o que aconteceu neste estudo sobre a liderança na inovação nas organizações de saúde. Considerou-se que, para o enquadramento teórico, era de todo o interesse efectuar entrevistas exploratórias a organizações de saúde, no sentido de saber mais sobre a problemática da liderança na inovação, nomeadamente, como se enquadravam com a tutela, com os *stakeholders*, com a sociedade, e como é que a liderança exercia influência no desenvolvimento da gestão e organização dos serviços numa óptica de inovação (quer de processos quer de novas tecnologias – de diagnóstico e tratamento). Assim efectuaram-se algumas entrevistas (Quadro nº G1) a diversas organizações de saúde do sector público, privado e do modelo PPP. Para efectuar estas entrevistas exploratórias foram consumidas aproximadamente 50 horas (média de 1,5 horas por entrevista); como o campo de acção se desenvolveu de norte a sul do país foram necessários cerca de 21 dias em deslocações. No tratamento das mesmas foram consumidas cerca de 100 horas.

Quadro nº G1 – Hospitais do sector público e privado onde se efectuaram entrevistas exploratórias

Sector Público	Regime Jurídico	Grau de Diferenciação	Nº. Entrevistas
Hospital de Santa Maria – Lisboa *	SPA	++	4
Hospital de S. João – Porto *	EPE	++	1
Hospitais da Universidade de Coimbra *	SPA	++	1
Unidade Local de Saúde de Matosinhos	EPE	+	1
Hospital de S. Sebastião – Feira	EPE	+	3
Hospital de S. Teotónio – Viseu	EPE	++	1
Centro Hospitalar da Cova da Beira – Covilhã*	EPE	+	2
Centro Hospitalar Médio Tejo	EPE	+	1
Hospital de Santarém	EPE	+	1
Hospital do Espírito Santo – Évora	EPE	++	1
Hospital do Litoral Alentejano	SPA	+	2
Hospital do Barlavento Algarvio	EPE	+	1
Hospital Fernando Fonseca / Amadora Sintra	Concessionado	+	1
Sector Privado			
Grupo Espírito Santo – Saúde			1
Hospital da Luz	Privado	+	1
Grupo Mello – Saúde			1
Hospital das Descobertas	Privado	++	1
Sector PPP			
Hospital de La Ribera *	PPP	++	9

* Hospital Universitário

Diferenciação (+ menos diferenciado; ++ mais diferenciado)

O grau de diferenciação foi atribuído por uma e duas cruzes, e por serem hospitais com urgência polivalente, ou seja, unidades de saúde em que os cuidados de saúde prestados aos utentes eram os

que tinham um padrão mais elevado, mais diferenciados (alguns deles eram inclusivamente hospitais universitários) a que foram atribuídas duas cruzes, e hospitais com urgência médico cirúrgica ou básica, ou seja, unidades de saúde em que os cuidados prestados aos utentes tinham um padrão menos elevado, a que foi atribuída uma cruz. O Hospital Cuf Descobertas, foi considerado mais diferenciado por estar implementado há mais anos, ter uma tecnologia sofisticada e ter apesar de privado, ter obtido idoneidade para a formação complementar a médicos de determinadas especialidades, o que não acontece com o Hospital da Luz, no que toca a este último ponto. O Hospital de La Ribera preenche também aqueles requisitos.

Como não havia em Portugal experiência neste modelo, (vão ser lançadas a concurso e construídas algumas unidades com esta filosofia), deslocámo-nos a Espanha à Comunidade Valenciana, onde existe uma experiência com cerca de dez anos – o Departamento 11 de Saúde (Departamento de Saúde de La Ribera), onde está integrado o hospital (de La Ribera) com os cuidados de saúde primários.

Para o efeito efectuámos um guião de entrevista para estabelecer um padrão e não uma mera conversa. Efectuámos 33 entrevistas a elementos dos conselhos de administração (administradores, direcção clínica e direcção de enfermagem, assim como a alguns administradores de área, tais como, recursos humanos, qualidade, sistemas de informação, aprovisionamento e comunicação e imagem).

ANÁLISE DAS ENTREVISTAS EXPLORATÓRIAS

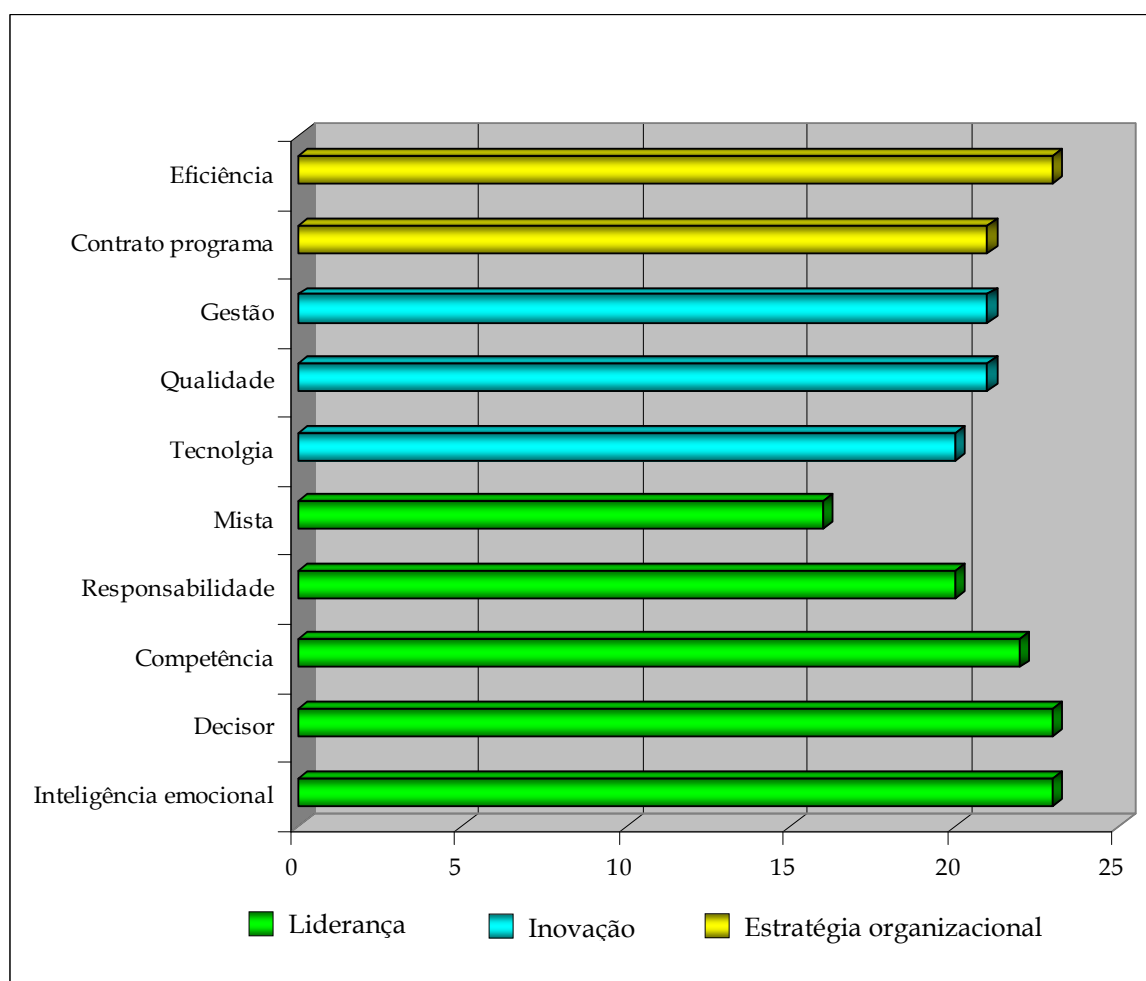
Foram constituídos três temas – liderança, inovação e estratégia organizacional; várias categorias e dentro destas outras sub-categorias (Quadro nº G2).

Quadro nº G2 – Temas, categorias e subcategorias utilizadas nas entrevistas exploratórias					
Temas	Categorias	Sub-categorias	Pi Enumeração		
			Público	Privado	PPP
Liderança	Características do líder	Inteligência emocional	18	4	1
		Decisor/autoridade/Autonomia	18	4	1
		Competência/experiência	17	4	1
		Responsabilidade (<i>accountability</i>)	15	4	1
		Delega competências	15	4	1
		Inovador	14	4	1
	Organizacional	Controladora (monitor/coordenador)	-	-	-
		Colaboradora (monitor/facilitador)	-	2	1
		Criativa (inovadora/broker)	-	4	1
		Competitiva (produtor/director)	4	-	-
		Mista	16	-	-
Inovação	Incremental		14	3	1
	Radical		-	-	-
	Serviço	Tecnologia/Clínica	15	4	1
	Processo	Qualidade	16	4	1
	Organizacional	Gestão	16	4	1
		Marketing	10	4	1
		Departamentalização	12	2	1

Estratégia	Objectivos	Contrato-programa	20	-	1
	Cultura	Eficiência	18	4	1
	Ambiente Interno/Externo	<i>Gatekeepers/Stakeholders</i>	15	4	1
	Organizacional	Defensiva (M.S.)/ Controladora (MVC)	-	-	-
		Analísadora (M.S.)/ Colaboradora(MVC)	-	2	1
		Prospectiva (M.S.)/ Criativa(MVC)	4	4	
		Reactiva (M.S.)/ Competitiva(MVC)	-	-	-
		Mista (M.S.)/ (MVC)	16	-	-

No Quadro nº G2 e Gráfico nº G1, podemos ver que a eficiência e o contrato-programa foram as duas sub-categorias mais faladas ao nível da estratégia organizacional. Na liderança as sub-categorias mais abordadas foram a inteligência emocional, o decisor, a competência, a responsabilidade e considerarem que tinham uma abordagem ‘mista’ ao nível da estratégia organizacional, ou seja, não conseguiam estabelecer um padrão em função das características das quatro tipologias, que lhes permitisse classificá-las ao nível da liderança organizacional. Quanto à inovação as sub-categorias mais abordadas foram a qualidade, a gestão e as tecnologias.

Gráfico nº G1 – Pi enumeração para a análise de conteúdo das entrevistas exploratórias (N=33)



3.2.1. Olhar sobre as entrevistas exploratórias

Ao olhar para as entrevistas exploratórias, verifica-se que uma das diferenças ao nível da estratégia organizacional entre sectores, é que quer no sector privado quer no modelo PPP, existem três vertentes para as quais estas organizações olham como referencial, a saber:

- **os accionistas** — que devem ter resultados económico/financeiros adequados às suas expectativas;
- **os colaboradores** — que devem estar motivados e aptos para desenvolverem o seu papel dentro da organização;
- **os clientes/utentes** — que conhecem os seus direitos, e para os quais a organização trabalha, afim de satisfazer as suas necessidades e até preferências, assegurando assim a sua fidelização.

No sector público, o perfil destes *stakeholders* está mais esbatido: o accionista Estado (Ministérios das Finanças e da Saúde), está mais longe (a legislação, os contratos-programa com os indicadores — de eficácia, eficiência e qualidade — são os principais instrumentos de gestão); os colaboradores pertencem fundamentalmente à função pública, pelo que nem todos estão (médicos, enfermeiros e técnicos de diagnóstico) submetidos a uma pressão para o estabelecimento de objectivos/metast segundo o Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública (SIADAP) e pelo Quadro de Avaliação e Responsabilização (QUAR) das próprias organizações. Por seu turno, o SNS sabe que mais tarde ou mais cedo o cidadão/utente acede ao seu serviço, dado que nem todos os utentes têm poder económico para os sistemas alternativos (actualmente, o cidadão que tem seguro de saúde, ao atingir o *plafond* dos tratamentos e para continuar o seu tratamento, tem que passar para o SNS).

Pelo contrário, as organizações do sector privado e do modelo PPP tendem a investir mais em qualidade e marketing. Estas organizações tentam fazer passar a imagem de organizações dinâmicas, modernas, inovadoras, onde se trabalha em equipa para satisfazer as necessidades dos utentes, onde tudo é colocado à sua disposição para que se sintam bem, com segurança e conforto. O tempo das amenidades (hotelaria, etc) está a ser substituído pelo tempo do bom desempenho clínico, tendo estas organizações iniciado uma nova era com a *clinical governance* e a gestão do risco clínico; tentam ter número suficiente de casos e de técnicos (massa crítica) que lhes permita ser reconhecidos tecnicamente pelas ordens profissionais (obtenção de idoneidade para serem local de estágio para efeitos de obtenção de especialidade); investem em nichos de mercado (obstetrícia/ginecologia; oftalmologia; otorrinolaringologia, alergologia; etc).

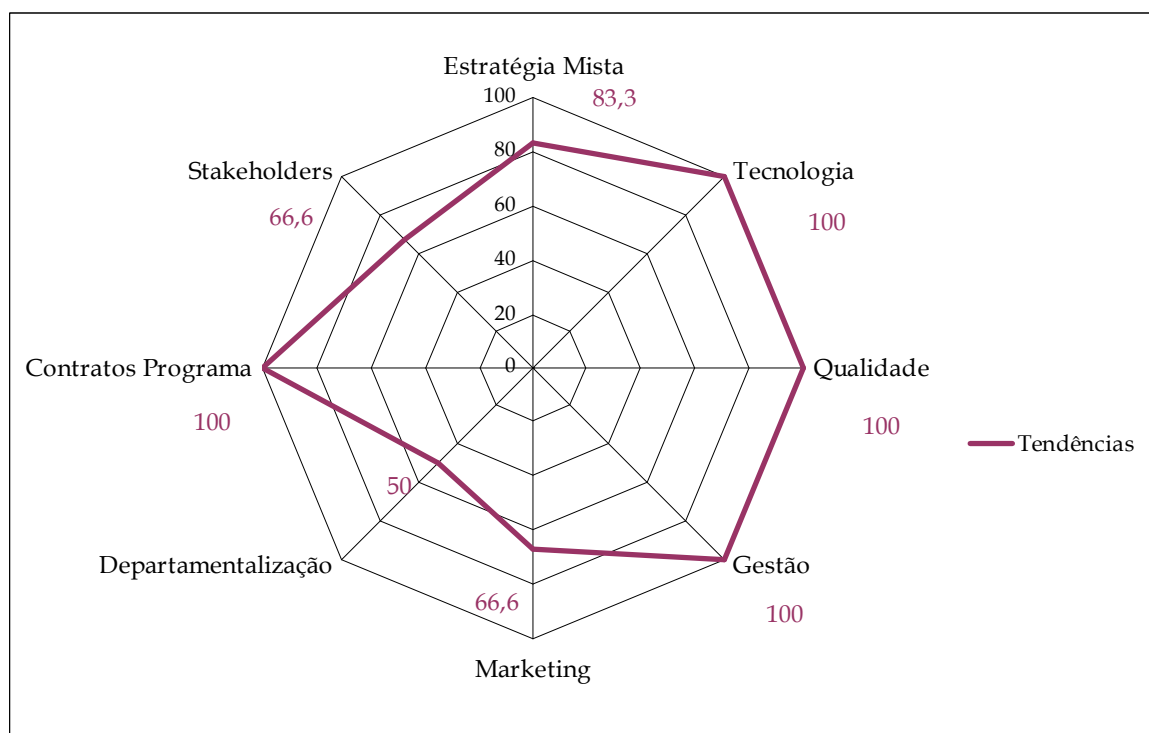
Em contraponto a esta imagem, estão algumas unidades do sector público de grande dimensão, onde sempre se impuseram pela diferenciação/inovação, mas que actualmente sofrem de alguma inércia e de restrições orçamentais. Sentem de resto, que podem estar em risco de ser ultrapassadas por unidades mais pequenas, mais flexíveis, mais abertas à inovação técnico-organizacional, estando assim em perigo o seu estatuto de hospitais de fim de linha.

O sector privado tem uma estratégia organizacional mais prospectiva e analisadora, enquanto que o sector público tem uma perspectiva essencialmente mista, analisadora e defensiva. Isto deve-se ao modo como estas organizações são pensadas e administradas, bem como à sua natureza jurídica, como já se falou anteriormente.

Em relação à liderança, e nas organizações do sector privado, esta está essencialmente sediada nas *holdings*. São estas que definem estratégias que se traduzem em metas e objectivos que devem ser alcançados pelas várias organizações que as constituem. No terreno estão comissões executivas constituídas por administradores executivos, que levam a cabo a estratégia planeada pela *holding*, tendo para efeito gestores intermédios em determinadas áreas (por exemplo a produção, a comunicação e imagem).

No sector público (Gráfico nº G2), é o accionista Estado que negocia através das suas agências, nomeadamente Agência de Contratualização de Serviços de Saúde (ACSS), tendo como instrumento de trabalho um plano de negócios (*business plans*), um contrato-programa, onde é contratualizado com as unidades de saúde, os objectivos, a execução económico-financeira e de produção dessa unidade, assim como indicadores de qualidade, eficiência e eficácia.

Gráfico nº G2 – Análise de conteúdo das entrevistas exploratórias – Sector Público em %

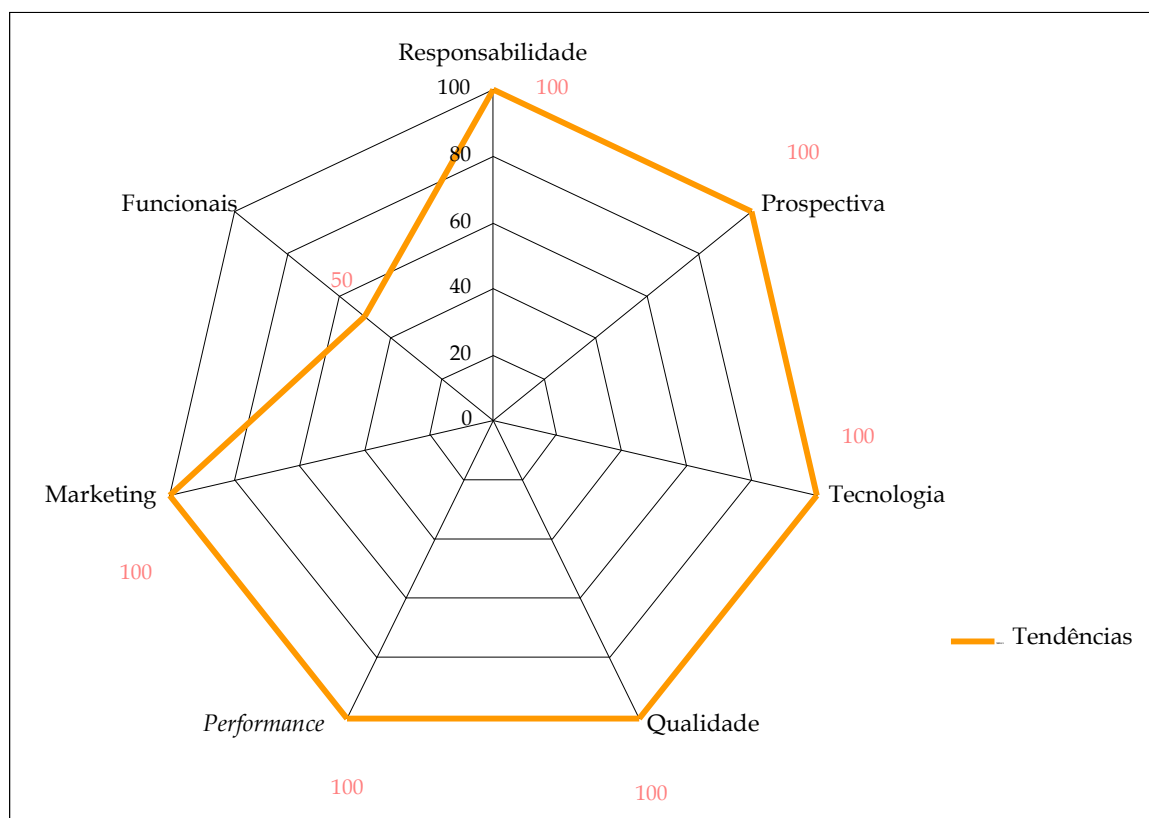


Neste caso, por vezes as unidades não tem uma visão de conjunto, pois cada uma pode concorrer para o mesmo objectivo (local, regional ou nacional). A agência de contratualização é que é pressuposto ter essa visão global.

Quanto à inovação, ela inscreve-se essencialmente ao nível dos processos (qualidade e marketing, sistemas de informação para a gestão) e das tecnologias.

No Gráfico nº G3, sobre a análise de conteúdo das entrevistas exploratórias, no sector privado, verifica-se que a responsabilidade, a prestação de contas (*accountability*), a tecnologia, a qualidade, o desempenho (*performance*), o marketing, e a perspectiva de que estas organizações de saúde são prospectivas/criativas, são as tendências observadas.

Gráfico nº G3 – Análise de conteúdo das entrevistas exploratórias – Sector Privado em %



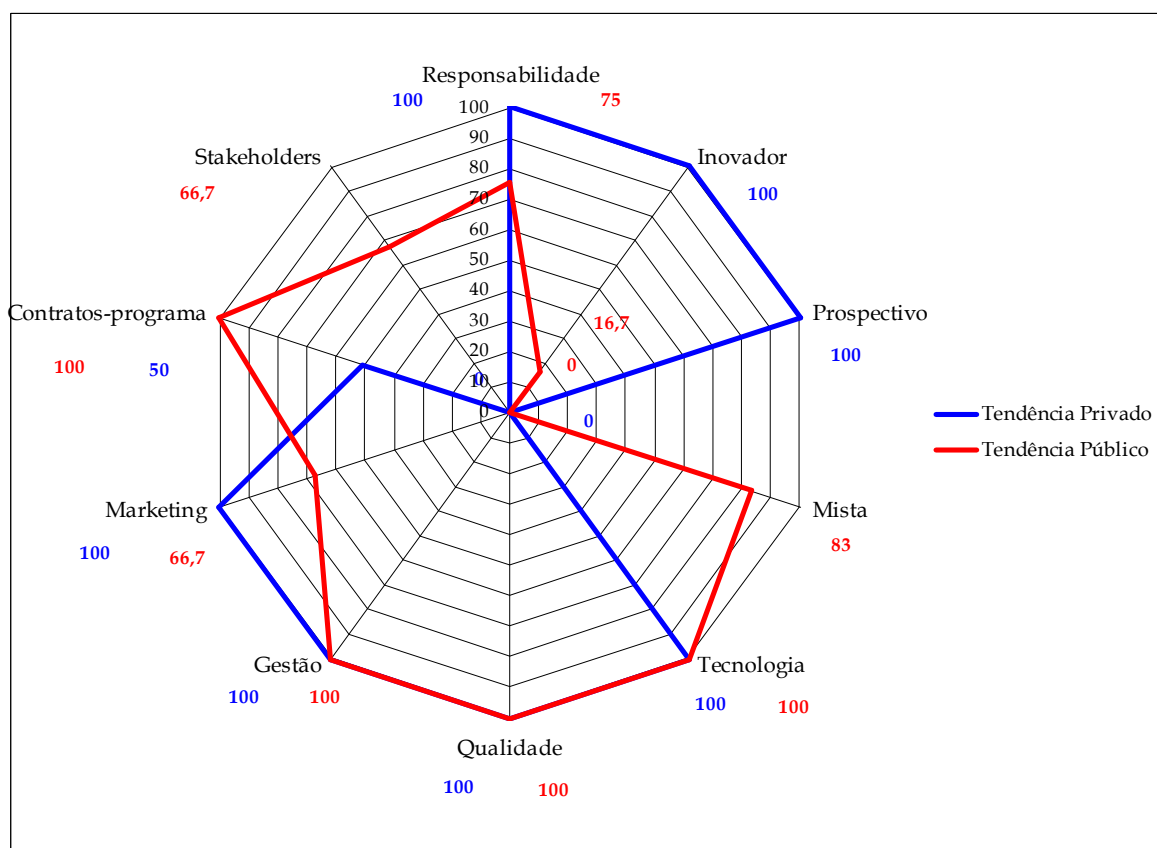
Da análise de conteúdo das entrevistas exploratórias do sector público, infere-se que a tecnologia, a qualidade, a gestão e os contratos-programa são os principais enfoques dos CA (Gráfico nº G2). Os contratos-programa e a contratualização estão já no terreno, assim como a contratualização interna com os serviços, que começa a ser generalizada. Tendo em atenção as negociações entre a Administração Regional de Saúde (ARS), a ACSS e os hospitais, as especificidades de cada um e o modo como são operacionalizados, necessitam de um acompanhamento eficaz e sem constrangimentos de qualquer ordem.

A inovação tecnológica (novas armas terapêuticas, novos protocolos terapêuticos, novas tecnologias de diagnóstico e terapêutica) depende em grande parte dos técnicos de saúde e do financiamento. Este tipo de inovação é muito dispendioso, o custo-benefício pode não ser logo vislumbrado, levando a que

as administrações não invistam nele, apesar de trazerem ganhos em saúde para o utente e para a sua qualidade de vida.

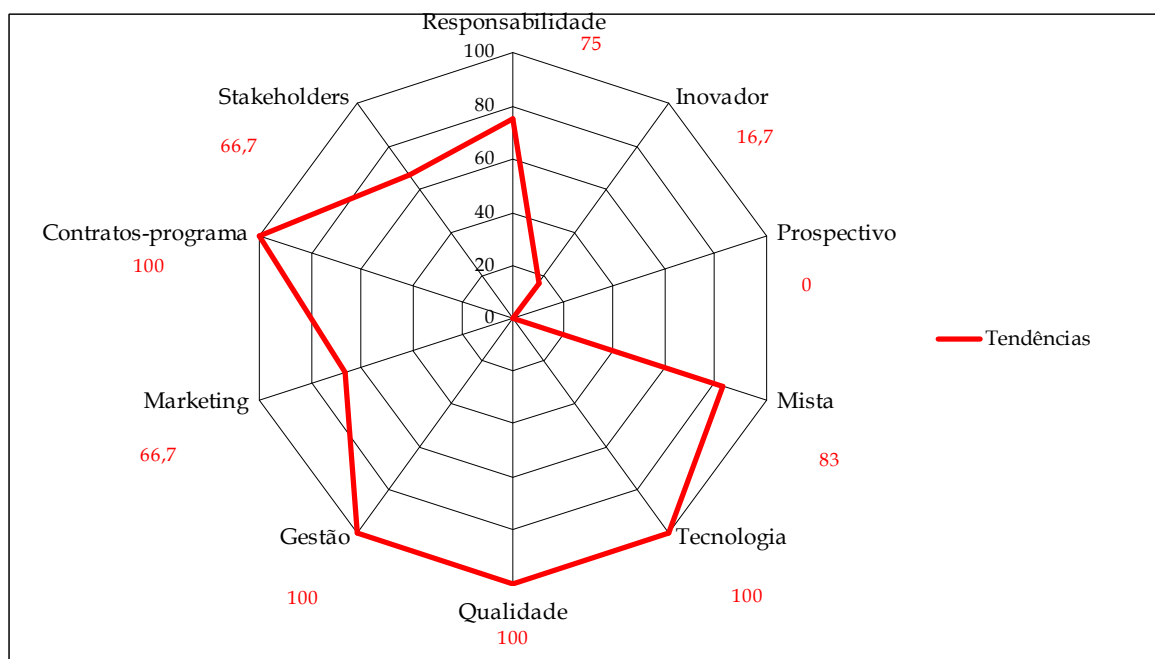
Ao compararmos o sector privado e público (Gráfico nº G4), verifica-se que o segundo dá mais importância aos contratos-programa, gestão, qualidade e tecnologia. Isto deve-se aos constrangimentos orgânicos e à imposição por parte da tutela no sentido de haver contenção de custos. Os contratos-programa ao contemplarem indicadores de qualidade, eficácia e eficiência, condicionam a qualidade da gestão numa perspectiva de melhoria.

Gráfico nº G4 – Análise de conteúdo das entrevistas exploratórias – Sector Privado *versus* Sector Público (com o mesmo referencial) em %



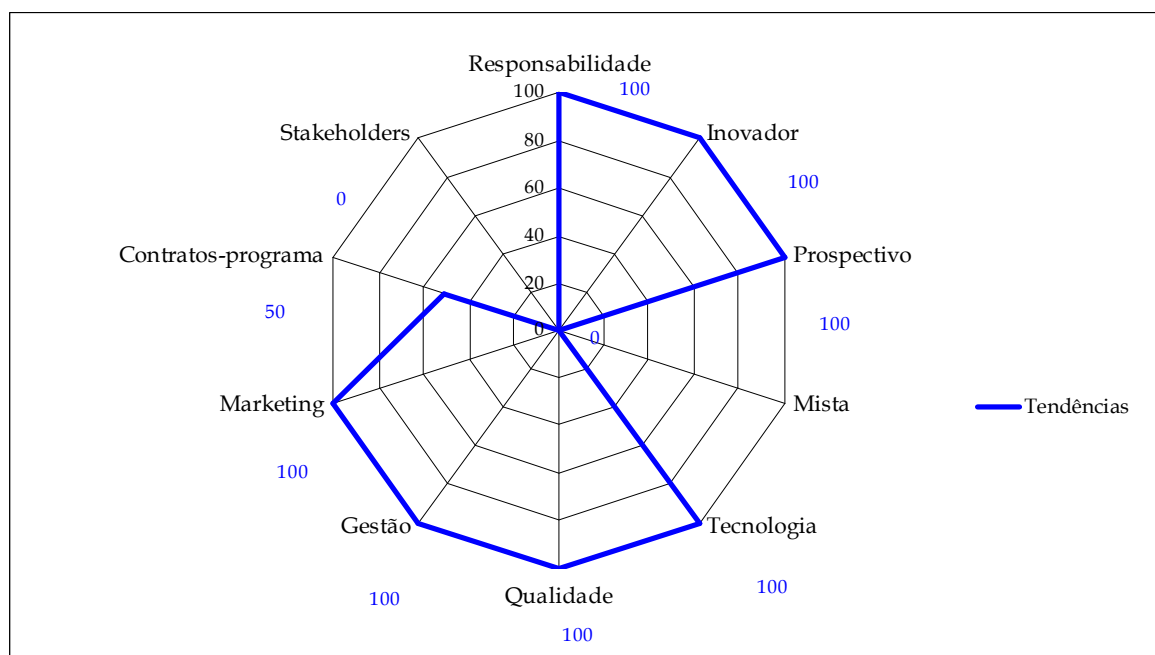
No sector público (Gráfico nº G5) o foco é colocado nos contratos programa, gestão, qualidade e tecnologia.

Gráfico nº G5 – Análise de conteúdo das entrevistas exploratórias – Sector Público (com o mesmo referencial) em %



Em relação ao sector privado (Gráfico nº G6), as *holdings* dão directrizes sobre as políticas, estratégias e planeamento do Grupo e responsabilizam as comissões executivas pela sua execução e operacionalização. Se os elementos da comissão executiva não obtêm resultados são responsabilizados e saem, coisa que no sector público muito raramente acontece.

Gráfico nº G6 – Análise de conteúdo das entrevistas exploratórias – Sector Privado (com o mesmo referencial) em %



O grau de exigência, o rigor, a transparência, a responsabilização e a flexibilidade devem ser pedras de toque de qualquer administração, quer seja pública ou privada. Os *stakeholders* devem ser tratados com equidade, mas são pouco mencionados nas entrevistas. A responsabilidade ao nível do sector público refere-se tanto à prestação de contas (*accountability*) como à responsabilidade social (aqui mais que o sector privado).

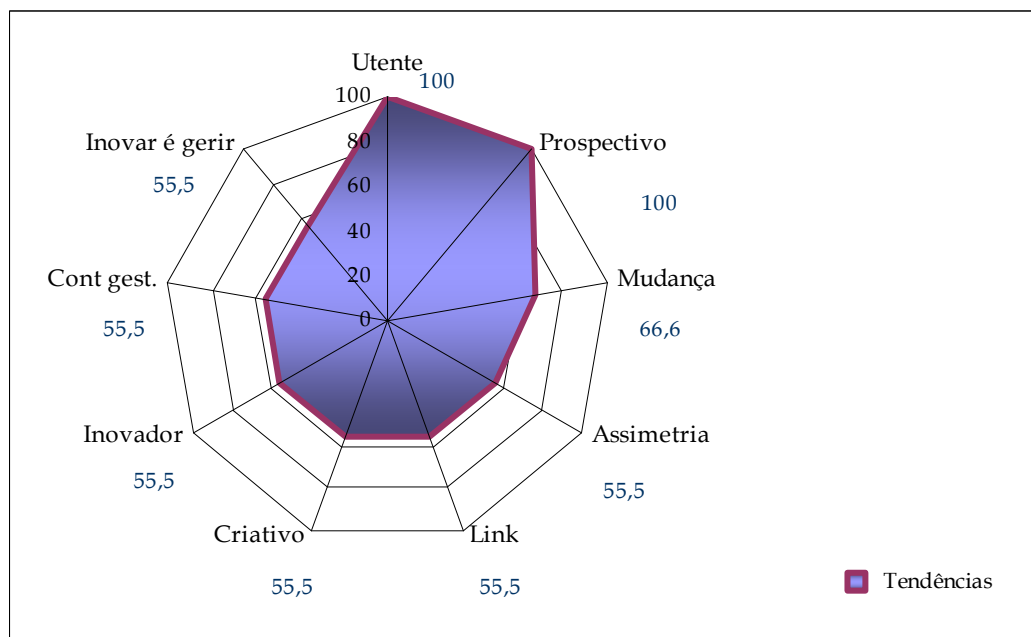
A qualidade, a tecnologia, o marketing e a inovação são pontos fortes nestas organizações.

Da análise de conteúdo das entrevistas exploratórias do hospital de La Ribera, no Gráfico nº G7, o utente está colocado no centro do sistema, sendo a perspectiva prospectiva, a mais abordada. Considera-se uma organização criativa, e a mudança (no sentido de inovadora) é uma ambição e uma intenção assumida.

Assim ao nível estratégico consideraram alguns entrevistados que “... ao nível da interligação cuidados de saúde primários – hospital a existência do médico link, de alguns técnicos de saúde (p. ex. técnicos de cardiopneumografia, os médicos obstetras, etc) se deslocarem aos cuidados de saúde primários e os enfermeiros desses cuidados fazerem urgência no hospital, foi uma decisão inovadora e foi uma estratégia que se verificou com o tempo acertada...”.

Ao nível da inovação a relação que se estabeleceu com a Agência Valenciana de Saúde foi uma decisão estratégica acertada, pois “...as conversas e as decisões decorrentes das mesmas, são consideradas pertinentes, e é sempre tido em consideração o utente, como o elemento fundamental do sistema, e que sem o qual este sistema não funcionaria...”.

Gráfico nº G7 – Análise de conteúdo das entrevistas exploratórias do Hospital de La Ribera em %



ANEXO H

PEDIDO AOS CONSELHOS DE ADMINISTRAÇÃO



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Escola Nacional de Saúde Pública

Exmo. Senhor
Dr. Nuno Morjão
Presidente do Conselho de Administração
Unidade Local de Saúde de Matosinhos – Hospital Pedro Hispano
Rua Dr. Eduardo Torres
4464-513 Senhora da Hora

189

Lisboa, 6 de Março de 2007

**Assunto: Pedido de colaboração para efeitos de realização de Tese de
Doutoramento**

Seu Presidente,

Venho trazer ao conhecimento de V. Exa. que o aluno Mestre Luís Manuel Dias Fialho de Moraes se encontra a realizar Doutoramento em Saúde Pública na Especialização de Administração de Saúde, na Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa, tendo iniciado a sua tese que versará sobre o tema “Liderança na Inovação: um dos paradigmas nos Serviços de Saúde Portugueses”, tendo como orientador o Prof. Doutor Luís Graça e como co-orientador o Prof. Doutor Correia Jesuino.

Venho desta forma solicitar se digne autorizar que uma parte do trabalho de campo (entrevistas exploratórias a actores-chaves ou recolha de informação documental, por exemplo) possa vir a ser realizada nessa organização ou instituição a que V. Exa. superiormente preside.

Com os melhores cumprimentos,

Prof. António de Sousa Uva

Prof. António de Sousa Uva
Presidente do Conselho Científico