

Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa



**MUDANÇA ORGANIZACIONAL E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO
NA SAÚDE**

Célia Margarida Pinheiro Ribeiro

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:

Prof. Doutor Albino Lopes, Prof. Associado com agregação, ISCTE

Março 2009



ISCTE
BUSINESS SCHOOL

MUDANÇA ORGANIZACIONAL E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO NA SAÚDE

Célia Margarida Pinheiro Ribeiro

“Change is the process by which the future invades our lives.”

Alvin Toffler

Índice

Resumo	6
Problema	10
Enquadramento Teórico.....	12
Mudança Organizacional	13
Tipos de Mudança Organizacional	14
Mudança Episódica.....	14
Mudança Contínua.....	17
Conteúdo da Mudança Organizacional.....	19
Contexto da Mudança Organizacional.....	21
Processo da Mudança Organizacional	23
Resistência à Mudança.....	28
Os Sistemas de Informação e a Mudança Organizacional.....	31
Gestão da Qualidade e o modelo EFQM	35
Fundamentação do Modelo Teórico: Liderança	39
Fundamentação do Modelo Teórico: Cultura Organizacional.....	43
Método	49
Técnicas de Recolha de Dados	50
Recolha da Informação	50
Caracterização da Amostra	51
Motivo da escolha destes Instrumentos e a sua validade no Contexto da Saúde.....	52
Instrumento de Liderança de Quinn ao Contexto da Saúde.....	52
Instrumento de Cultura de Quinn ao Contexto da Saúde.....	53
Instrumento de FMEA ao Contexto da Saúde	53
Instrumento de <i>Stream Analysis</i> de Porras ao Contexto da Saúde.....	54
Limitação dos Métodos.....	54
Enquadramento da Necessidade de Mudança.....	55
Estratégias Para a Gestão da Mudança	56
Descrição do Processo	57
Modelo de Análise	58
Expectativas da Liderança e das Pessoas para a Execução do Processo	58
Modelo de Lewin	59
Modelo de Quinn	61
Modelo Organizacional de Jerry Porras.....	62
Estudo Exploratório	64
Modelo de Referência baseado na TQM	66
Resultados	74
Critério 1 - Liderança.....	74
Critério 5 – Processos	90
Discussão	107
Referências Bibliográficas	118
Anexos	127
Anexo I – Instrumentos utilizados	127
Anexo II – Dimensões para o plano de transformação do circuito de atendimento da consulta de medicina geral e familiar num Centro de Saúde.	141

Anexo III – Indicadores do Estudo Exploratório.....	141
Actividade do Centro de Saúde.....	142
Utilização do Processo Clínico Electrónico.....	142
Utilização da Prescrição no Processo Clínico Electrónico	143
Indicadores para monitorização dos registos de Eventos Adversos	143
Anexo IV – Modelo Organizacional de Jerry Porras (1987)	145
Anexo VI – Representação do Instrumento da Cultura	146
Anexo VII – Representação do instrumento da Liderança	150
Anexo VIII – FMEA - Failure Mode Effects Analysis	158

Índice de Diagramas

Diagrama 1- Modelo de mudança organizacional	20
Diagrama 2- Factores de mudança organizacional	23
Diagrama 3 - Metodologia de estudo das mudanças organizacionais	27
Diagrama 4 - Modelo EFQM.....	35
Diagrama 5 - Modelo nexa entre liderança e a TQM	37
Diagrama 6 - Modelos dos valores contrastantes na avaliação do tipo de liderança	41
Diagrama 7 - Modelos da teoria da organização	44
Diagrama 8 - Componentes da cultura organizacional	48
Diagrama 9 - Centro de saúde – unidade prestadora de cuidados de saúde.	55
Diagrama 10 - Modelo da liderança, cultura e qualidade	58
Diagrama 11 - Duas abordagens à mudança do processo da consulta.....	59
Diagrama 12 - Trajectória actual do doente na consulta de medicina geral e familiar.....	68
Diagrama 13 - Proposta de mudança da trajectória do doente na consulta de medicina geral e familiar	70
Diagrama 14 - Avaliação dos vários papéis de liderança dos vários grupos profissionais.....	79
Diagrama 15 - Perfil global da cultura actual vs cultura desejada dos vários grupos profissionais.	80
Diagrama 16 - Mapa diagnóstico – <i>stream diagnostic chart</i>	94
Diagrama 17 - Mapa de intervenção – <i>stream planning chart</i>	97
Diagrama 18 – Representação da gestão da mudança do centro de saúde	112

Resumo

Considerando as mudanças no ambiente de trabalho e a revolução tecnológica da última década impõe-se às organizações cada vez mais a necessidade de se tornarem competitivas de forma sustentável, aperfeiçoando a qualidade da sua gestão com objectivo de melhoria contínua do seu desempenho. Experiências de diversas organizações e literatura têm demonstrado que o sucesso destas mudanças depende, fundamentalmente, do modelo utilizado para a sua implementação. Este estudo pretende apresentar um modelo de referência que permita as organizações do tipo da analisada iniciar/continuar com iniciativas de melhoria da qualidade dos processos sujeitos à mudança. A escolha de um centro de saúde e em particular o circuito da consulta de medicina geral e familiar para a realização deste estudo prende-se com a importância que os centros de saúde têm hoje em dia em Portugal. Actualmente apresentam-se como a base da prestação de cuidados de saúde.

O modelo apresenta a relação entre a implementação de sistemas de informação (SI) e os processos de mudança organizacional. Para aumentar a qualidade dos serviços prestados pelo centro de saúde é necessária a optimização do circuito da consulta de medicina geral e familiar. Esta alteração baseada na implementação de um SI apenas será bem sucedida se toda a organização se envolver no processo de mudança.

A situação organizacional do centro de saúde foi analisada através da aplicação dos instrumentos: da Liderança e da Cultura de Quinn, da FMEA e da Stream Analysis de Jerry Porras. Concluindo-se que existem oportunidades de mudança e que estas podem ser concretizadas e potenciadas através da implementação de novos processos. Os resultados obtidos identificam que os colaboradores da organização se encontram numa trajectória de busca de inovação e de espírito de iniciativa potenciadora de qualidade nos resultados obtidos.

A mudança organizacional ocorrerá partindo das pessoas e não da tecnologia.

Palavras-chave

Mudança organizacional; Mudança continua; Sistemas de informação nas organizações de Saúde; Gestão da Qualidade

Abstract

Considering changes in work environment and the technological revolution of the last decade, it's imperative for organizations to become more competitive in a sustainable way, perfecting the quality of its management aiming to continuous improvement of its performance. Literature and several organizational experiences have showed that successful changes depend mostly on the model used to its implementation. This study pretends to introduce a reference model to allow organizations to implement initiatives of quality improvement of its processes subjects to change. The selection of a healthcare centre and in particular the circuit of primary health care / general practice for the purpose of this study is related to the relevance that these healthcare centers have today in Portugal. Today, they are the bases of national healthcare system.

The model shows the relationship between the implementation of information system (IS) and processes of organizational change. In order to increase the quality of services provided by a healthcare center it's necessary to optimize the circuit of primary health care / general practice. This change base on IS will only succeed if the entire organization gets involved on the process of change.

The organization state of the healthcare center was studied using the following instruments: Leadership and Culture from Quinn; FMEA and Stream Analysis from Jerry Porras. It can be inferred that there are opportunities of change and these can be achieved or enhanced through the implementation of new processes. The results obtained recognize that workers from the organization are searching for innovation and initiative spirit that can be reflected on quality improvement results.

Organizational change will occur starting on people and not on technology.

Key words

Organizational change; Continuous change; Healthcare information systems; Quality management.

Agradecimentos

Em primeiro lugar agradeço ao meu orientador Prof. Albino Lopes, pela forma como orientou o meu trabalho. Gostaria de agradecer a liberdade de acção que me permitiu, que juntamente com as suas recomendações contribuíram para realização deste trabalho. Por fim gostaria de agradecer a cordialidade com que sempre me recebeu.

A todos os médicos, enfermeiros e administrativos que dispensaram algum do seu precioso tempo para responder aos questionários e aos responsáveis que autorizaram a realização deste estudo.

Aos meus colegas de mestrado Fátima, Nuno e Maria João com quem pude sempre contar.

Ao meu marido que sempre acreditou em mim e me acompanhou e incentivou neste longo caminho percorrido.

Por fim gostaria de agradecer a todos os que de alguma forma deram a sua contribuição para que esta dissertação fosse realizada. A todos deixo aqui o meu muito obrigado.

Introdução

A mudança é um dos grandes marcos do mundo actual, resulta das contínuas transformações que se dão a nível político, económico e tecnológico. A gestão da mudança é fundamental para a sobrevivência de qualquer organização. As organizações de saúde não são excepção, estas são organizações complexas devido às suas características particulares, sendo afectadas por mudanças que ocorrem no ambiente externo, tais como políticas governamentais, aspectos sociais e cada vez mais, por aspectos tecnológicos.

O objectivo a que se propõe este estudo é a elaboração de um modelo de referência, para um processo que apresenta possibilidades de melhoria contínua em várias unidades de saúde de saúde em Portugal tendo por base o princípio da reengenharia subjacente à implementação de Sistemas de Informação e os princípios de gestão da qualidade - liderança e a melhoria contínua dos processos.

Mais especificamente, com este estudo pretende-se efectuar uma reflexão sobre o impacto dos sistemas de informação sobre o desenvolvimento de novas competências e redesenho de processos à luz da qualidade total.

Baseando todo o trabalho na ideia de que se os processos de mudança forem contínuos e incorporados numa cultura organizacional adequada, com uma liderança forte e acompanhada por agentes de mudança o fenómeno da resistência à mudança não ocorre em níveis que possam afectar a introdução da mudança.

Para responder a este objectivo iniciaremos com a apresentação do problema que conduziu a este estudo, seguido de uma revisão da literatura de forma a efectuar o respectivo enquadramento teórico que ajude a suportar a temática em causa - a mudança organizacional e os sistemas de informação em organizações de saúde. Seguida pela apresentação dos resultados e a sua discussão. Terminando com a apresentação de linhas orientadoras para investigações futuras.

Problema

Todos os dias se fala de situações de resistência à mudança, de que os profissionais de saúde revelam na maioria dos casos uma forte resistência à mudança de processos e circuitos. A utilização de sistemas de informação conduz invariavelmente a mudanças (optimização) a nível de processos e de circuitos, parecendo accionar de imediato a resistência de muitos profissionais. No entanto, apesar desta resistência à partida existem várias unidades de saúde com um nível de utilização de sistemas de informação bastante elevado.

Muitos autores defendem que as razões do fracasso de algumas acções de mudança devem-se às resistências que lhe são colocadas, introduzindo custos e atrasos na concretização dos processos de mudança. Sob este ponto de vista a resistência é um elemento chave na gestão da mudança.

Este estudo tem por base o conceito de mudança contínua e os princípios da gestão de qualidade, em particular o da melhoria contínua no contexto dos sistemas de informação, na área da saúde, tendo em conta as orientações do Ministério, que apresentam a inovação na saúde como uma forma diferente de gerir a informação, conhecimento e comunicação. Todo o trabalho é baseado na ideia de que para implementar com sucesso projectos de mudança, é necessário efectuar importantes alterações na maneira de comunicar e gerir a informação e o conhecimento, tirando partido do potencial de inovação das tecnologias de informação.

Actualmente o sucesso de uma organização depende essencialmente da existência e dinâmica dos seus recursos e capacidades organizacionais, pelo que neste trabalho discute-se a relação entre a implementação de sistemas de informação (SI) e processos de mudança organizacional. Considerou-se que essa relação pode ser estudada a partir de dois enfoques: tecnológico ou organizacional. O enfoque tecnológico considera a implementação de SI como um elemento desencadeador da mudança, uma vez que a implementação de um sistema de informação pressupõe um levantamento dos processos existentes de forma a identificar possíveis optimizações. No enfoque organizacional por sua vez os SI ocupariam um papel secundário.

Neste estudo vamos dar atenção à mudança organizacional introduzida pelos SI, em particular às alterações efectuadas ao nível da reengenharia de processos.

Tendo por base o princípio da reengenharia subjacente à implementação de sistemas de informação e nos princípios de gestão da qualidade - liderança e a melhoria contínua dos processos - identificou-se um processo, que apresenta possibilidades de melhoria em várias unidades de saúde de saúde em Portugal e que pode representar um modelo de referência para a sua optimização.

Enquadramento Teórico

Neste capítulo vamos efectuar uma revisão da literatura sobre as áreas a abordar neste estudo, efectuando sempre que for conveniente um enquadramento com o objecto de estudo em concreto ou seja, os sistemas de informação na área da saúde.

Esta revisão inicia-se com algumas considerações sobre a mudança organizacional, apresentando os tipos que esta pode tomar sob a perspectiva de vários autores. A revisão prossegue na temática da mudança organizacional encontrando-se dividida em três partes, uma primeira onde se distingue e compara a mudança episódica com a mudança contínua. Uma segunda parte, onde se apresentam três elementos fundamentais que integram esta problemática: conteúdo, contexto e o processo da mudança organizacional. Analisando as questões de conteúdo e os factores que podem comprometer os objectivos das acções de mudança, sejam estas bem ou mal sucedidas. Seguida de uma parte onde se apresentam as questões de contexto, onde se analisam as principais forças ou condições existentes nos ambientes externos e internos da organização. Separando os elementos externos, tais como regulamentos governamentais, avanços tecnológicos dos elementos internos, grau de especialização, a tecnologia existente, experiências de mudanças anteriores e nível de descomprometimento organizacional. Apresentam-se várias respostas para implementar mudança com sucesso nas suas componentes internas e externas, conduzindo ao comprometimento dos elementos contextuais em diferentes ambientes organizacionais. Por último, analisam-se as questões relacionadas com o processo de mudança, ou seja, apresenta-se um conjunto de acções que podem ser tomadas no decorrer da implementação de um processo de mudança e quais as respostas dos profissionais a tais acções.

Na terceira parte analisa-se a resistência à mudança, onde são apresentados vários estudos que apontam a resistência como o elemento fundamental na falha de processos de mudança organizacional. Termina com uma reflexão sobre os sistemas de informação e a mudança organizacional.

Mudança Organizacional

A mudança organizacional por definição de Porras e Robertson (1992) representa um conjunto de teorias, valores, estratégias e técnicas cientificamente estruturadas com o objectivo de uma mudança planeada no ambiente de trabalho, com o propósito de elevar o desenvolvimento individual e o desempenho organizacional.

Existem vários tipos de mudança, esta pode ser vista como profunda ou incremental, também designada por Weick e Quinn (1999) como mudança episódica ou contínua, de primeira ou segunda ordem, ou ainda como contínua ou descontínua de acordo com Nadler, Shaw, Walton (1995).

A mudança profunda é de tipo estratégico, representando uma ruptura com os padrões existentes. Sendo descontínua, encontra-se associada a mudanças de longo prazo conduzindo a uma mudança estratégica. A mudança incremental possui um carácter mais operacional encontrando-se relacionada com os sistemas, procedimentos, estruturas ou tecnologias que têm efeitos de curto prazo nas organizações onde são empreendidas, mas cujo impacto é de grande importância para o sucesso da organização.

Orlikowski (1996) considera que os ajustamentos que as organizações efectuam no dia-a-dia com o objectivo de continuidade são a essência da mudança organizacional. Nadler (1995) considera os ajustes de *on-going* com variações incrementais dentro da mesma temática. Czarniawsk e Joerges (1996), apresentam o conceito de mudança como algo que surge com situações que originam perdas, estas derivam em planos de mudança, que serão implementados e que irão conduzir a resultados mais ou menos esperados. Outros autores tais como, Lewin (1951) definem três estados para a mudança: descongelamento, mudança, congelamento. Schein (1996) afirma que apenas compreendemos verdadeiramente um sistema quando o tentamos alterar, ou seja, quando lhe introduzimos mudanças. Colville, et al. (1993) levou este conceito um passo mais à frente afirmando que só se conhece um determinado sistema depois de este ter sido mudado.

Van de Ven e Poole (1995) defendem que quando se desenvolvem esforços para implementar uma mudança com intervenções específicas é porque não houve uma boa coordenação, entre as condições e o tipo de motor de mudança, defendendo na sua revisão que a unidade de mudança e o modo de mudança são partes muito importantes a ter em conta na temática da mudança organizacional. A unidade de mudança retrata como o processo se foca no desenvolvimento de uma organização com uma única identidade ou na interação entre duas ou mais identidades. E o modo da mudança retrata a sequência de eventos seguida pelas leis determinísticas e fruto de primeira mudança ou da construção de uma sequência de eventos, a partir de processos desconhecidos que geram uma sequência de mudança de segunda ordem.

Tipos de Mudança Organizacional

Dos vários tipos de mudança organizacional vamos detalhar os conceitos defendidos por Weick e Quinn (1999) – mudança episódica e contínua.

Mudança Episódica

O termo mudança episódica ou muitas vezes designada por mudança de segunda ordem refere-se a um conjunto de mudanças organizacionais que tendem a ser pouco frequentes, descontínuas e intencionais. Ou seja, a mudança episódica ocorre em períodos de divergência, quando a organização está a afastar-se das suas condições de equilíbrio. Esta divergência é o resultado do crescimento não alinhado entre a estrutura e as procuras organizacionais.

Esta forma de mudança é chamada de episódica porque tem tendência a ocorrer em períodos distintos, conduzida por factores externos, tal como a tecnologia. Este tipo de mudança é muito usual em organizações onde existe uma grande interdependência entre as unidades e onde a eficácia é o valor central da organização. Demonstram mais preocupação com adaptação a curto prazo do que a longo prazo. Esta mudança é baseada na imitação sob a presença de um conjunto forte de regras incorporadas em subculturas fortes. Sevon (1996) reflecte nos seus trabalhos, sob

a tendência que os gestores deste tipo de organizações tem na adopção de planos, já utilizados por outros que consideram ser estratégias de sucesso para o crescimento. Este princípio pode conduzir a maus resultados, uma vez que tal como descreve Quinn (1996), as experiências de mudança bem sucedidas quando contadas parecem apresentar um caminho linear para atingir o objectivo da mudança. Quando na realidade, o sucesso dessa mudança foi construído no dia-a-dia, tendo-se efectuado ajustes contínuos, de acordo com o contexto em que a mudança é introduzida.

Trusman e Romanelli (1985) descreveram que a constante adaptação que este tipo de organizações é obrigado a efectuar, acaba por conduzir a diminuições de eficácia aumentando a pressão para a mudança entrando assim num novo período de mudança.

Neste tipo de mudança temos de considerar como importante três processos: inércia, lançamento da mudança e substituição. Pfeffer (1997) define inércia como a incapacidade que as organizações têm de mudar rapidamente acompanhando o ambiente envolvente. Esta incapacidade é atribuída à estrutura pesada, à mudança de primeira ordem, às rotinas, à cultura, à tecnologia, ao sucesso que a organização alcança na manutenção da identidade. A inércia é o ponto central da mudança episódica. Miller (1993), descreve o processo de inércia como uma consequência inesperada do sucesso de uma organização. Este tipo de organizações tendem a ignorar os sinais de necessidade de mudança, sacrificando a adaptabilidade e aumentando a inércia. Huber (1993) identifica para além da inércia, outras fontes que conduzem a mudanças episódicas: o ambiente/envolvente, a performance, as características de gestão de topo, a estrutura e a estratégia. Este autor defende que a mudança episódica pode surgir numa organização, como o resultado de um decréscimo do crescimento (período potencial de revolução) ou pelo aumento do crescimento. Estas constatações sugerem que podem ser efectuadas mudanças de risco enquanto a performance melhora ou piora. Ford (1994) descreve o processo substituição de forma muito simples, processo pelo qual uma identidade toma o lugar de outra. Ou seja, o processo de mudança começa por definir o que existe actualmente e depois determina o seu substituto. Esta é uma das principais desvantagens deste tipo de mudança. Beer, et al. (1990) defende que a substituição de uma realidade por outra raramente funciona.

A mudança episódica tende a ser uma mudança dramática Lewin (1951) deixou claro que para quebrar com o que existe é necessário utilizar as emoções. Porque a mudança episódica necessita de ao mesmo tempo quebrar o equilíbrio e mudar para um novo equilíbrio, é lhe associada a ideia de planeamento e de mudança intencional. A mudança intencional ocorre quando um agente da mudança deliberadamente e de forma consciente estabelece condições e circunstâncias diferentes das actuais e as consegue implementar, através de um conjunto de intervenções e acções singulares ou em colaboração com outras pessoas (Ford e Ford, 1995).

Lewin acreditava que se muda mais facilmente se as forças restritivas, como as defesas pessoais, a cultura de grupo e a cultura organizacional forem descongeladas. O trabalho de Schein (1996) sugere que quando se dá o descongelamento, e as pessoas estão motivadas para aprender, é rápida a assimilação das ideias. No entanto, tem surgido outras análises relevantes sobre a mudança episódica que referem as dificuldades deste processo e que as suas tentativas começam mais cedo do que pensamos.

Os autores Grimley, Prochaska *et al* (1994) indicam quatro estados de posicionamento das pessoas quando são expostas a intervenções de mudança: pré-observação, observação, acção e manutenção. Os pré-observadores não têm consciência de que é necessário mudar, os observadores já revelam alguma consciência de que é necessário mudar, já têm ideia que existe um problema e estão a pensar como mudar, mas sem se comprometerem (este estado pode manter-se por muito tempo). O estado de acção é o estado em que as pessoas efectivamente alteram os seus comportamentos. Beer, et al. (1990) refere que num contexto de mudança episódica as pessoas recuam do estado de acção duas a três vezes antes de entrarem no estado de manutenção. Assim podemos concluir que a mudança não é um processo de avanço linear nos quatro estados, mas sim uma espiral de movimentos entre os estados de acção e observação. Estes recuos entre a fase de acção e a fase de observação são mais comuns nas mudanças episódicas do que nas mudanças contínuas devido a tamanho elevado das mudanças.

Neste tipo de mudança o agente é o seu motor principal. O autor Rorty (1989), refere-se aos agentes de mudança como devendo ter mais talento para falar de forma aberta do que para

discutir bem. Bartunek (1993) indica que para se introduzir mudança de segunda ordem é necessário um esquema claro e persistente.

Assim, a mudança episódica identifica a inércia como o maior impedimento à mudança. Para compreender a mudança episódica é necessário compreender a inércia, os seus *triggers* e as substituições.

Mudança Contínua

A designação mudança contínua é utilizada quando nos referimos a mudanças nas organizações com um carácter de continuidade. A principal característica da mudança contínua é o constante ajuste, mesmo em organizações onde a interdependência entre unidades não é elevada, a adaptação contínua representa um ponto de inovação importante para ambientes futuros.

As dinâmicas associadas à mudança contínua são diferentes da episódica. Wheatley (1992) afirma que os processos de mudança contínua são construídos através de uma permanente redefinição das características dos trabalhos. As respostas para a resolução das várias situações do dia-a-dia são construídas no momento em que estas ocorrem, e não através da aplicação de respostas baseadas nas rotinas assimiladas. Tendo sempre em mente a certeza de que a mudança deve ser uma constante.

As organizações que normalmente conduzem processos de mudança contínua são aquelas construídas à volta de um clima de improvisação e aprendizagem, onde são introduzidas modificações frequentes nas formas de trabalho e de relacionamento. A improvisação ocorre quando a diferença entre o planear e implementar é tão estreita que a composição converge com a execução. Este tipo de organizações caracteriza o processo de aprendizagem como a própria mudança. Ou seja, a mudança contínua é mais o resultado de um conjunto de capacidades e de conhecimento adquirido do que propriamente de uma acção específica. A mudança não é apenas uma substituição, mas sim o resultado do fortalecimento das capacidades existentes.

Olikowski (1996) descreve o processo de mudança como não tendo um início nem um fim, este autor defende que a mudança dirigida não existe, acredita apenas em recorrentes modificações de práticas que ao longo do tempo criam condições para futuras quebras, resultados e inovações que por sua vez vão conhecer tais variações.

Este tipo de mudança organizacional encontra-se fortemente relacionado ao conceito de cultura organizacional (Trice e Beyer, 1993). A cultura é muito importante na mudança contínua porque detêm um conjunto de mudanças que juntas dão legitimidade às acções de não conformidade que melhoram a adaptação (Kotter e Heskett, 1992) e encaixam o conhecimento resultante da adaptação em normas e valores. Coville *et al* (1993) afirmou que a cultura é vista como uma parte do conhecimento que condiciona o que as pessoas fazem. Para mudar a cultura é necessário mudar o clima (Schneider, et al., 1996).

O modelo apresentado por Lewin para a mudança episódica não se adapta à mudança contínua, uma vez que o problema não está no descongelamento, mas sim em redireccionar o que está a ser desenvolvido. No caso de organizações com inércia faz sentido a sequência de intervenções: descongelamento, transformação e congelamento. Mas no caso da mudança contínua a sequência mais provável será congelamento, rebalço e descongelamento. Onde congelar apresenta-se como uma esquematização, o rebalço como a fase que permite à organização transformar problemas em oportunidades (Dutton, 1993). A fase do descongelamento permite retomar o processo de improvisação e de aprendizagem agora de uma forma mais consciente, mais resistente a possíveis problemas, e mais flexível na sua execução.

É importante referir que a mudança contínua utiliza uma lógica de atracção e contrastando com a lógica de substituição na mudança episódica. Tal como o nome indica, as pessoas mudam para uma nova situação porque são atraídas para ela, puxadas para ela, inspiradas pela mudança.

Kotter (1996) colocou a seguinte questão: a mudança é algo que se gera ou é algo que se lidera? Gerir mudança é dizer às pessoas o que fazer (lógica da substituição), mas liderar a mudança é mostrar às pessoas como se pode ser (lógica da atracção). Quinn (1998) discute que grande parte dos gestores de topo assume que mudança é algo que alguém que tem autoridade faz a alguém

que não têm autoridade. Esquecendo que para se implementar um processo de mudança com sucesso é necessário primeiro aplicar mudanças no próprio agente e líder. Para levar a cabo uma lógica de atracção, o líder primeiro deve efectuar mudanças profundas em si próprio, incluindo *self-empowerment*. Quando estas mudanças ocorrerem, os líderes comportam-se de forma diferente perante aqueles que lhe reportam directamente e despertam novos comportamentos nos que os seguem. Quando o modelo pessoal dos líderes muda é mais provável que a mudança organizacional ocorra, recorrendo a ferramentas como o diálogo e a identidade.

Assim, a mudança contínua é conduzida pela constante actualização e pela incapacidade que as organizações têm para se manter estáveis/estagnadas. A mudança é uma contínua mistura de modificações pró-activas e reactivas guiada pelas propostas do momento, em vez de descontinuidades intermitentes nos períodos de convergência.

Iniciamos agora apresentação da segunda parte desta revisão, com os três elementos fundamentais que integram a problemática da mudança organizacional: conteúdo, contexto e o processo.

Conteúdo da Mudança Organizacional

Para compreender o que se pretende abordar quando nos referimos ao conteúdo da mudança organizacional serão apresentados alguns modelos, que nos ajudam a perceber os factores que podem conduzir a mudanças bem ou mal sucedidas.

Burke-Litwin (1992) defendem um modelo que determina que a performance individual e organizacional expressa a forma como se relacionam as condições organizacionais e os seus efeitos resultantes. Neste processo de caracterização identificaram dois tipos de dinâmicas inerentes aos reforços de mudança bem sucedidos: transformacional e transaccional. Sendo que a dinâmica organizacional encontra-se ligada às áreas relacionadas com o comportamento dos profissionais e é uma consequência das pressões dos ambientes internos e externos. Os factores

da dinâmica transformacional são a liderança, a cultura, a missão e a estratégia. Do lado da dinâmica transaccional encontramos factores relacionados com as variáveis organizacionais que influenciam o clima de trabalho de grupo, controlando a motivação e a performance. Estas variáveis são as práticas de gestão, a estrutura, as práticas, os procedimentos e habilitações individuais. Este modelo é inovador no sentido em que distingue factores transformacionais e factores transaccionais e sob este ponto de vista pode ser muito útil aos gestores da mudança sobre os caminhos a tomar no que diz respeito à mudança organizacional.

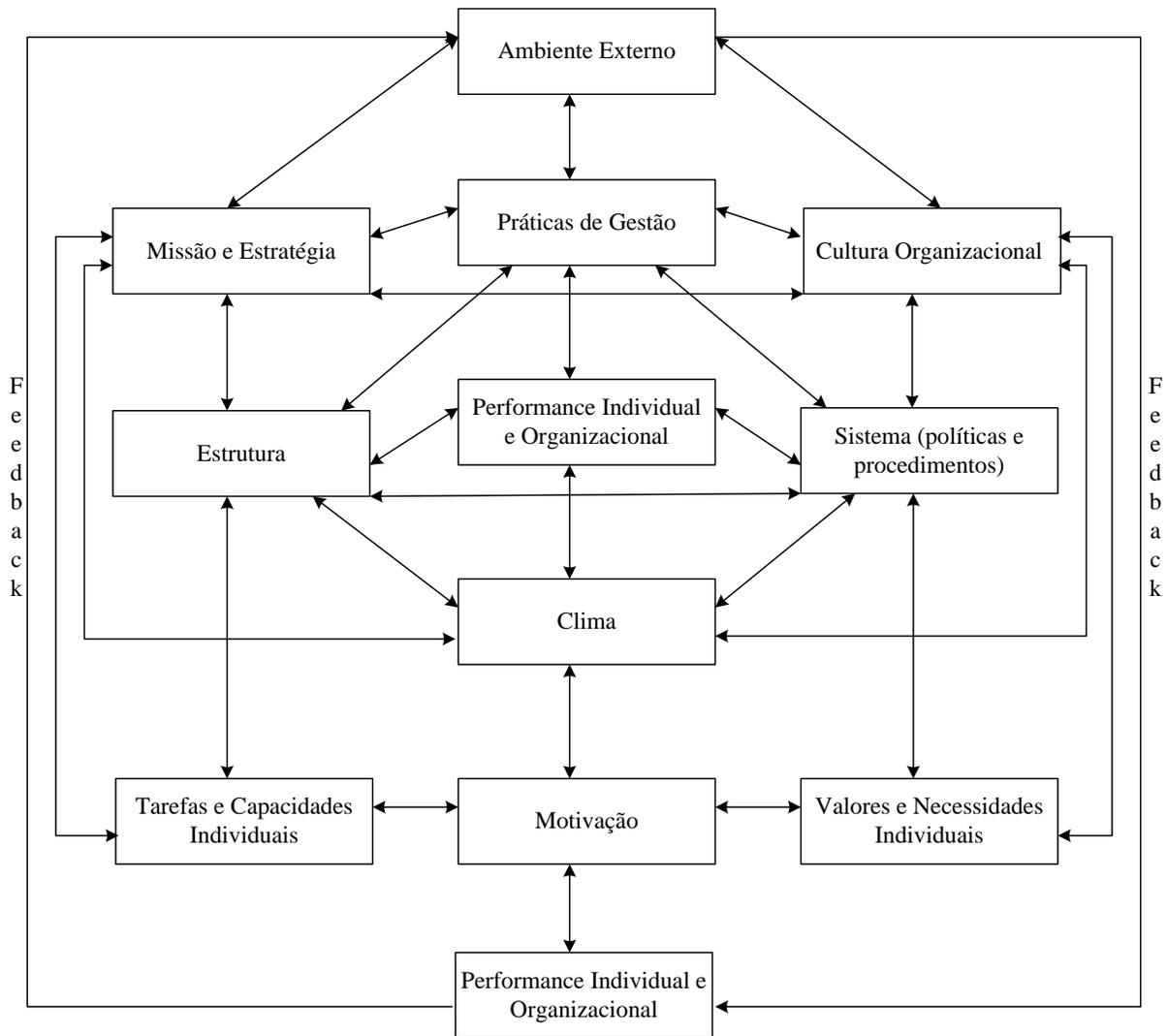


Diagrama 1- Modelo de mudança organizacional

Fonte: Adaptado de Burke-Litwin (1992)

Vollman's (1996) apresenta um novo modelo, que consiste numa matriz de oito por seis, onde se detalha um conjunto de condições necessárias para empreender um esforço de mudança. Assim nas linhas podemos encontrar as seguintes variáveis: intenção estratégica, competência, processos, recursos, resultados, repostas estratégicas, desafios e capacidade de aprendizagem. Nas colunas apresenta-se as variáveis: cultura, configuração, coordenação, pessoas, informação e tecnologia. Com a combinação de todas estas variáveis obtemos 48 combinações, que revelam questões fundamentais que qualquer organização deve colocar para implementar a mudança. Questões tais como: Como se pode ligar as actuais competências com a mudança a empreender? Qual deve ser a sua intenção estratégica? Quais as métricas necessárias para medir a eficácia e a efectividade?

A análise de cada coluna e de cada linha permite revelar a dimensão da mudança proposta. Se for conduzida de forma correcta, permite prevenir falhas nos requisitos necessários para implementar um esforço de mudança com sucesso.

Ambos os modelos descritos focam-se nos factores de conteúdo da mudança organizacional, ou seja, na orientação estratégica, na estrutura organizacional e no ambiente organizacional. O modelo de Vollman's (1996) é particularmente útil para o planeamento de uma mudança e desta forma completa o modelo de Burke-Litwin (1992), na medida em que é ideal para definir os detalhes de uma mudança, dependendo do interesse dos participantes e dos níveis de autoridade.

Contexto da Mudança Organizacional

O contexto da mudança organizacional pode ser externo ou interno. Das pressões de nível externo salientamos os seguintes elementos:

- Clientes: este elemento exerce pressão no sentido em que obriga a organização a conhecer os seus clientes para que estes apreciem os seus produtos e serviços, potenciando desta forma novas oportunidades;
- Concorrentes: o mercado pode exercer pressão sobre a organização, impulsionando a mudança, aquando da entrada no mercado de novos produtos ou serviços, ou pelo nível da inovação e preços;

- Fornecedores: este elemento pode exercer pressão de mudança na organização, aumentado ou diminuído a capacidade negocial desta;
- Tecnologia: exerce pressão nos métodos de trabalho, através da criação de novas oportunidades;

Como pressões internas salienta-se os elementos:

- Sistema técnico: os procedimentos, os regulamentos e as estruturas;
- Sistema social: o clima organizacional e os grupos de pressão no interior da organização;
- Desempenho: medido com base em indicadores, tais como, a qualidade do serviço prestado, quota de mercado e outras variáveis relacionadas com o sistema organizacional.

Meyer, Broke e Goes (1990) mostram, com o seu estudo, a evolução das mudanças organizacionais que ocorreram em unidades hospitalares desde 1960 até 1980. Demonstram que em 1960 as mudanças que ocorriam nos hospitais reflectiam um ambiente externo estável. Durante este período os hospitais deviam o seu crescimento ao aumento do número de serviços que lhes eram adicionados. No entanto, passada uma década os hospitais começaram a diferenciar-se entre si de forma estratégica e estrutural, de maneira a justificar a sua exploração, apesar dos elevados custos, uma vez que estavam a ser alvo de pressões competitivas. Estas preocupações conduziram a grandes mudanças nas organizações de saúde impulsionadas por regulamentos governamentais no sentido de controlar os custos. Foram introduzidos nos universos empresariais as corporações e os planos de saúde, o que gerou alterações significativas na indústria da saúde.

Ao explorar os outputs gerados pelas organizações de saúde, Meyer, *et al* (1990) destacou-os como alterações devido a factores internos e externos, que simbolizavam elementos de diferentes ambientes competitivos que eram necessários para o sucesso organizacional ao longo do tempo. Também, Kelly e Ambugey (1991) ao investigarem as transportadoras áreas e Haveman (1992) ao estudar as mudanças tecnológicas do sector financeiro, chegaram à mesma conclusão que Meyer e colaboradores em 1990 ao analisar o sector da saúde.

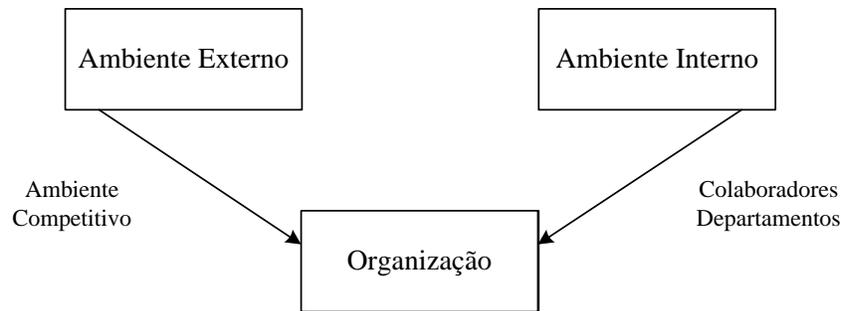


Diagrama 2- Factores de mudança organizacional

Fonte: Adaptado de Meyer (1990)

Outros estudos de autores, tais como, Fox-Wolfgramm, Boal e Hunt (1998) que analisaram os efeitos de uma comunidade de investimento, em dois bancos no Texas concluíram que as organizações resistem às pressões da mudança, se estas não forem consistentes com a sua identidade e imagem. Ou seja, que a identidade e a imagem de uma organização são mais importantes que o sucesso de uma mudança.

Processo da Mudança Organizacional

Existem vários mecanismos de gestão da mudança pelo que seguidamente serão referenciados alguns estudos que recomendam aos agentes da mudança as várias fases para a implementação dos respectivos processos.

Começamos por Lewin (1947) que tal como referido anteriormente conceptualizou a mudança como um processo com três fases, designadas por descongelamento (prende-se com as alterações do estado de equilíbrio), mudança (desenvolvimento de novas respostas) e finalmente o recongelamento (estabilização da mudança). Segundo Lewin para se obter sucesso numa mudança era necessário analisar quais os elementos que são fundamentais para a sua implementação e tentar desenvolver esforços no sentido de aumentar os elementos favoráveis e reduzir os não favoráveis.

Seguindo Lewin, surge em 1991 o estudo de Judson que sugere um modelo de cinco etapas para implementar um processo de mudança:

- Analisar e planejar a mudança;
- Comunicar a mudança;
- Ganhar adeptos para os novos comportamentos;
- Mudar de um estado para o outro desejado;
- Consolidar e institucionalizar esse novo estado.

Em cada uma destas fases Judson descreve as possíveis reacções à mudança e apresenta métodos para minimizar a sua resistência.

Contrastando com as cinco fases de Judson, Kotter (1996) recomenda oito etapas para que os agentes da mudança consigam implementar as alterações fundamentais no modo de funcionamento da organização:

- Estabelecer um sentido de urgência relacionando o ambiente externo, com situações de crise potenciais ou reais;
- Criar uma forte ligação entre os indivíduos que acham que é necessária a mudança;
- Criar uma visão para atingir o resultado final desejado;
- Comunicar a visão através dos vários canais de comunicação;
- Motivar os trabalhadores a agirem de acordo com a visão, mudando a estrutura, sistemas, políticas e procedimentos com vista a facilitar a implementação da mudança;
- Planejar e criar ganhos de curto prazo e publicitá-los, criando um ambiente de mudança contínua;
- Consolidar as mudanças e alterar os procedimentos, políticas e as estruturas que não estejam de acordo com a visão;
- Institucionalizar as novas abordagens e divulgar a ligação entre o esforço da mudança e o sucesso organizacional.

Galpin (1996) propôs um modelo com nove fases, referindo a importância de compreender a cultura organizacional como o reflexo das suas regras, políticas, normas e hábitos. Assim enunciou as seguintes fases:

- Estabelecer a necessidade de mudança;
- Desenvolver e disseminar a visão de mudança planeada;
- Diagnosticar e analisar a situação corrente;
- Criar recomendações;
- Detalhar as recomendações;
- Criar um protótipo com base nessas recomendações;
- Preparar as recomendações para o *roll-out*;
- Distribuir as recomendações;
- Medir, reforçar e redefinir a mudança.

Também Armenakis (1990) propôs dois modelos que incorporam o modelo de Lewin (1947). O objectivo do primeiro é criar agilidade para a mudança de forma a minimizar a resistência. O segundo modelo tem por objectivo facilitar a adopção e a institucionalização da mudança desejada. O mecanismo de base dos dois modelos é transmitir a ideia que a mudança é conveniente.

Os dois estudos de Isabella (1990) e Jaffe, Scott e Tobe (1994) pretendem compreender a mudança do ponto de vista do comportamento dos profissionais, apresentando um conjunto de fases para esta aprendizagem. Apesar de as etapas de ambos os estudos terem nomes diferentes, os modelos são muito semelhantes.

Isabella (1990) propôs um modelo sobre como os membros de uma organização interpretam as iniciativas de mudança a decorrer numa organização. Este modelo sugere que os membros da organização interpretam eventos chave ligados ao processo de mudança em curso através de quatro fases:

- Antecipação: ocorre quando os indivíduos assimilam rumores e pequenos pedaços de informação e os interpretam como sendo realidade;
- Confirmação: envolve a standardização de eventos para um modelo convencional de referência, usado para estabelecer ligações e associações lógicas reflectindo saberes que aparentemente tem funcionado no passado;

- Culminar: resulta da comparação de um conjunto de condições antes e depois de um evento e numa altura em que os gestores alteram o quadro de referência, quer seja por incluírem uma nova informação ou por omitirem informação válida;
- Rescaldo: ocorre quando os gestores revêem e avaliam as consequências da mudança.

Este modelo é bastante útil quando se pretende entender a resistência que a mudança causa, uma vez que permite identificar a realidade percebida em cada estado, mas também porque permite descrever o processo que impede os objectivos da mudança entre as várias etapas em que a mudança ocorre.

Também Jaffe, Scott e Tobe (1994) avançaram um modelo de quatro etapas sobre como os membros de uma organização constroem os eventos de mudança. O modelo é iniciado com a etapa da negação, que ocorre quando os profissionais se recusam a acreditar que a mudança é necessária ou que esta tem de ser introduzida. De seguida, temos a etapa da resistência que ocorre quando os profissionais não participam, tentando adiar a implementação e esforçando-se por convencer os níveis hierárquicos superiores que a mudança proposta não é apropriada. Segue-se a etapa da prospecção, que é marcada por novos comportamentos como que a testar a eficácia dos resultados a alcançar com a mudança. E finalmente a etapa do *commitment*, que surge quando os membros alvo da mudança abraçam a proposta de mudança.

Finalizamos esta parte da revisão com os resultados alcançados por Damanpour (1991) e com um quadro de referência para análise das mudanças organizacionais elaborado por Pettigrew (1985).

Damanpour (1991) utilizando seis variáveis de contexto internas, cinco variáveis de conteúdo e duas variáveis de processo chegou a conclusão que obter sucesso num esforço de mudança depende mais do encaixe e da congruência entre o contexto, conteúdo e os processos considerados do que da natureza da mudança.

Também Pettigrew (1985) introduziu três tipos de variáveis para analisar as mudanças organizacionais: de conteúdo, de contexto e de processo. Este autor construiu um quadro que é considerado uma referência no estudo da mudança nas organizações, uma vez que leva em conta não apenas os aspectos de conteúdo da mudança, mas também as mudanças de gestão estratégica

que são introduzidas (contexto), bem como a gestão dos seus processos. Assim, como contexto da mudança representam-se todos os factores contextuais fora da organização e que podem afectar o processo de mudança. Como conteúdo da mudança apresenta-se o que vai ser mudado, que pode ir de uma simples alteração de uma máquina até a uma mudança na estrutura organizacional e nos procedimentos. Sempre acompanhados de uma gestão correcta dos processos de mudança, sendo que o processo de mudança relaciona-se maioritariamente com o estilo de liderança utilizada na mudança.

Neste modelo, o “porque mudar” decorre de uma análise do contexto externo e interno, “o que mudar” refere-se às áreas de mudança da organização (estratégia, estrutura, processos e pessoas) e o “como mudar” pode ser entendido como a metodologia ou processo utilizado para empreender as mudanças.

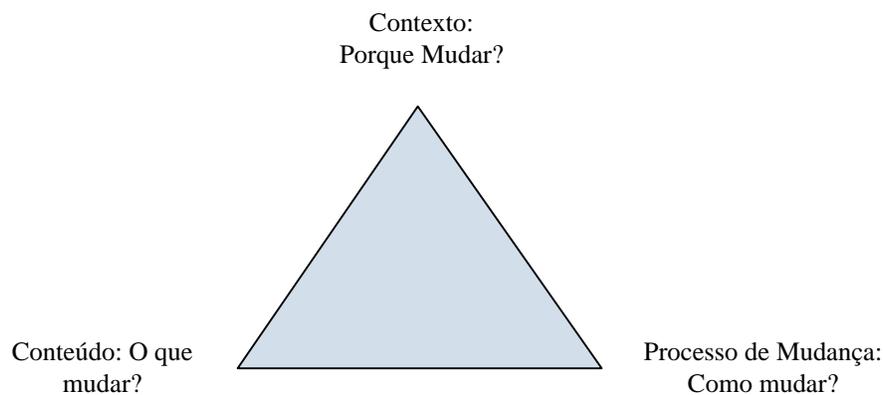


Diagrama 3 - Metodologia de estudo das mudanças organizacionais

Fonte: Adaptado de Pettigrew (1990)

Este é um ponto de partida para a investigação dos factores que são fundamentais para minimizar a resistência à mudança.

Resistência à Mudança

Depois da abordagem anterior sobre a mudança organizacional, continuaremos com uma revisão sobre a resistência à mudança. Ambos os temas têm vindo a receber muita atenção na literatura (Isabella, 1990; Maurer, 1996; Kanter *et al.*, 1992; Strebel, 1996; Buchanan e Badham, 1999).

Muitos estudos apontam que muitos processos de mudança falham devido à resistência que lhes é aplicada. Aparentemente a noção de resistência parece simples, no entanto é uma área complexa e envolve realidades culturais, económicas, políticas, sociais e psicológicas. Por este motivo os autores advertem que este tema deve ser analisado numa perspectiva global.

Lewin definiu o conceito de resistência à mudança e listou trinta causas para a resistência à mudança. Nord e Jermier (1994) afirmam que a grande questão que devemos responder relativamente à resistência à mudança é “*Just whose view is it that is resisting change?*”.

As primeiras referências na literatura à resistência à mudança surgiram na década de 50 com Coch e French (1948). Estes autores explicam a resistência à mudança como o resultado de factores emocionais, a existência de sentimentos de frustração entre os colaboradores conduziria a comportamentos indesejados. De acordo com Zaltman e Duncan (1977), a resistência à mudança surge naturalmente numa tentativa de manter o estado actual. Por outro lado, Dent e Goldberg (1999) apresentam uma posição contrária, segundo estes autores, os colaboradores de uma organização não estão contra a mudança, mas sim contra a perda de estatuto, salário ou outro tipo de regalias. Van, et al. (2000) indica que a resistência verifica-se quando a mudança:

- Não é compreendida;
- É imposta;
- É incompatível com a envolvente existente;
- A introduzir apresenta custos que compensam os benefícios;
- Não apresenta processos bem definidos.

Seguindo este conceito Pederit (2000) define a resistência à mudança como a conjunção de três estados: estado cognitivo, emocional e comportamental. Cada um destes estados permite entender as reacções dos colaboradores quando sujeitos a um processo de mudança.

Ou seja, a literatura parece apontar a existência de uma resistência natural dos indivíduos às mudanças. Relativamente ao caso específico dos Sistemas de Informação, estes requerem uma avaliação criteriosa do seu impacto e das mudanças que vão provocar na organização, de forma a minimizar a resistência. Venkatraman (1994) afirma que os benefícios das Tecnologias de Informação são directamente relacionados com o grau de mudança introduzido nos processos organizacionais (estratégias, estrutura e processos).

Trabalhos recentes sugerem ironicamente que para compreender a mudança organizacional é necessário primeiro compreender a inércia organizacional, o seu conteúdo, a sua tenacidade e as suas interdependências. Outros sugerem ainda que a mudança não é um fenómeno que se liga e desliga, nem a sua eficácia se mede pelo grau de planeamento e que a trajectória da mudança é mais vezes em espiral do que linear. Todas estas considerações colocam os investigadores no estudo do “ir mudando” e não no estudo da mudança. A alteração de vocabulário, de “mudar” para “ir mudando” revela a afirmação de que a mudança nunca mais acaba.

Weick e Quinn (1999:381) salientam que "a mudança nunca começa porque ela nunca para", portanto, a mudança é um processo constante e o ideal seria denominá-lo de "mudando" ao invés de mudança, para dar essa ideia de processo contínuo.

Actualmente, para sobreviver as organizações não devem perguntar-se se as mudanças são necessárias, mas, sim quando e como realizá-las para que os resultados sejam bem sucedidos. Lidar com a mudança é algo complexo, que provoca reacções específicas nas pessoas, reacções essas que nem sempre são conscientes com os objectivos da mudança. Como já referimos o processo de mudança faz emergir forças de integração e desintegração, que se não forem neutralizadas, provocam resistências à mudança do *status quo*. Dai que muitos autores refiram que um processo de mudança é sempre de auto mudança. Isto porque não é possível mudar uma pessoa se ela não quiser, ou não se dispuser a alterar algum tipo de rotina. Na verdade, começa-se a provocar mudanças quando se consegue, de alguma forma, influenciar a percepção dos outros para necessidade de empreender tal mudança.

Vivemos numa era em que as mudanças no trabalho e na estrutura organizacional são enormes, a estrutura rígida e hierarquizada de outrora foi substituída pelo trabalho em equipa, os processos de trabalho tornaram-se mais dependentes da tecnologia, que por sua vez evoluiu numa velocidade ímpar. Esta transformação vertiginosa que impera nas organizações exige-lhes mais que capacidade organizacional para se adaptar às novas estruturas, é necessário desenvolver uma capacidade contínua de adaptação e de mudança, ou seja, as mudanças do ambiente externo exigem da organização a capacidade contínua de resposta rápida e eficaz a estas transformações.

De acordo com Judson (1991) a resistência à mudança pode ser caracterizada de acordo com os comportamentos envolvidos. Enumera quatro comportamentos que podem ser tomados pelos diferentes profissionais quando são colocados numa situação de mudança. Comportamentos individuais ou colectivos, activos ou passivos e formais ou informais. Os colaboradores de uma organização, sobretudo os que ocupam cargos de chefia, possuem a tendência de maximizar a importância das suas tarefas no contexto organizacional e tendem a resistir a mudanças que lhes reduzam poder, recursos e prestígios. Os gestores incentivam as mudanças propostas desde que não afectem seus direitos e privilégios.

Como já foi referido anteriormente a mudança pode ser descrita, como qualquer alteração no ambiente de trabalho que afecte as rotinas dos colaboradores e a sua forma de agir. Quando a mudança ocorre, a organização e todos os seus colaboradores realizam ajustes para encontrarem um novo equilíbrio. Quando os colaboradores não são capazes de efectuar esses ajustes, a organização lança-se para um estado de desequilíbrio. Este desequilíbrio resulta num problema para os gestores, uma vez que tem o papel de introdução de mudanças contínuas na organização para que esta obtenha melhores resultados. Devendo tomar uma posição mais proactiva ou reactiva conforme o grau de adaptação que se verifica ao longo do processo de mudança.

Laabs (1996) defendeu uma regra, para as reacções mais comuns a processos de mudança. A regra denominada por 20-50-30 indica que 20% dos colaboradores afectados pelas mudanças mostram-se receptivos e possivelmente apoiaram a mudança intensamente. E 50% estarão neutros em relação às mudanças, podendo vir a tornar-se receptivos. E aproximadamente 30% estarão reticentes, resistirão à mudança e possivelmente tentarão fazer tudo para que as

mudanças não ocorram. O desafio para os gestores de um processo de mudança é transformar a parcela substancial dos 80% (neutros e resistentes) em apoiantes da mudança para que ela seja bem sucedida.

Os Sistemas de Informação e a Mudança Organizacional

O sucesso da implementação de um projecto de sistemas de informação (SI) depende em grande parte do compromisso e empenho dos seus utilizadores. As reacções dos utilizadores finais à introdução de alterações nas suas rotinas diárias de trabalho são factores críticos de sucesso de qualquer projecto, uma vez que os SI não aumentam por si só a performance organizacional, é com a ajuda dos utilizadores e dos gestores que essas melhorias podem ocorrer. Deste modo, a introdução ou alteração de um SI implica um processo de mudança que se não for correctamente gerido pode causar o insucesso do projecto.

Tradicionalmente a implementação de sistemas de informação nas organizações pressupõe mudança. Quando se analisa a influência dos SI nos processos de mudança, verificamos que a introdução do SI é secundário, sendo atribuído maior peso à reestruturação dos processos e à consciencialização das pessoas como factores de mudança.

Em primeira instância, quando falamos em mudanças provocadas pelos SI, falamos pelo menos de mudança cultural ao nível dos hábitos dos utilizadores. A simples automatização de tarefas provoca alterações profundas no funcionamento organizacional interno, sendo necessário um cuidado adicional no que respeita à comunicação interna, tanto horizontal como vertical, para que a mudança seja bem recebida pelos utilizadores.

Para que estas mudanças sejam bem recebidas pelos utilizadores finais é necessário que estes consigam identificar os benefícios que a mudança (introdução ou modificação do sistema de informação) irá provocar e compreender os objectivos da introdução ou do alargamento do sistema de informação a outras áreas funcionais. É fundamental apresentar aos colaboradores

num processo de mudança os objectivos de um sistema de informação. Ou seja, comunicar que os principais objectivos de um SI são: a recolha, a selecção, o tratamento e a análise dos dados que podem ser alvo de transformação em informação útil, que permita aos gestores das organizações executarem as suas funções de uma forma mais eficaz. E apresentar de igual modo os benefícios - redução de custos, aumento da produtividade, redução do risco na tomada de decisão, aumento da eficácia e da eficiência e melhoria da qualidade dos produtos e/ou serviços – que os sistemas de informação apresentam após a sua implementação.

Mas, tendo em conta que os sistemas de informação são dinâmicos torna-se necessário que o seu processo de implementação seja acompanhado por um processo de mudança contínuo, que envolva de forma constante pessoas, informação e tecnologia. Tudo para que os seus utilizadores de forma directa ou indirecta, o encarem como um veículo de apoio aos processos de mudança que se podem traduzir nos benefícios já referidos.

Aliando os objectivos com os benefícios dos sistemas de informação é inevitável considerar um processo de mudança organizacional que não envolva nas organizações actuais, o apoio dos sistemas de informação. Apesar desta evidência alguns gestores aparentam ter algumas dificuldades em atribuir a importância que é merecida aos sistemas de informação na gestão. Esta desconsideração deve-se em grande parte à dificuldade em quantificar a melhoria da qualidade da informação para a tomada de decisão.

Tendo em linha de conta os objectivos e os benefícios anteriormente referidos, em especial o da qualidade da informação, torna-se fundamental referir que a concepção e implementação de um sistema de informação pressupõem um levantamento dos processos existentes de forma a identificar possíveis optimizações. A mudança organizacional introduzida pelos SI traduz-se fundamentalmente nas alterações efectuadas ao nível da reengenharia de processos. Reengenharia, que Hammer e Champy (1993) apresentam como uma reacção às práticas da era industrial, por intermédio da reunificação das tarefas em processos empresariais. Os autores utilizam quatro palavras-chave para definir essa mudança: fundamental, radical, drástica e processual. O que significa colocar em questão as formas mais básicas do funcionamento da

organização, desconsiderando-se todas as estruturas e procedimentos existentes e inventando formas completamente novas de realizar o trabalho.

Outra componente da introdução de sistemas de informação nas organizações é a necessidade que surge de se criar novas competências para o trabalho. Os colaboradores da organização são obrigados a encarar de forma diferente a metodologia de trabalho, esta necessidade conduz naturalmente ao fenómeno da resistência. Como já foi referido e confirmado por vários estudos na literatura sobre a mudança organizacional, não há receitas perfeitas para lidar com a resistência à mudança por parte dos colaboradores. No entanto, grande parte dos estudos são unânimes em afirmar que as orientações devem ser no sentido de alertar os gestores sobre a necessidade de conhecer os seus colaboradores e a cultura da sua organização, de modo a planear as mudanças e liderá-las, tendo em conta as mais diferentes reacções que podem surgir no decorrer de um processo de mudança.

A informação é encarada como factor de sucesso da gestão e é fundamental que o gestor disponha de dados e de informação organizada que lhe permita suportar as suas decisões de gestão. Os SI ocupam um lugar importantíssimo pela sua capacidade enquanto instrumento auxiliar no processo de organização da informação existente. No entanto, é sempre importante referir que as tecnologias de informação não dispensam as competências pessoais dos gestores nem as interacções pessoais. Na implementação de um SI e na sua constante actualização é necessário garantir a qualidade dos dados. Para tal é importante que exista:

- Um envolvimento pessoal dos dirigentes no seu desenvolvimento, quer através de tecnologia informática e da familiarização dos seus colaboradores com esta tecnologia;
- Uma análise regular da qualidade dos registos;
- Uma melhoria contínua dos registos, no caso dos SI para a saúde, dos registos clínicos.

Quase todos os autores que abordam o tema da mudança organizacional abordam o tema da resistência como um fenómeno natural e incontornável. De acordo, com Quinn e Weick (1999), a resistência à mudança é um fenómeno que não se coloca nas organizações desde que os processos de mudança sejam contínuos.

Este estudo tem por base o conceito de mudança contínua defendida por Quinn e Weick e os princípios da gestão de qualidade, em particular a melhoria contínua. Tenta-se demonstrar que se os processos de mudança forem contínuos e tendo por base uma cultura organizacional, liderança adequada e o compromisso dos agentes de mudança, o fenómeno da resistência à mudança não ocorre.

Para terminar a revisão apresenta-se o modelo E.F.Q.M. (European Foundation for Quality Management), como um modelo de excelência que suporta este estudo, em particular o critério dos meios: a liderança e os processos.

O modelo recomendado pela Associação Portuguesa para a Qualidade (APQ) é o modelo EFQM. Surge de uma parceria entre a EFQM e a APQ, tendo sido apresentado em 1998 pelo Ministério da Saúde como o modelo de gestão da qualidade que devia ser utilizado para o Sistema Nacional de Saúde.

Em 2002 surgiu o Qualigest, um programa promovido pelo Instituto da Qualidade em Saúde (IQS). Baseia-se no método sistemático e regular de avaliar as actividades e resultados de uma organização, tendo como referência um modelo de excelência (E.F.Q.M). Este programa é inspirado no modelo E.F.Q.M, no entanto, não tenta ser uma tradução exacta do mesmo. Apoiase num conjunto de critérios para avaliar a qualidade da gestão nas organizações de saúde assentes nos princípios da qualidade total.

O IQS criou em 2004 o MoniQuOr, uma ferramenta de monitorização da qualidade organizacional dos centros de saúde; este foi criado tendo por base um conjunto de critérios de qualidade organizacional e estava vocacionado para os centros de saúde. Tendo como principal objectivo facilitar a avaliação, a melhoria dos serviços prestados pelos centros de saúde e a revisão contínua e sistemática dos processos que levam à prestação de cuidados de saúde efectivos e eficientes.

Desde 1999, este programa baseado no modelo de excelência da EFQM se desenvolve à volta de nove critérios, desde esta altura que tem vindo a desenvolver acções no sentido de implementar o

modelo nos hospitais e centros de saúde nacionais. A grande maioria das organizações mostraram interesse, na implementação deste sistema de autoavaliação da excelência organizacional.

Gestão da Qualidade e o modelo EFQM

“Qualidade em saúde procura assegurar ao paciente que toda a organização estará voltada para maximizar os cuidados e benefícios e minimizar os riscos inerentes a acção médico - terapêutica”

Adaptado de Donabedian

O modelo de excelência da European Foundation for Quality Management (EFQM) baseia-se em nove conceitos fundamentais que constituem a excelência de uma organização.

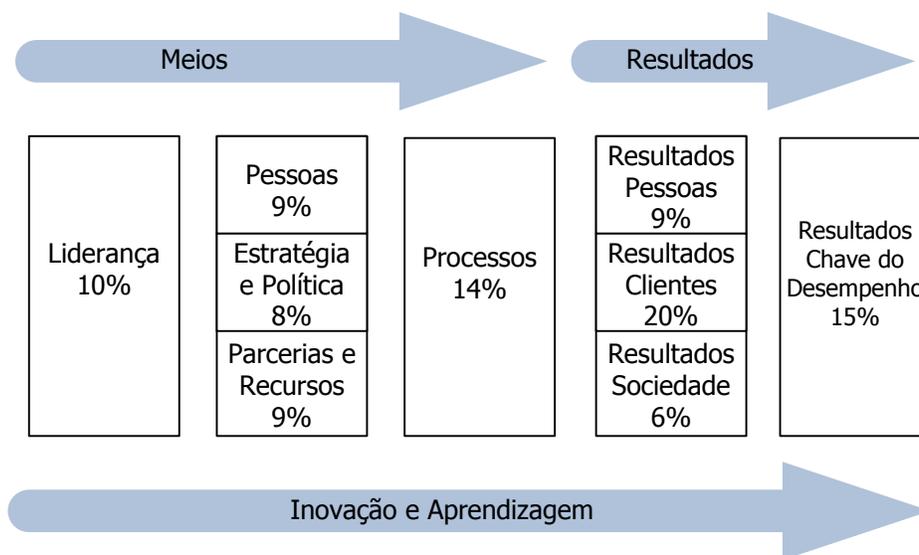


Diagrama 4 - Modelo EFQM

Liderança: O comportamento dos líderes numa organização cria clareza e unidade de propósitos, através de toda a organização e de um ambiente que permite tanto à organização como aos seus colaboradores poderem aceder à excelência.

Gestão por processos e por factos: O desempenho das organizações é mais eficaz quando todas as inter-relações são compreendidas e sistematicamente geridas, quando as decisões que dizem respeito às operações correntes e às melhorias planeadas são tomadas com base em informação fidedigna que inclui a percepção das partes interessadas.

Aprendizagem contínua, inovação e melhoria: O desempenho organizacional é maximizado quando baseado numa gestão e partilha de conhecimentos, dentro de uma cultura de aprendizagem contínua, de inovação e de melhoria.

Orientação para os resultados: A excelência depende da forma como se equilibra e satisfaz as necessidades de todas as partes relevantes interessadas (incluindo as pessoas que trabalham na organização, os clientes, fornecedores e a sociedade em geral, assim como aqueles que têm interesses financeiros na organização).

Enfoque no cliente: O cliente é o árbitro final da qualidade do serviço, a fidelização de clientes e a retenção de ganhos em termos de quotas de mercado são melhores quando se atribui um enfoque claro nas necessidades dos clientes actuais e potenciais.

Envolvimento e desenvolvimento das pessoas: Todo o potencial das pessoas de uma organização pode ser accionado através da partilha de valores e de uma cultura de confiança e de responsabilização, a qual encoraja o envolvimento de todos.

Desenvolvimento de parcerias: Uma organização trabalha de uma forma mais eficaz quando estabelece com os seus parceiros relações de benefícios mútuos, baseadas na confiança e na partilha dos conhecimentos e na integração.

Responsabilidade pública: Os interesses a longo prazo da organização e dos seus colaboradores são melhor servidos se for adoptada uma abordagem ética e excedidas, em larga medida, as expectativas e regulamentações da comunidade.

A European Foundation for Quality Management coloca o critério da liderança num lugar privilegiado ao enunciar que as organizações excelentes têm líderes que definem e comunicam uma visão clara para as suas organizações. Deste modo, podem instituir um exemplo e conseguem motivar os outros gestores a inspirar os seus colaboradores. Observando o modelo de excelência definido pela EFQM podemos verificar que existe uma forte ligação entre a liderança e a qualidade. Waldman, et al. (1998) desenhou um modelo que estabelece o nexa entre a liderança e a gestão pela qualidade total (TQM). Este autor admite que a liderança influencia os comportamentos orientados à gestão pela qualidade total, tais como, melhoria contínua, trabalho de equipa, etc., tanto pela via directa como através da cultura organizacional.

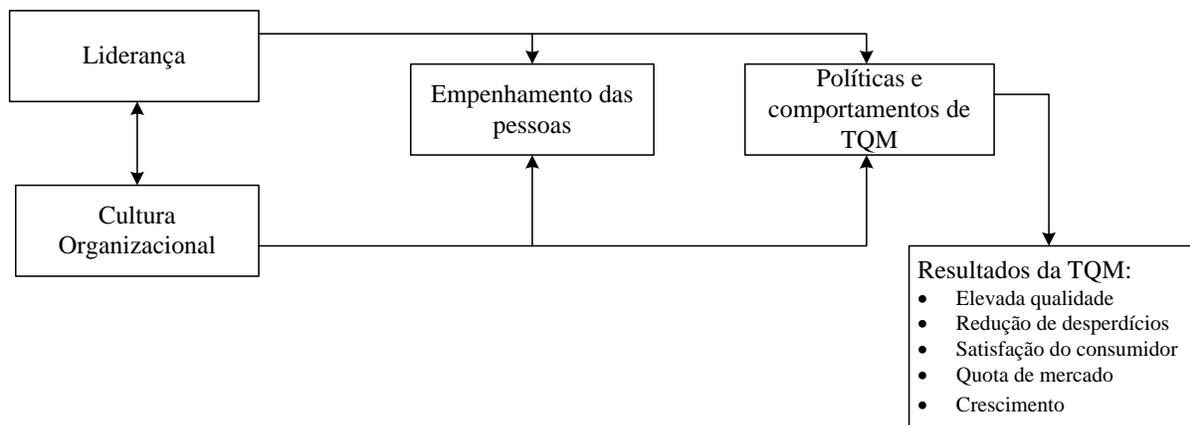


Diagrama 5 - Modelo nexa entre liderança e a TQM

Fonte: Adaptado de Waldman, et al. (1998)

A popularidade deste modelo tem vindo a aumentar na área da saúde devido, segundo Nabitz, *et al* (1999), essencialmente ao facto deste ser um modelo conciso que ultrapassa as aproximações mais tradicionais nos cuidados de saúde, tais sendo, os procedimentos para as inspecções de acreditação e certificação. Outra das principais vantagens é da sua metodologia assentar na autoavaliação, que permite o alinhamento das organizações com os princípios da gestão da qualidade, o que conduz a um fácil começo para o processo de certificação. Por fim, este modelo parece não interferir no campo da autonomia profissional (característica sensível entre os dirigentes e profissionais de saúde). A avaliação deste modelo centra-se em critérios com

formulações gerais, sendo portanto menos explícitos no que diz respeito às funções de controlo nas burocracias profissionais.

Apesar destas vantagens em Portugal ainda não é muito utilizado, talvez devido à utilização de outros modelos, tais como, as normas ISO 9000 e a grande resistência que as nossas organizações revelam elaboração de análises, tratamento de informação e avaliações. O facto das organizações em Portugal considerarem que as questões da qualidade devem ser tratadas por pessoas ligadas à qualidade, cria uma resistência natural ao processo de autoavaliação.

Neste estudo vamos dedicar atenção aos critérios dos meios, em particular a liderança e os processos.

Liderança

Como os líderes desenvolvem e facilitam o alcançar da missão e visão, como desenvolvem os valores requeridos para o sucesso a longo prazo e os implementam através de acções e comportamentos apropriados e estão pessoalmente envolvidos em assegurar que o sistema de gestão da organização está desenvolvido e implementado.

Processos

Como a organização concebe, gere e melhora os seus processos, de forma a apoiar a sua política e estratégia, de modo a satisfazer completamente e a gerar valor acrescentado aos seus clientes e a outras partes interessadas.

Identificou-se um processo que apresenta possibilidades de melhoria em quase todas as unidades de saúde (centros de saúde) em Portugal e tenta através de um estudo de caso apresentar um modelo de referência para a sua optimização, baseando-se nos princípios de gestão da qualidade: liderança e na melhoria continua dos processos.

Fundamentação do Modelo Teórico: Liderança

A liderança é um tema bastante estudado no âmbito do comportamento organizacional. Existem várias definições para liderança, umas que a definem com sendo um processo outras como uma característica. No entanto, todas de forma mais ou menos complexa apontam para três elementos fundamentais – a influência, a motivação e a obtenção de resultados. Ou seja, liderança é o processo de influenciar e apoiar os colaboradores numa organização, para que estes executem o seu trabalho de uma forma motivada para a obtenção de determinados objectivos. Yukl (1998:5) define a liderança de uma forma mais complexa “liderança é um processo através do qual um membro de um grupo ou organização influencia a interpretação dos eventos pelos restantes membros, a escolha dos objectivos e estratégias, a organização das actividades de trabalho, a motivação das pessoas para alcançar os objectivos, a manutenção das relações de cooperação, o desenvolvimento das competências e confiança pelos membros e a obtenção de apoio e cooperação de pessoas exteriores ao grupo ou organização”.

De seguida, apresentam-se algumas das teorias de liderança mais referidas na literatura, dividindo-as em quatro grupos: teorias de traços de personalidade, teorias sobre estilo/comportamento do líder, teorias situacionais/contingenciais da liderança e teorias emergentes.

Actualmente os líderes independentemente da posição hierárquica têm que exercer posições de liderança nas suas equipas para as motivar, de forma a ser possível planear e coordenar as várias áreas de trabalho de uma organização.

Nas organizações de saúde normalmente os líderes são pessoas nomeadas com base na especialização e experiência, tentando seleccioná-las de acordo com a competência para supervisionar, onde o líder decide e comanda. No entanto, no contexto organizacional actual os líderes têm de tomar posições que conduzam a que os seus colaboradores se empenhem de forma voluntária na maneira como trabalham. Nas organizações modernas os líderes já não têm subordinados como existiam antigamente, sobre os quais podiam “comandar” e “dominar”. Hoje em dia já não se aceita directivas sem as questionar, o papel do líder é o de “dirigir”. Os recursos existentes nas unidades de saúde são altamente especializados, grande parte deles com formação

superior e é pouco provável que um líder com uma posição de comando, consiga inculcar nos elementos das suas equipas a vontade de colaboração e compromisso.

Seguindo esta linha orientadora apresenta-se o modelo que será utilizado neste estudo.

O modelo dos valores contrastantes

Este modelo é um dos mais conhecidos na literatura e é na opinião de vários autores o modelo mais referenciado para o estudo dos tipos de liderança, apresenta três valores fundamentais na avaliação da eficácia fazendo corresponder cada um deles a uma dimensão. A primeira dimensão reflecte a orientação, que pode ser interna ou externa, a segunda dimensão contrasta controlo e flexibilidade e por fim a terceira refere-se aos meios e fins.

Este modelo baseia-se nas teorias que defendem o desempenho de vários papéis, apresentando um líder com sucesso, como sendo aquele que consegue desempenhar todos os papéis em simultâneo. Weick (1979) defende que é necessário que os dirigentes sejam capazes de analisar e assimilar os eventos que ocorrem dentro de uma organização de uma forma global. Segundo este autor a grande maioria das pessoas reage a situações problemáticas tendo por base estruturas de referência limitadas. Actualmente a diversidade de situações com que um dirigente se depara, em particular nas organizações de saúde, devido à multiplicidade de actividades (desde clínicas a administrativas) que executam, é imprescindível que o dirigente apresente uma grande capacidade de desenvolver múltiplas interpretações sob pena de, não o fazendo, se tornar num líder sem eficácia. De seguida, apresenta-se um diagrama que representa o modelo dos valores contrastantes e um outro com a adaptação aos vários papéis que o líder pode tomar, de acordo com as orientações assumidas.

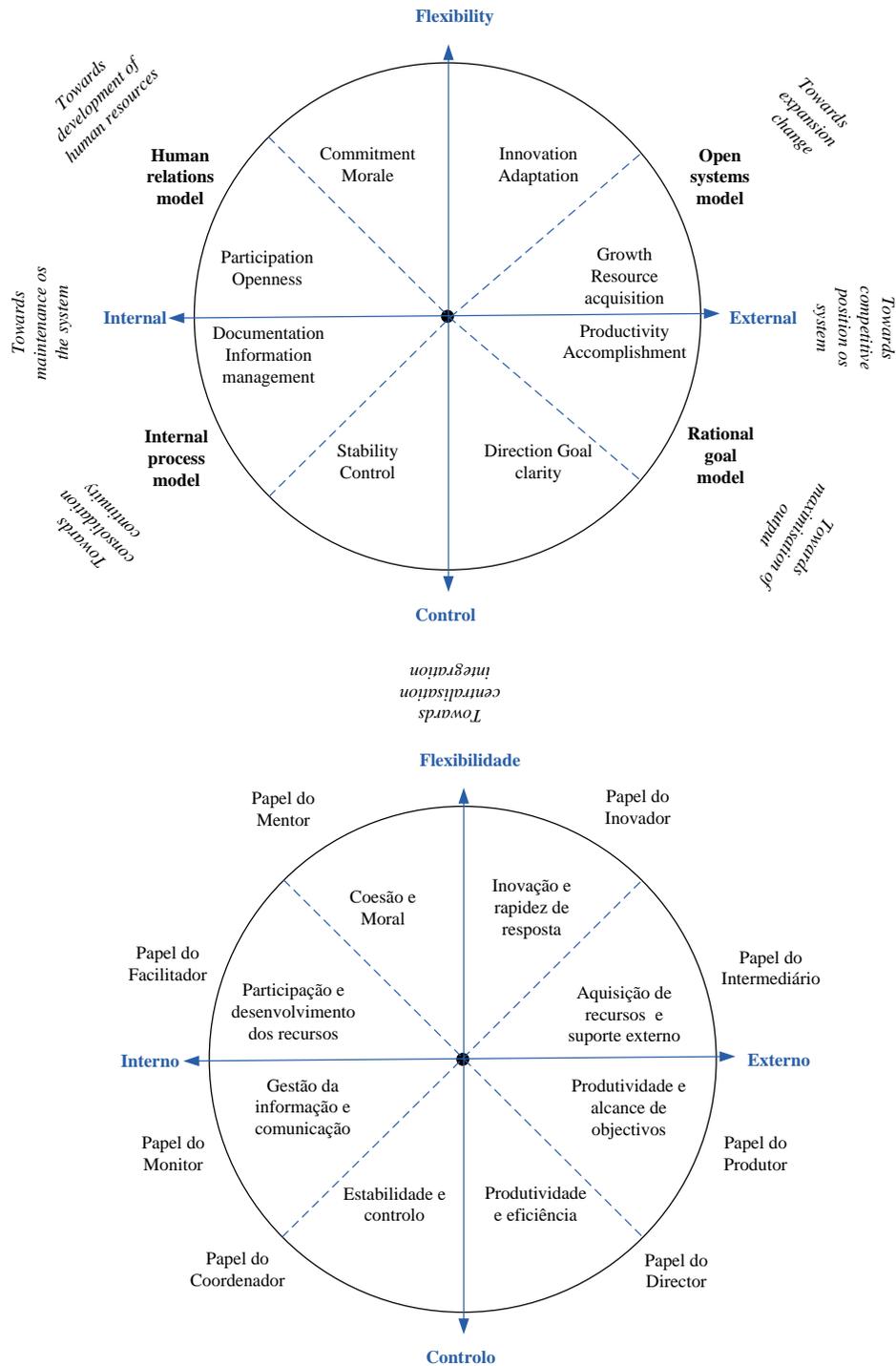


Diagrama 6 - Modelos dos valores contrastantes na avaliação do tipo de liderança

Fonte: Adaptado de Quinn (1996)

Galpin (1996) enumera um conjunto de competências – chave, que um líder deve possuir para conduzir com sucesso um processo de mudança:

- Criatividade: sob a perspectiva pessoal, mas abrangendo também a abertura para a criatividade dos outros, esta última é por vezes mais importante no desenvolvimento de um projecto de mudança do que a própria criatividade;
- Orientação para a equipa: capacidade em demonstrar confiança que os seus colaboradores podem conduzir a mudança é fundamental, uma vez que nenhum processo de mudança pode ser levado a cabo unicamente pelo líder, este tem de ser apoiado;
- Capacidades de escutar: transmitir a ideia que as opiniões dos seus colaboradores têm interesse e são analisadas como factor de grande importância para a mudança;
- Aptidões de coaching: capacidade de saber orientar a equipa, esta é fundamental no processo de mudança;
- Responsabilidade: o líder deve participar activamente no processo de mudança, uma vez que a sua participação impulsiona a organização para uma cultura de aprendizagem conduzindo inevitavelmente para o crescimento organizacional;
- Saber reconhecer: reconhecer os esforços efectuados num processo de mudança garante que em casos futuros, os colaboradores estejam disponíveis e motivados para colaborar uma vez que o seu esforço é reconhecido pela gestão.

Este autor considera que para liderar um processo de mudança com eficácia é necessário desenvolver capacidades baseadas no poder de relacionamento e não no poder da posição. Isto, porque a liderança não é um atributo pessoal, mas sim um atributo relacional, pressupõe aceitação e reconhecimento dos colaboradores da organização. O poder da hierarquia não significa capacidade de influenciar; esta capacidade deriva do reconhecimento dos líderes por parte dos seus colaboradores.

A liderança de um processo de mudança não pode ser delegada, o sucesso tem de ser assegurado pelas pessoas chave da organização, desde os gestores de topo até às chefias directas. Estes devem liderar o processo de mudança com empenho e competência baseando os seus comportamentos na força de relacionamento e não na força da posição.

Fundamentação do Modelo Teórico: Cultura Organizacional

Nos últimos anos têm surgido vários estudos sobre cultura organizacional. Estes são o resultado de várias influências de vários campos, nomeadamente antropologia, sociologia, psicologia, teoria organizacional entre outros. A cultura numa organização conduz os comportamentos diários dentro de uma organização, de tal maneira que um novo colaborador pode não ser aceite enquanto não aprender as regras subjacentes à cultura da organização onde está inserido.

Numa organização a cultura pode ser entendida como uma forma característica (carácter histórico) de trabalhar e pensar que é compartilhada, em maior ou menor nível, pelos seus membros, e transmitida aos seus novos elementos.

Existem várias definições de cultura, das quais se salienta a de Schein (1984:9) que indica que "a cultura organizacional é o padrão de pressupostos básicos que um dado grupo inventou, descobriu ou desenvolveu, aprendendo a lidar com os problemas de adaptação externa e de integração interna e que tem funcionado suficientemente bem para serem considerados válidos e serem ensinados aos novos membros como o modo correcto de compreender, pensar e sentir, em relação a esses problemas". E a de um autor mais recente, Fan (2000:3) que indica que a "cultura pode ser descrita como um conjunto de valores e crenças, comportamentos, hábitos e atitudes que distinguem uma sociedade. A cultura de uma sociedade proporciona aos seus membros soluções para problemas de adaptação externa e interna".

Schein concebe a cultura, como podemos observar na definição anteriormente apresentada, em três níveis de análise e alerta que não se deve confundir cultura com as manifestações desta. A cultura organizacional deve ser analisada em vários níveis, um primeiro está relacionado com a estrutura, ou seja, com os aspectos visíveis e tangíveis, tais como a arquitectura do edifício, a forma de vestir, a tecnologia utilizada, a forma de comunicar. Um outro nível está relacionado com os valores, que são difíceis de pesquisar e observar directamente. O terceiro nível está relacionado com os pressupostos básicos, tais como, crenças significativas, percepção, pensamentos e sentimentos.

Autores como Trice e Beyer (1993) incluem no conceito de cultura aspectos comportamentais, cognitivos e emocionais. Nesse estudo distinguem dois aspectos da cultura organizacional: a essência – conjuntos de valores, crenças e normas; e as manifestações observáveis – conjunto de símbolos, linguagens narrativas e práticas.

Quando falamos de cultura organizacional e dos seus valores não estamos necessariamente perante uma uniformidade de valores, podendo mesmo ser conflituosos, apesar de existirem dentro da mesma cultura.

O modelo dos valores contrastantes de Quinn e Cameron (1999) descreve constrangimentos organizacionais, analisando as tensões existentes no ambiente organizacional, contrapondo flexibilidade e controlo e ainda ambiente externo e interno. As linhas gerais das orientações estratégicas indicam-nos que as organizações devem ser adaptáveis e flexíveis, no entanto pretende-se que sejam ainda estáveis e controladas. No esquema que se segue, cada quadrante do esquema representa um de quatro modelos principais da teoria da organização.

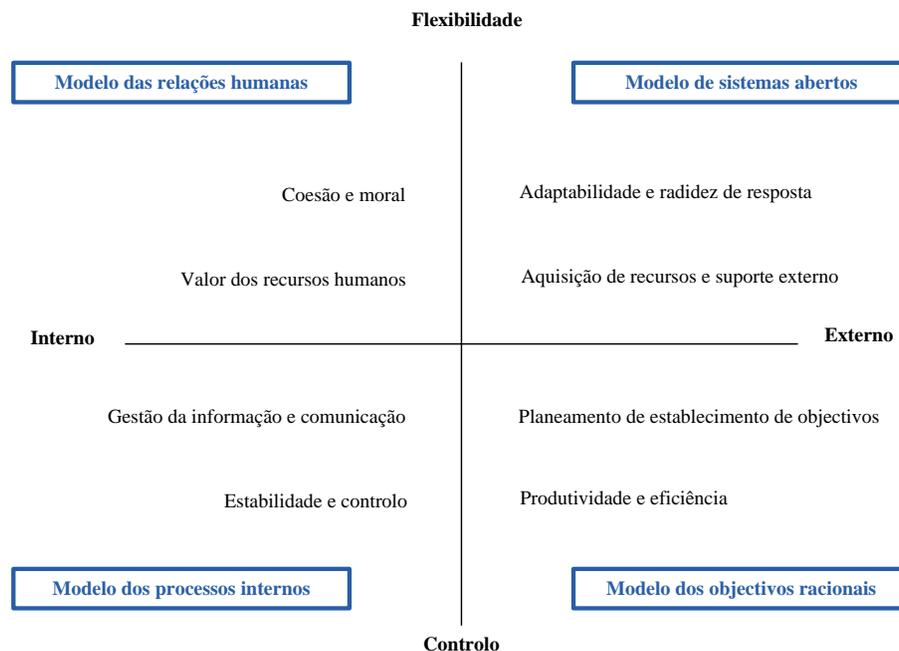


Diagrama 7 - Modelos da teoria da organização

Fonte: Adaptado de Quinn (1996)

Detalhando melhor cada um dos modelos:

Modelo das relações humanas: Enfatiza a flexibilidade e a focalização interna. A coesão, o moral e o desenvolvimento de recursos humanos são os critérios para a eficácia;

Modelo de sistemas abertos: Enfatiza a flexibilidade e a focalização externa, e força a prontidão, o crescimento, a aquisição dos recursos e a sustentação externa;

Modelo de objectivos racionais: Enfatiza o controlo e a focalização externa. Considera o planeamento, o estabelecimento de um objectivo, a produtividade e a eficiência;

Modelo dos processos internos: Enfatiza o controlo e a focalização interna e o papel da gestão da informação e comunicação.

Segundo os autores, os quatro quadrantes que emergem do modelo abrangem as quatro formas organizacionais:

Cultura de grupo (Clã) – foco na manutenção interna com flexibilidade, preocupação pelas pessoas e sensibilidade dos clientes;

Cultura de inovação (Adocracia) – foco no posicionamento externo com um elevado grau de flexibilidade e individualidade;

Cultura racional (Mercado) – foco na manutenção interna com necessidade de estabilidade e controle;

Cultura hierárquica (Hierarquia) – foco no posicionamento externo com necessidade de estabilidade e controle.

A cultura organizacional está relacionada com o contexto organizacional encontrando-se em constante reformulação e aperfeiçoamento, uma vez que o contexto de uma organização está sempre em mudança. Esta vai-se adaptando às alterações no meio ambiente da organização e aos vários problemas internos, daí que cada organização tenha o seu contexto e por derivação a sua cultura.

Se na estratégia de uma organização estiver prevista uma mudança é fundamental saber como lidar com a cultura organizacional. Grandes organizações nomeadamente públicas de saúde têm uma forte cultura organizacional. Assim é necessário definir que tipo de acção sobre essa cultura se deverá tomar: ignorá-la; geri-la; ou mudá-la. Associamos muitas vezes, as grandes instituições públicas a necessidade de mudança da sua cultura. No entanto, esta tarefa é difícil mas possível. Para isso é necessário que a estratégia seja clara, a cultura seja diagnosticada e analisada e a estratégia adaptada em função da sua cultura organizacional.

Para que esta abordagem tenha sucesso, é necessário o envolvimento e empenho do topo da organização no processo de mudança. É ainda decisivo definir quais os elementos da cultura importantes para o sucesso e sobrevivência da organização.

Nas organizações de saúde existem várias subculturas caracterizadas por valores distintos, devido a este tipo de organizações possuem características tecnológicas, socioculturais e culturais que as distinguem de outro tipo de organizações, uma vez que integram um conjunto diversificado de grupos profissionais com qualificações académicas elevadas, aliadas a atitudes corporativas associadas ao grupo a que pertencem. No seu estudo, este autor identifica que num processo de mudança, o centro operacional, principalmente neste tipo de organizações, devido à sua qualificação e ao facto de geralmente se gerirem por regras, relacionadas com as associações profissionais (contexto externo), é o elemento fundamental para implementar mudanças. Ainda segundo o autor a coesão interna nestas organizações é ameaçada pelos grupos profissionais mais influentes, principalmente à sua autonomia profissional, que entra muitas vezes em conflito com a responsabilidade hierárquica e burocrática.

Também Pericles (2000) afirma que as organizações de saúde dispõem de um conjunto de profissionais que possuem uma variedade de subculturas, cada uma com os seus próprios valores e crenças. A gestão, integração e alinhamento desta variedade cultural, conduzirá ao sucesso, inovação e melhoria organizacional contínua.

Assim, a cultura organizacional é fundamental para a estratégia de uma organização, no sentido de que esta proporcionará a forma para se alcançar o sucesso pretendido. Por outro lado, a

definição estratégica deverá adaptar-se à cultura existente, na medida em que nenhuma estratégia é bem sucedida se não estiver conjugada com a cultura da organização, exceptuando os casos cuja estratégia tenha como objectivo a promoção de novos modelo culturais.

Muitas das iniciativas de mudança organizacional, que incluem a reengenharia de processos e a gestão da qualidade total (TQM) falham devido à falta de atenção dada à cultura organizacional. Assim, para se iniciar um processo de mudança organizacional deve-se iniciar com uma mudança ao nível mais básico, facilitando posteriormente a introdução de mudanças a outros níveis. Por este motivo a cultura organizacional e a liderança são apresentados como elementos fundamentais num contexto de mudança. E como refere Schein, a liderança e a cultura fazem parte de um mesmo processo, pelo que devem estar juntas.

Como temos vindo a referir a gestão da cultura organizacional é fundamental num processo de mudança. Galpin (1996), numa visão bastante pragmática sobre a função da cultura no processo de mudança, refere que a função primordial da gestão da cultura, durante o processo de mudança, é a de implementar e apoiar as mudanças. Demasiadas vezes os gestores procuram forçar a implementação das mudanças porque lhes falta a compreensão de como as tornar importantes para os seus colaboradores. Este autor identifica dez componentes culturais existentes numa organização que é necessário trabalhar num processo de mudança e refere que para a mudança ser bem sucedida não é suficiente trabalhar apenas algumas destas componentes, mas sim todas elas, ainda que nem todas as mudanças sejam influenciadas por todas as componentes. No entanto, devem servir de filtro para identificar quais os comportamentos culturais que facilitarão a implementação e sustentação da mudança.



Diagrama 8 - Componentes da cultura organizacional

Este autor reforça a necessidade de gerir continuamente as componentes culturais para reforçar a mudança. Uma gestão contínua das componentes culturais durante o processo de mudança é fundamental para a sustentação da mudança, nas operações correntes da organização. Afirmando que as organizações que descuidam o processo de mudança depois de ele ter sido iniciado correm fortes riscos que este venha a falhar - “A mudança que não é continuamente gerida não conseguirá resultados sustentados”. Num processo de mudança é muito importante definir claramente, no seu plano de acção, uma figura de acompanhamento da mudança, para evitar que após os primeiros sinais de sucesso de mudança, os esforços sejam descuidados contribuindo inevitavelmente para o retorno ao estado anterior à mudança.

Na implementação de um esforço de mudança organizacional o aspecto mais complexo a gerir é a cultura organizacional. No entanto, as organizações têm de evitar o caminho mais fácil nos processos de mudança que é ignorar a cultura, tendem a focalizar a sua atenção em aspectos mais operacionais da mudança. A acção deve ser a contrária, devem empenhar-se em trabalhar os aspectos culturais definindo planos de acção. Estes devem ser acompanhados de um forte acompanhamento ao longo do processo de mudança, ou seja, antes e depois da implementação da mudança, só assim poderá ser garantida uma sustentabilidade duradoura da mudança introduzida.

Método

De acordo com Yin (1989), um estudo de caso é uma investigação empírica que estuda um fenómeno contemporâneo, dentro de um contexto real, onde os limites entre os fenómenos e o contexto não estão claramente evidenciados e no qual muitas fontes de evidências são utilizadas. Segundo este autor o estudo de caso, sendo um estudo qualitativo, é adequado especialmente quando os limites entre fenómeno e contexto não são claramente evidentes. O estudo de caso caracteriza-se como um estudo em profundidade baseado numa análise intensiva empreendida em uma única organização (Bruyne, Herman e Schoutheete, 1991). Este método tem sido a estratégia de pesquisa privilegiada nos estudos clínicos e longitudinais, incluindo os processos de diversificação, mudanças organizacionais e estudos sobre política e cultura organizacional (Pettigrew, 1985; Fleury e Fischer, 1989). As duas grandes vantagens dos estudos de caso são a sua competência na exploração de processos sociais, à medida que eles se desenrolam nas organizações, e possibilidade de considerar um grande número de variáveis, as quais não necessitam de ter sido predeterminadas.

O método de pesquisa deste trabalho é o estudo de caso, tendo como unidade de análise: uma organização hospitalar – centro de saúde. O objectivo a identificar é um modelo de referência que agrupe um conjunto de linhas orientadoras que permitam aumentar o nível de informatização nos centros de saúde, contribuindo para o desenvolvimento de processos mais eficazes e eficientes, introduzindo a mudança de uma forma contínua.

A implementação de um sistema de informação provoca invariavelmente alterações nas formas de trabalho e que automatizam os processos organizacionais. Sob este cenário é natural que surjam reacções de resistência à mudança. Para minimizar estas reacções à mudança é necessário que se utilize uma metodologia de gestão da mudança. Este trabalho pretende apresentar um modelo de referência para o processo de atendimento administrativo e clínico para os centros de saúde, recorrendo para tal à introdução de um sistema de informação que agilize estes processos, à luz dos pressupostos da qualidade total.

Técnicas de Recolha de Dados

Neste estudo foram utilizadas várias técnicas de recolha de dados tais como: pesquisa na internet, na qual se obtiveram dados históricos e os resultados mais recentes da organização; análise documental e de arquivos. Para medir a cultura da organização e liderança alvo deste caso de estudo foram utilizados os questionários de Quinn para a liderança e para a cultura organizacional (modelo dos valores contrastantes).

A descrição do processo alvo de mudança baseou-se na observação do modo de funcionamento do centro e com base nos relatos de administrativos, enfermeiros e médicos. Para a detecção dos disfuncionamentos que são passíveis de ser melhorados, foi utilizado o instrumento FMEA (Failure Mode Effects Analysis). Este permite identificar as falhas num determinado processo sem a preocupação das causas. Foi ainda utilizada a ferramenta de Stream Analysis, criada por Jerry Porras, que permite analisar as causas das ineficiências reveladas pela FMEA, à luz das várias dimensões organizacionais. Todos estes instrumentos foram aplicados com o objectivo de identificar o caminho da mudança baseada no modelo EFQM – o critério dos meios: a liderança e os processos, propondo um modelo de referência para este processo.

Recolha da Informação

Os dados foram recolhidos através de dois inquéritos disponibilizados aos profissionais do centro de saúde da Amora no conselho do Seixal. A opção desta amostra prende-se com o facto de ser uma unidade de saúde com um nível de informatização (administrativa e clínica integrada) baixo. E devido ao facto de ter concentrado no ano passado o atendimento permanente do centro de saúde do Seixal viu o número de doentes que recorrem a estes serviços aumentar significativamente. Por este motivo, era um óptimo exemplo de uma organização de saúde que necessita de agilizar o seu atendimento administrativo bem como clínico, de forma a prestar um serviço com melhor qualidade aos seus doentes. Seria um excelente candidato à mudança de processos apresentados neste estudo. Todos os modelos de cartas enviadas para a aplicação dos instrumentos da liderança e cultura, estão disponíveis em anexo (anexo I)

Caracterização da Amostra

Em relação à população que se pretendia atingir (três grupos profissionais: médicos, enfermeiros e administrativos) seria necessário construir uma amostra que fosse representativa da população. Foram seleccionados cinco elementos de cada grupo profissional, em que um dos elementos exercia, à data, funções de gestão. Tendo em conta a população (15 médicos, 20 enfermeiros e 15 administrativos) de cada um dos grupos profissionais que exercem funções ligadas ao circuito alvo de estudo – consulta de medicina geral e familiar.

O centro de saúde sobre o qual foi realizado este estudo situa-se no conselho do Seixal e pertencente à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo – Sub-região de Saúde de Setúbal. Este centro de saúde, relativamente às várias categorias profissionais, é constituído da seguinte forma:

- 15 Médicos de medicina geral e familiar;
- 1 Pediatra;
- 1 Médico de cirurgia;
- 1 Psicólogo;
- 20 Enfermeiros;
- 1 Assistente social;
- 15 Administrativos;
- 4 Auxiliares de acção médica.

Responde às necessidades de 60 mil cidadãos, dos quais cerca de 20 mil se encontram sem médico de família. O número de médicos, enfermeiros e administrativos tem vindo a diminuir no centro de saúde. O coordenador clínico da especialidade de medicina geral e familiar, desta organização de saúde, refere que são as mesmas equipas que asseguram as consultas de recurso e o serviço de atendimento permanente (SAP).

Motivo da escolha destes Instrumentos e a sua validade no Contexto da Saúde

Os instrumentos escolhidos para a obtenção dos resultados apresentados neste estudo foram: o da Liderança e da Cultura de Quinn, a FMEA e a Stream Analysis de Jerry Porras. A escolha destes instrumentos, e não de outros, prende-se com o facto de já todos terem sido utilizados em estudos anteriores em organizações de saúde, tendo obtido resultados que permitem a elaboração de análises conscientes e contribuem para a definição de modelos de actuação no caminho da excelência.

Instrumento de Liderança de Quinn ao Contexto da Saúde

O instrumento de liderança de Quinn tem por base a tradução e adaptação da versão original, ou seja, no modelo dos valores contrastantes de Quinn e Roughbaug (1983). Este questionário é constituído por 32 questões, que pretendem avaliar as competências de liderança, distribuindo-as de forma igual por oito papéis – mentor, facilitador, broker, monitor, director, produtor, inovador e coordenador. Os oito papéis encontram-se distribuídos por quatro quadrantes, isto é, por quatro modelos de valores definidos pelo autor. O modelo das relações humanas representa o seu foco na dimensão flexibilidade e na orientação interna e representa os papéis de facilitador e mentor. No modelo dos sistemas abertos, representado pela flexibilidade e pela orientação externa, encontramos os papéis de broker e inovador. Por outro lado, com foco na estabilidade e na orientação externa encontramos o modelo dos objectivos racionais onde se apresentam os papéis de produtor e director. E finalmente baseado na estabilidade e na orientação interna encontramos os papéis de monitor e coordenador. Este instrumento utiliza uma escala de *likert*, com sete opções, que variam entre quase nunca e quase sempre.

Instrumento de Cultura de Quinn ao Contexto da Saúde

O instrumento da cultura foi aplicado com o objectivo de elaborar duas avaliações da cultura do centro de saúde: a actual e a desejada. Os resultados da aplicação deste instrumento permitem perceber a diferença entre a cultura desejada e a que realmente existe na organização. Para avaliar a cultura organizacional, foi utilizado o instrumento OCAI – Organizational Culture Assessment Instrument, que tem vindo a ser utilizado em vários estudos, tendo sido plenamente aceite, em função de ter sido exaustivamente testado e aperfeiçoado ao longo de pesquisas em mais de 1000 organizações dos Estados Unidos (Cameron e Quinn, 1996). No contexto da saúde em Portugal também foi utilizado por Parreira (2006) no seu estudo sobre cultura em ambiente cirúrgico. Para avaliar os perfis culturais das organizações utilizou-se o instrumento OCAI, composto por seis dimensões da cultura organizacional – características dominantes, liderança organizacional, gestão dos recursos humanos, coesão organizacional, ênfase estratégica, critério de sucesso – onde cada dimensão é representada por quatro premissas, cada uma relativa a um determinado tipo de cultura predominante – clã, adhocracia, mercado ou hierarquia.

Instrumento de FMEA ao Contexto da Saúde

Este instrumento foi desenvolvido pelo NCPS (National Center for Patient Safety) e já foi adoptado por uma unidade certificadora da qualidade - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Este instrumento permite identificar os constrangimentos existentes num determinado processo. Utilizando a perspectiva de Argyris e Schön (1978), podemos afirmar que este instrumento permite-nos efectuar uma análise *single loop*. Com este instrumento foi possível identificar os constrangimentos sem que se tivesse de analisar as suas causas.

A primeira fase da aplicação deste instrumento é o desenvolvimento de um quadro que represente a sequência de acção de um determinado processo. Desde a actividade 1 até à actividade n, os seus efeitos são avaliados quanto à gravidade (escala de 1 a 9), as causas são avaliadas quanto ao grau de ocorrência (escala de 1 a 9) e pelo grau de detecção (escala de 1 a 9). Finalmente, calcula-se para cada causa-efeito o RPN (Risk Priority Number – obtido a partir do produto da gravidade, ocorrência e detecção). Este número permite definir a prioridade de cada

uma das falhas identificadas e as respectivas acções correctivas de acordo com os critérios definidos. Com este instrumento é possível ter uma vista geral de todos os incidentes de um determinado processo e o seu grau de importância.

Instrumento de *Stream Analysis* de Porras ao Contexto da Saúde

Este instrumento permite efectuar na perspectiva dos autores Argyris e Schön (1978), uma análise *double loop*, ou seja, com a utilização da ferramenta de *stream analysis* foi possível identificar as causas dos constrangimentos identificados pelo instrumento anterior e potenciar as mudanças necessárias para que o processo estudado seja otimizado nas suas várias dimensões.

Este instrumento permite identificar os problemas que causam constrangimentos no processo em análise. Identificando as causas-efeitos de todos os problemas, identificando o principal que potencia todos os outros. A aplicação deste instrumento divide-se na construção de um mapa diagnóstico (*stream diagnostic chart*) e num mapa intervenção / acompanhamento (*stream planning chart*).

Limitação dos Métodos

Quanto aos resultados do estudo, observou-se uma boa ligação com os modelos teóricos escolhidos. Embora os resultados não possam ser generalizados, uma vez que resumem-se ao caso analisado – centro de saúde da Amora, no entanto, verificamos que as linhas deste estudo poderiam ser aprofundadas numa pesquisa de maior amplitude que permita generalizações (validade externa).

Enquadramento da Necessidade de Mudança

De seguida é apresentado um diagrama que pretende ilustrar as actividades realizadas por uma unidade prestadora de cuidados de saúde – centro de saúde. Este diagrama tem por objectivo apresentar uma panorâmica geral do que é um centro de saúde, para então se conseguir compreender o detalhe do circuito da consulta de medicina geral e familiar.

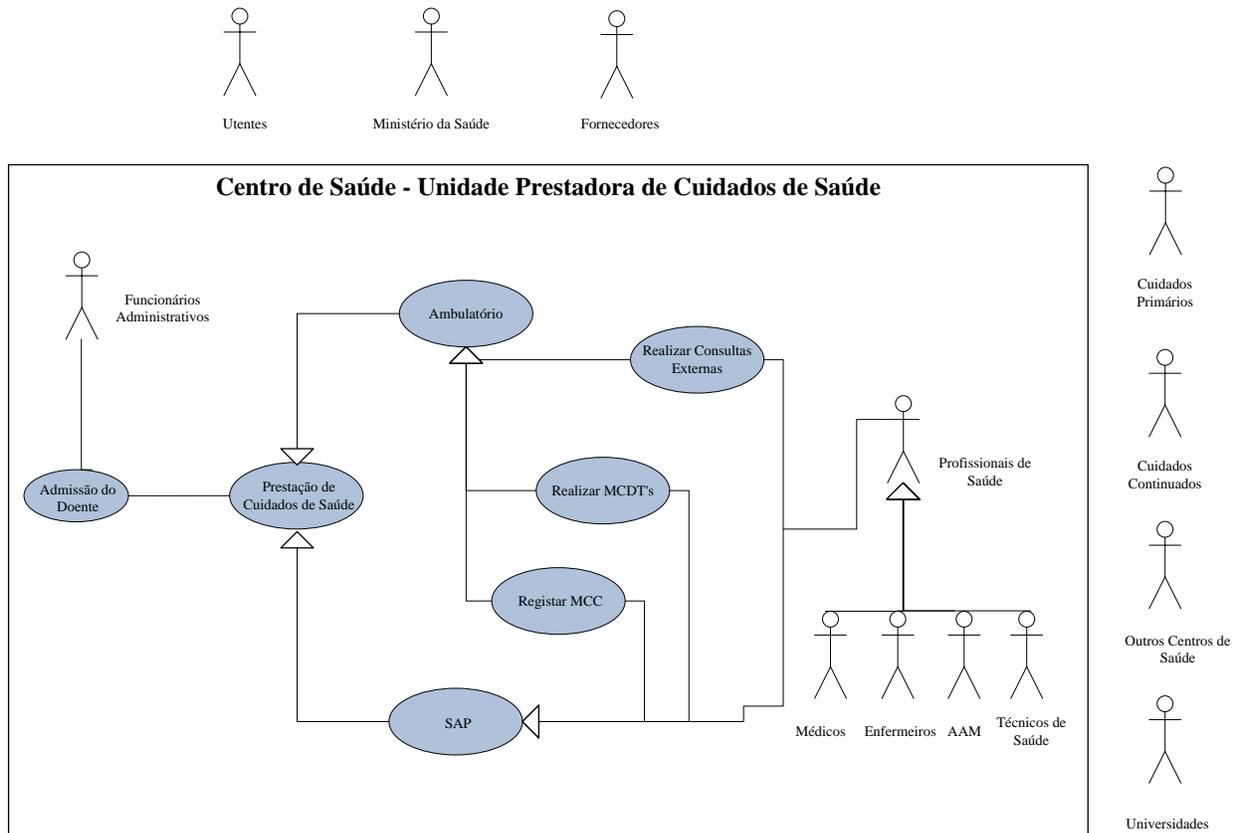


Diagrama 9 - Centro de saúde – unidade prestadora de cuidados de saúde.

No plano nacional de saúde 2004/2010 são apresentadas orientações estratégicas que devem suportar a gestão da mudança, esta encontra-se centrada no cidadão, mais propriamente na escolha do cidadão. As principais linhas orientadoras são o desenvolvimento de esforços, no sentido de aumentar o acesso a informação válida e isenta e aumentar a liberdade de escolha no acesso aos cuidados de saúde.

Estratégias Para a Gestão da Mudança

“Os investimentos previstos no sistema de saúde deverão providenciar ao cidadão um atendimento de qualidade, em tempo útil (melhoria do acesso), com efectividade, humanidade e custos sustentáveis ao longo do tempo.

Para tal, a mudança prevista deverá focar, essencialmente, a rede de cuidados primários, a rede de cuidados secundários, a rede de cuidados continuados e a política do medicamento.”¹

Os principais instrumentos a operar nesta mudança são uma gestão centralizada no serviço, invertendo a tradicional pirâmide de autoridade, isto é, todos os elementos da organização servem alguém. A gestão é vista como um serviço, os gestores servem sempre alguém dentro da organização, ou seja, o centro operacional.

Esta mudança deve ser acompanhada de uma responsabilização clara dos gestores e executores, apoiados por informação mais acessível e resultante de uma maior atenção aos sistemas de informação. Os centros de saúde devem abraçar estas linhas orientadoras para a gestão da mudança, adaptando-a ao seu contexto. Introduzindo programas de inovação e qualidade, melhorando o recrutamento e selecção e tentando implementar um sistema de promoções e progressões, ainda que a nível central se verifique uma falta de incentivos à carreira de saúde pública. No entanto, para que os resultados sejam positivos é necessário efectuar uma avaliação e controlo do desempenho. Todas estas acções devem ser alvo de comunicação, envolvimento e participação dos trabalhadores (ver detalhe no diagrama do anexo II).

As metas referidas no plano nacional de saúde para os centros de saúde visam melhorar as práticas de atendimento aos doentes, bem como desenvolver capacidades de gestão e de liderança, dando continuidade aos projectos já em curso, relacionados com a melhoria contínua do desempenho das direcções dos centros de saúde. A melhoria das práticas de atendimento aos doentes pode ser atingida através de uma reformulação do circuito do doente na consulta da especialidade com mais actividade no centro de saúde, ou seja, medicina geral e familiar.

¹ Ministério da Saúde, in Plano de Saúde Nacional 2004/2010

Para suportar a implementação de um sistema de informação que potencie a optimização do actual circuito de atendimento dos doentes das consultas de medicina geral e familiar nos centros de saúde é necessário definir um plano de transformação que reúna as diversas iniciativas que terão que ser articuladas, seguindo uma lógica de agrupamento em grandes dimensões (ver diagrama anexo II).

Descrição do Processo

Foram identificadas falhas na trajectória actual dos doentes, no processo da consulta de medicina geral e familiar, com acompanhamento do serviço de enfermagem por um doente com doença crónica e que necessita de referenciação para uma consulta externa de especialidade no hospital, identificando-o como sendo o processo crítico a optimizar.

A reengenharia deste processo deve ter em conta o programa promovido pelo Governo – SIMPLEX. Em particular, o projecto da consulta a tempo e horas (CTH) que garante ao doente a marcação de primeiras consultas de especialidade no hospital, sem necessidade de se deslocar. O doente fica a aguardar em casa a informação sobre o dia e hora da sua marcação.

Muito genericamente, o processo desenrola-se da seguinte forma: em cada visita que o doente faz ao centro de saúde é feita uma inscrição, a informação clínica relevante é introduzida no processo físico do doente (papel), o que obriga a uma carga administrativa no que respeita ao levantamento das fichas clínicas no arquivo (de cada vez que o doente se deslocar ao centro é necessário que o processo esteja na sala onde o médico o vai atender).

Por outro lado, caso o doente pertença a um grupo de risco (hipertensão, diabetes, etc.), é primeiro atendido pelo enfermeiro que elabora uma folha de acompanhamento (papel) com uma avaliação prévia do estado geral do doente, para o médico analisar na consulta. Esta folha acompanha o doente do gabinete de enfermagem para o consultório médico, no entanto por vezes não chega ao consultório em tempo real, dificultando o diagnóstico médico. No acto da consulta e caso o diagnóstico o justifique, o doente é referenciado para uma consulta de especialidade no hospital, neste caso o médico tem de preencher um formulário em papel (o preenchimento

manual origina faltas de informação), que o doente leva consigo para proceder ao respectivo agendamento (sujeito a extravio).

Modelo de Análise

Expectativas da Liderança e das Pessoas para a Execução do Processo

A variável liderança foi analisada em termos de complexidade comportamental, ou seja, sob a capacidade dos gestores em executarem diferentes tipos de liderança de acordo com as necessidades que lhe são apresentadas pela organização. A liderança emerge como o centro responsável pela formação e partilha da cultura com os seus colaboradores.

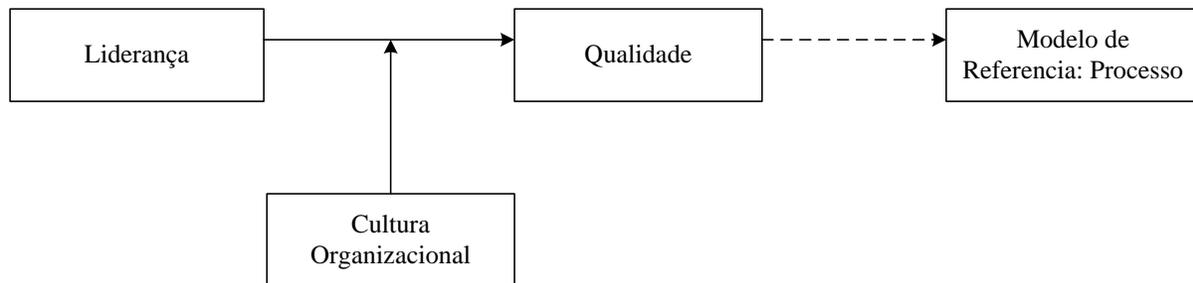


Diagrama 10 - Modelo da liderança, cultura e qualidade

Este trabalho discute a relação entre a implementação de sistemas de informação e processo de mudança organizacional acima identificado. Esta relação pode ser analisada através de duas hipóteses: uma com uma abordagem tecnológica, onde o ponto de partida é a introdução do sistema de informação, sendo este o impulsionador desta mudança e outra com uma abordagem organizacional, em que o sistema de informação fica em segundo lugar e é visto apenas como uma ferramenta para auxiliar e ajustar o processo de mudança.

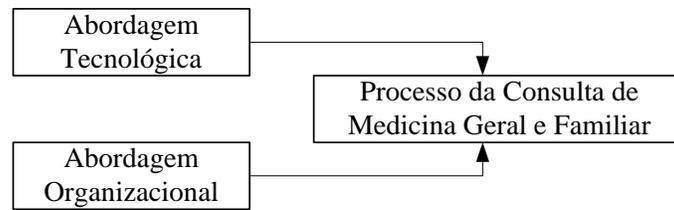


Diagrama 11 - Duas abordagens à mudança do processo da consulta

O processo de mudança deste circuito vai ser apresentado sob duas perspectivas, uma baseada no conceito de mudança contínua e outra baseada no conceito de mudança episódica. Para tal vamos utilizar três modelos: Lewin para descrever a mudança numa abordagem tecnológica e o modelo de Quinn e o de Jerry Porras para uma abordagem organizacional.

Modelo de Lewin

A mudança numa perspectiva baseada no modelo de Lewin consiste na alteração do actual processo da consulta de medicina geral e familiar numa perspectiva apenas tecnológica. Ou seja, a alteração ao processo seria efectuada tendo em conta os aspectos tecnológicos considerando a implementação do sistema de informação como o elemento desencadeador da mudança. A introdução do sistema de informação altera a ordem de funcionamento do actual circuito da consulta iniciando-se assim a primeira fase do modelo definido pelo autor. É introduzida uma alteração que abala o estado de equilíbrio que existia no processo.

Lewin, tal como referido anteriormente, conceptualizou a mudança como um processo em três fases:

- Descongelamento (prende-se com as alterações do estado de equilíbrio);
- Mudança (desenvolvimento de novas respostas);
- Recongelamento (estabilização da mudança).

Segundo Lewin para se obter sucesso numa mudança é necessário analisar quais os elementos que são fundamentais para a sua implementação e tentar desenvolver esforços, no sentido de aumentar os elementos favoráveis e reduzir os não favoráveis. Este modelo baseia-se no conceito de mudança episódica, para obter sucesso na implementação de uma mudança com estas

características é necessário identificar os elementos que irão apoiar o projecto de mudança e tentar minimizar o fenómeno da resistência à mudança. Desta forma, à luz do modelo defendido por este autor, deve-se iniciar um processo de mudança, com uma análise à mudança que será introduzida no processo.

No caso concreto, da mudança a introduzir ao processo da consulta de medicina geral e familiar é necessário começar por analisar o formato em que se vai introduzir a mudança. A alteração a introduzir neste processo passa pela implementação de um sistema de informação que permita otimizar o processo da consulta de medicina geral e familiar, com acompanhamento do serviço de enfermagem por um doente com doença crónica e que necessita de referência para uma consulta externa de especialidade no hospital.

Outro elemento que o autor considera fundamental para se obter sucesso numa mudança é analisar os elementos fundamentais para a sua implementação. Neste caso referimo-nos às chefias dos grupos profissionais envolvidos no processo. É indispensável ganhar adeptos para os novos comportamentos que são necessários.

Assim, o processo de mudança deve iniciar-se com a constituição de uma equipa de trabalho constituída por elementos dos vários grupos profissionais envolvidos nesta alteração – médicos e enfermeiros e administrativos. Esta equipa deve analisar o processo actual e avaliar os pontos onde se podem introduzir alterações que contribuam para a melhoria do processo como um todo.

Posteriormente é necessário elaborar um plano de comunicação global da mudança, que envolva todos os elementos que vão estar directamente ou indirectamente envolvidos no processo de mudança – implementação do sistema de informação integrado entre a área clínica e administrativa.

Por fim, inicia-se o processo de mudança, ou seja, mudar do estado actual para o outro o novo estado, que coincide com a implementação do sistema de informação. E finalmente é muito importante consolidar a utilização do mesmo e garantir que o processo mudou com a utilização do novo sistema de informação.

Modelo de Quinn

A mudança numa perspectiva baseada no modelo de Quinn consiste na alteração do actual processo da consulta de medicina geral e familiar numa perspectiva organizacional e de uma forma contínua. Esta perspectiva organizacional é uma abordagem que dá ênfase ao aspecto da reestruturação dos processos e consciencialização das pessoas, colocando os sistemas de informação como elemento secundário. A estratégia de mudança está baseada na reengenharia do processo, o que significa formular as questões mais básicas do funcionamento do centro de saúde, desconsiderando-se todas as estruturas e procedimentos existentes e criando novas formas realizar o trabalho.

O modelo defende que é necessário estabelecer um sentido de urgência relacionando o ambiente externo, com situações de crise potenciais ou reais. No plano nacional de saúde 2004/2010 são apresentadas orientações estratégicas que suportam a gestão da mudança, com uma forte orientação para a escolha do cidadão. A possibilidade do cidadão ter liberdade de escolher a unidade de saúde que considera mais capaz para resolver as suas necessidades de saúde, identifica um sério risco para as unidades que não conseguirem mudar. Assim o primeiro passo é identificar e classificar como urgente a optimização do processo da consulta com mais actividade nos centros de saúde.

O modelo indica que se deve criar uma forte ligação entre os indivíduos que acham que é necessária a mudança, ou seja, devemos apostar nos elementos facilitadores da mudança e tentar que sejam o maior número possível. Criando uma equipa de trabalho constituída por elementos dos vários grupos profissionais envolvidos nesta alteração – médicos e enfermeiros e administrativos – que ocupem funções de chefia fundamentais para auxiliar na alteração de todo o processo, de forma a funcionarem como “key-elements” da mudança.

Analisando as directivas do plano de saúde, que apontam para a necessidade de inovar, de capacitar os serviços de um atendimento de qualidade. É então necessário que a direcção do centro materialize esta visão para que seja possível atingir o resultado final desejado, ou seja a melhoria do atendimento dos doentes da consulta de medicina geral e familiar.

O passo seguinte é comunicar aos colaboradores a necessidade de alterar as formas de executar processos como o da consulta de medicina geral e familiar. Esta visão deve ser comunicada através dos vários canais de comunicação que o centro dispõe.

Este modelo considera ainda muito importante motivar os colaboradores, para que estes ajam de acordo com a visão, permitindo mudar os procedimentos com vista a facilitar a implementação da mudança.

Ao longo do processo de alteração do processo da consulta apoiado pela implementação do sistema de informação é necessário apresentar os ganhos de curto prazo e comunicá-los, criando assim um ambiente de mudança contínua.

Sempre numa perspectiva de mudança contínua é necessário consolidar as mudanças e identificar sempre novos pontos que permitam a melhoria continua. Sendo para tal imperativo alterar os procedimentos, as políticas e as estruturas que não estejam de acordo com a visão.

Como chapéu deste processo de mudança é necessário institucionalizar as novas abordagens. E divulgar a ligação entre o esforço da mudança e o sucesso organizacional, apresentando resultados efectivos das melhorias da qualidade dos serviços prestados aos doentes. A mudança é operacionalizada pelas pessoas e não pela tecnologia.

Modelo Organizacional de Jerry Porras

Este modelo foi desenvolvido especificamente para mudar as organizações e para os que necessitam de uma perspectiva teórica como guia. Porras (1987), apresenta este modelo que assenta na ideia de que o desempenho organizacional é o resultado do interrelacionamento de várias componentes das organizações. As pessoas e os seus comportamentos são elementos chave para compreender as organizações e como estas podem ser alvo de mudança. Os comportamentos individuais são os elementos determinantes nos resultados das organizações – performance organizacional e o desenvolvimento individual. Quando se pretende melhorar um destes resultados é necessário que o comportamento dos membros da organização mude na direcção pretendida. Este modelo apresenta uma visão sobre como os colaboradores de uma

organização apreendem novos comportamentos e mudam a forma de actuar no seu trabalho. O que nos leva a questionar, como mudam as pessoas? Mais concretamente como se interroga o autor Porras (1987) o que é necessário para levar as pessoas nas organizações a mudar os seus comportamentos no trabalho.

Este modelo baseia-se na teoria que surgiu no final da década de oitenta “Social Cognitive Theory” que se baseia em três pressupostos cognitivos: a) as pessoas fazem escolhas conscientes dos seus comportamentos, b) a informação que as pessoas utilizam para tomar essas escolhas surgem do ambiente que as rodeia, c) essas escolhas são baseadas: em aspectos considerados importantes para elas, na visão que têm das suas capacidades e das consequências que acham que vão ter por se comportarem de uma determinada maneira.

Assim deste modelo identificamos três elementos chaves: expectativas de eficácia, expectativas de resultados e valências. Nenhum destes três elementos, por si só, pode conduzir a novos comportamentos, apenas funcionam quando estão os três em conjunto. Se observamos o esquema no anexo IV e V podemos verificar que o ambiente e os factores organizacionais enviam mensagens aos indivíduos que afectam estes elementos chave. Factores que o identificam como críticos no processo de mudança, uma vez que envia aos seus membros sinais que afectam as suas expectativas. E é baseado neste impacto que as pessoas tomam um conjunto de comportamentos no trabalho, que contribuem para os níveis de performance organizacional e de desenvolvimento individual. Podemos ainda observar que o comportamento no trabalho e a performance organizacional afectam os factores organizacionais. E que o desempenho individual afecta os três elementos cognitivos.

A mudança do circuito da consulta de medicina geral e familiar à luz do modelo apresentado por este autor, baseia-se na alteração dos pressupostos cognitivos dos colaboradores do centro de saúde. As escolhas e as acções que tomam no seu dia-a-dia são baseadas no ambiente que nos rodeia e nos factores organizacionais que os envolvem. Os factores sociais, a tecnologia, o espaço físico e a organização formal influenciam a forma de agir dos profissionais. Este factores são críticos num processo de mudança, pois os colaboradores baseiam-se neles e são influenciados por eles. Para atingir os desempenhos organizacionais e individuais desejados é

necessário agir de forma a criar uma ligação estável entre os factores organizacionais e os individuais para que o processo de mudança seja implementado com sucesso.

Estudo Exploratório

Ao longo do processo de investigação deste estudo foram apresentados pelos profissionais do centro de saúde, várias necessidades a nível de informação estruturada que lhes permitisse simplificar e acelerar o processo de tomada de decisão. De seguida apresentam-se todos os aspectos e dimensões pertinentes que foram referenciados, acerca do que gostariam de medir e não conseguem. Muitos dos dados que os gestores necessitam existem em bruto (muitos deles em formato papel) que não permite uma análise em tempo útil. Qualquer análise mais profunda demora muito tempo a realizar, de maneira que quando os dados se encontram disponíveis já não possuem o rigor temporal que seria desejável.

As maiores lacunas de informação registam-se nos dados relacionados com o processo clínico. Não existem dados reais sobre o número de prescrições efectuadas quer a nível de medicamentos, mas também de meios complementares de diagnóstico e tratamento (mcdt's). O controlo de desmarcações e faltas às consultas agendadas é muito deficitário, uma vez que não dispõe de uma ferramenta informática que faça uma correcta análise e controlo. Não é possível medir de forma eficiente os atrasos no atendimento às consultas. Revelam dificuldades no controlo do número de doentes referenciados para consulta de especialidade no hospital de referência, devido à dificuldade de informação em tempo real do número de vagas para agendamento (gestão ineficiente da lista de espera).

As principais dimensões onde foram revelados desejos no sentido de medir melhor a informação de que se dispõe foram: análises demográficas; estatísticas sobre marcação de consultas; análises de tempos de espera; análises de produtividade; estatísticas de mcdt's; análises de custos de medicamentos e meios complementares de diagnóstico; taxas de prescrição diversas.

Das conversas informais com os colaboradores do centro de saúde salientam-se as principais necessidades/vantagens que um futuro sistema de informação para o centro deveria garantir/possuir:

- Facilidade de uso e articulação dos vários tipos de informação (clínica e administrativa): elevado nível de aceitação por parte dos vários grupos profissionais: médicos, enfermeiros e administrativos;
- Optimização dos custos: permitir a prescrição racional de medicamentos (permitindo analisar, a redução de custos com participações) sem quaisquer prejuízos para os doentes;
- Apoio ao acto médico: ferramentas que auxiliem a prescrição racional de medicamentos;
- Ferramenta de apoio à gestão: análise estatística de dados de produção e criação de indicadores de gestão;
- Acessibilidade dos centros para o exterior: criar a possibilidade de marcação de consultas na internet e possibilidade dos doentes colocarem questões on-line;
- Agilização do processo de marcação de consultas e de atendimento, que assegure a gestão de todas as actividades de um centro de saúde.

Conclui-se que os dados em bruto existem, sob suporte papel mas nunca foram transformados em informação, pelo que não geram conhecimento. O propósito da sistematização feita pelo método interactivo definido permite este elenco de dimensões.

Como sistema de suporte à decisão para a gestão, ver (anexo III) a apresentação de possíveis indicadores de análise da produção do centro de saúde e ainda outros indicadores para medir a utilização do novo processo clínico electrónico e das prescrições realizadas pelos seus utilizadores. Sempre com a perspectiva de mudança contínua, todos os processos de mudança, devem ser acompanhados após a sua implementação para evitar que o esforço de mudança fique perdido.

Modelo de Referência baseado na TQM

De seguida apresenta-se um projecto de mudança na trajectória dos doentes e com apoio num SI que irá estruturar todo o processo de mudança organizacional nos moldes que iremos detalhar ao longo deste capítulo.

De referir que este e qualquer outro projecto de mudança, deve dar uma grande importância à ideia que os gestores executam as suas tarefas, de forma a facilitar a realização das tarefas do centro operacional, ou seja servem a linha da frente.

Desde 1999, que as orientações do Ministério da Saúde evidenciam a importância da melhoria contínua da gestão e da liderança nos centros de saúde, tendo desenvolvido planos de acção para se operacionalizem os esforços de implementação de uma gestão orientada pela qualidade. Este tipo de gestão orientada pela qualidade pressupõe que seja um processo prático e pragmático e mensurável. Desde essa altura que as orientações do Ministério se centram na ideia de que uma liderança eficaz e uma cultura de aprendizagem devem ser os principais motores das mudanças organizacionais. Isto porque independentemente das opções políticas sobre o futuro dos centros de saúde vai existir sempre a necessidade, de criar um clima organizacional que motive, mobilize os colaboradores e facilite a actividade dos centros de saúde e a sua gestão.

Os centros de saúde revelam uma certa tendência para a simplificação o que tende normalmente à ocorrência de falhas, uma vez que tem muito pouco tempo e muitos doentes para ver. Por este motivo os circuitos têm de estar definidos da forma mais clara e organizada possível. A estratégia deve-se concentrar na antecipação das necessidades, através de soluções criativas e apostando na melhoria contínua.

Com base nos objectivos e metas que os centros de saúde tem de acordo com o plano nacional de saúde 2004/2010 – garantir e facilitar o acesso, atendimento do doente e otimizar a capacidade de resposta dos serviços, o projecto de melhoria proposto para o centro de saúde é a implementação de um sistema de informação que permita efectuar a interligação entre a actual aplicação administrativa e uma aplicação clínica a instalar no centro. O sistema de informação proposto coloca o doente como o elemento central de todo o processo. Este projecto vai propor

melhoria sobre a trajectória do doente na consulta de medicina geral e familiar (actividade principal do centro de saúde).

Desta forma, impõe-se como objectivo estratégico o desenvolvimento de um sistema de informação integrado, tendo em conta as seguintes áreas:

- Suporte à decisão para a gestão: implementação de um sistema de informação que permita aos gestores informação estruturada, através de indicadores e relatórios;
- Suporte à decisão clínica: implementação de um sistema de informação integrado com a actual aplicação administrativa, que permita em tempo real o registo e visualização de informação clínica e administrativa significativa para auxiliar os profissionais médicos no atendimento ao doente.

De seguida apresenta-se um esquema que representa a trajectória actual dos doentes na consulta de medicina geral e familiar. De salientar, que o esquema resulta da observação directa e da descrição dos actuais processos pelos intervenientes no mesmo.

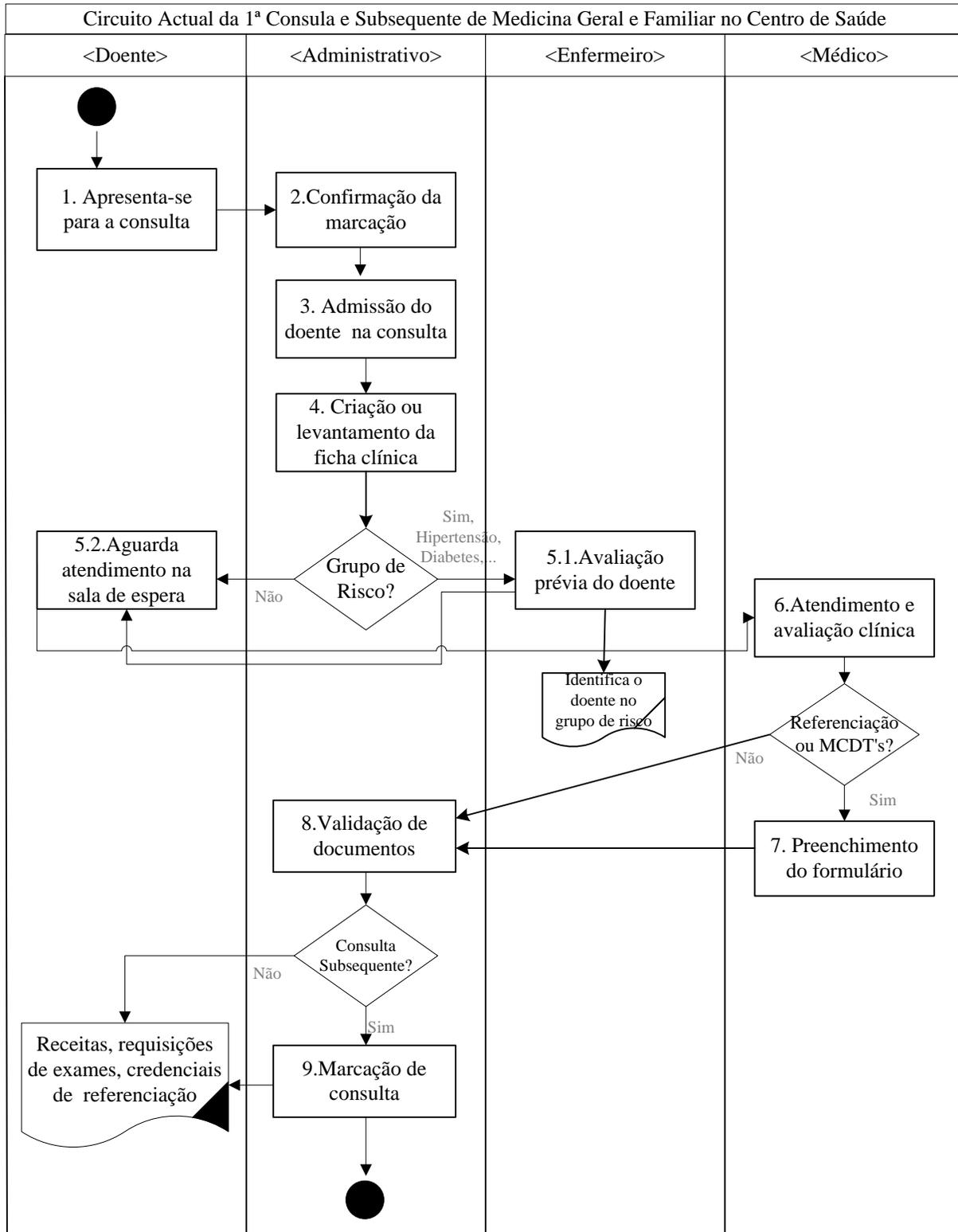


Diagrama 12 - Trajectória actual do doente na consulta de medicina geral e familiar

A implementação de um sistema de processo clínico electrónico integrado com a actual aplicação administrativa do centro, vai permitir melhorar e em alguns caso eliminar processos manuais (com documentação em papel) sujeitos as falhas. Com a implementação de um sistema com estas características vai permitir ao médico consultar o histórico clínico do doente (nomeadamente antecedentes pessoais, familiares e informação clínica relevante registada em consultas anteriores) eliminando o processo em papel e poderá efectuar toda a documentação (modelos de referenciação, receitas, declarações médicas, etc.) por via electrónica, evitando enganos no seu preenchimento.

De seguida é apresentado um esquema com os processos que podem ser optimizados com a implementação deste sistema de informação.

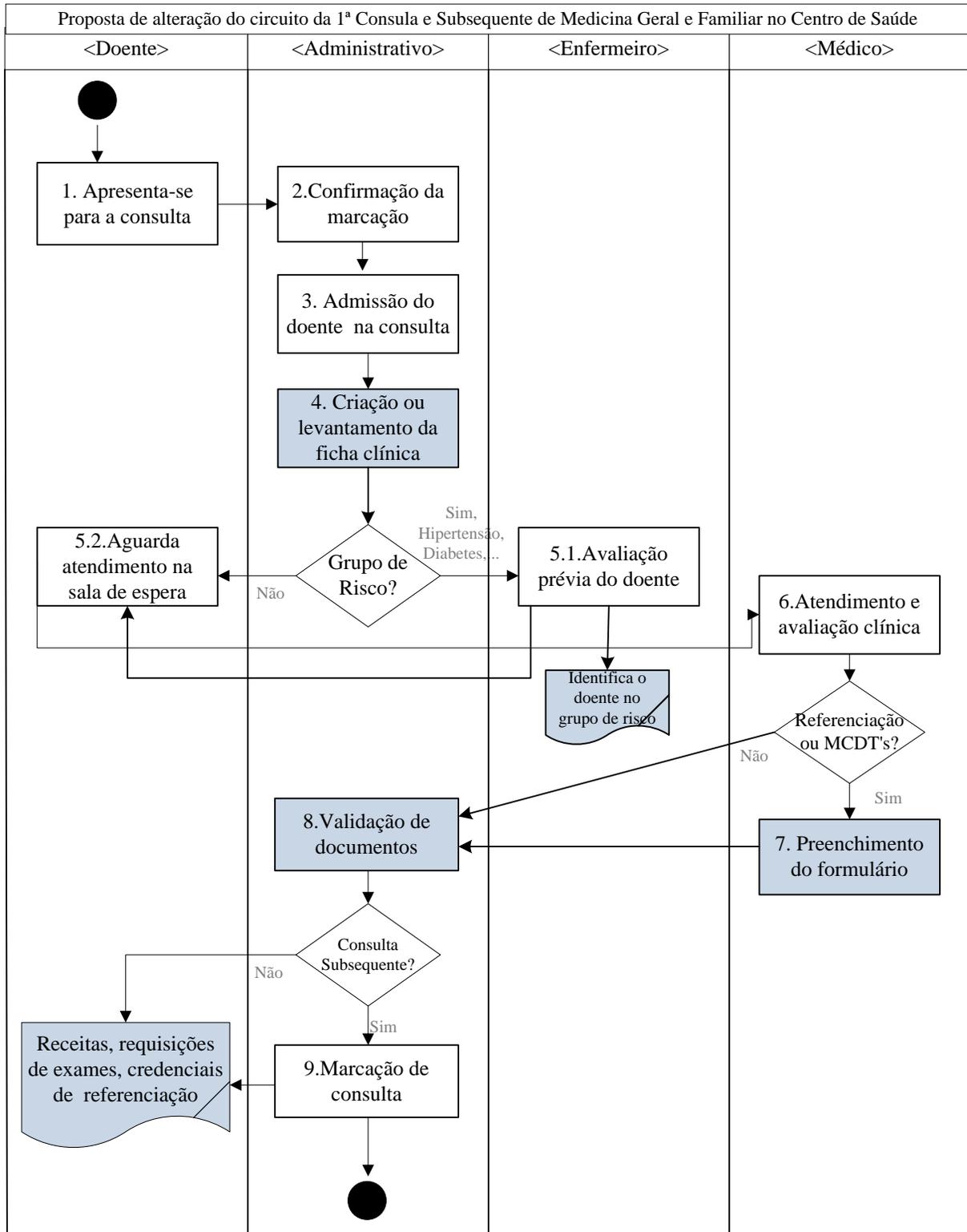


Diagrama 13 - Proposta de mudança da trajectória do doente na consulta de medicina geral e familiar

Os processos a azul são eliminados com a implementação de um processo clínico electrónico. Ou seja:

- Processo 4 – Deixa de ser necessário uma vez que o médico tem acesso a consultar o processo do doente via SI. Toda a informação clínica e administrativa passa a estar dentro do processo clínico electrónico do doente. O médico e enfermeiro (identificação do doente como fazendo parte de um grupo de risco) registam todos os dados relevantes na ficha clínica electrónica;
- Processo 7 – É eliminado uma vez que o médico passa a preencher no SI, este formulário de referência do doente para uma consulta de especialidade no hospital de referência. Esta alteração tem uma grande importância no processo de melhoria deste circuito. O facto de este formulário ser preenchido no SI do centro de saúde, (através de uma ligação ao SI do hospital central) evita incorrectos preenchimentos, extravio do documento e atrasos na marcação da respectiva consulta (uma vez que deve permitir a introdução do doente em lista de espera do hospital nos casos em que as vagas estejam já ocupadas). O SI deve permitir a interligação com o recente projecto Consulta a Tempo e Horas (CTH) desenvolvido pelo Ministério da Saúde no âmbito do Programa de Simplificação Administrativa e Legislativa (Simplex). Este programa visa melhorar o acesso através dos centros de saúde às primeiras consultas de especialidade dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (S.N.S). Assim evita a deslocação do doente ao hospital para marcar a consulta de especialidade, e é informado pelo hospital da data, hora e local da sua consulta.
- Processo 8 – A validação deixa de ser realizada pelo secretariado administrativo e passa a ser realizado de forma electrónica pelo médico no momento da consulta. Actualmente é necessário que o doente no final da consulta volte ao atendimento administrativo para: carimbar a receita, para efectuar a marcação de consulta subsequente e exames prescritos pelo médico. A maioria dos formulários passa a ser transmitida electronicamente a partir do local onde são gerados.

Da optimização deste processo resultam diversas mais-valias, entre elas:

- Aproximação, articulação e coordenação entre o centro de saúde e o hospital da sua área de referência;

- Possibilidade de permuta de dados e intervenientes inter-instituições;
- Correcta gestão de lista de espera dos centros de saúde para o agendamento de consulta externa;
- Controlo e gestão da procura de consulta de cada centro de saúde, obtida mediante dados estatísticos e outros indicadores fornecidos pelo sistema de informação;
- Diminuição do tempo de espera para obtenção de consulta, uma vez que a resposta ao doente é dada no momento do agendamento no respectivo centro de saúde;
- Redução da necessidade de deslocação do doente ao hospital.

É necessário perceber que o projecto de mudança a implementar deve ir de encontro aos objectivos estratégicos do centro de saúde. Os pontos que se pretendem assegurar são a redução e articulação de tarefas conduzindo à redução do esforço administrativo e das falhas identificadas. A informatização do processo clínico do doente no centro de saúde, disponível no SI ao invés do circuito anterior de registo manual em papel irá permitir:

- Integração e complementaridade de dados clínicos e administrativos num único processo clínico electrónico;
- O registo informático de todos os actos médicos realizados, com consequências imediatas na produtividade do centro;
- Informatização da agenda médica;
- A melhoria do registo dos actos médicos devido a:
 - Assinalar o início e fim de consulta;
 - Permitir a chamada do cliente (possibilidade e colocação de painéis electrónicos de chamada dos doentes por parte do médico, para o seu gabinete, sem necessidade de acção administrativa);
 - Possibilitar a emissão de declarações: aumentando a rapidez na obtenção das declarações (baixa para o próprio, baixa para assistência a familiares, etc.);
 - Facilitar a marcação de consultas subsequentes e exames, prescritos pelo médico no momento da consulta. O que cria a capacidade do doente decidir a sua marcação sobre a agenda electrónica existente;
- A prescrição electrónica de medicamentos e de medt's:

- Eliminando o processo de colocação de vinhetas evitando a ida novamente ao balcão administrativo;
- A monitorização de indicadores de gestão:
 - Estatísticas sobre marcação de consultas;
 - Número de requisições de consultas subsequentes;
 - Número de medt's prescritos;
 - Análises demográficas;
 - Análises de produtividade;
 - Análises de custos de medicamentos e meios complementares de diagnóstico;
 - Análises de tempos de espera:
 - Da chegada ao atendimento médico;
 - Do início do atendimento médico até ao fim atendimento médico.

Seguindo a óptica de dinamização e facilitação do acesso e comunicação entre o doente e o hospital e as restantes instituições de saúde, o actual processo de referenciação e agendamento de uma consulta de especialidade passa a ser efectuado na nova aplicação informática, que evita a deslocação do doente ao hospital. Este novo sistema de informação deve dispor de uma ferramenta que permita o registo informático de falhas ocorridas (eventos adversos), ao longo do processo da consulta de cada doente. De forma, a definir acções de melhoria futura, baseadas na aprendizagem, cultivando assim uma cultura de aprendizagem no centro de saúde (ver proposta no anexo III). Iniciando assim os primeiros passos para a implementação de uma gestão de risco no centro de saúde.

Resultados

Neste capítulo apresentam-se os resultados obtidos da aplicação dos instrumentos seleccionados para avaliar o problema apresentado no contexto da qualidade total. Tendo em conta o caminho para a atingir a excelência, os resultados vão ser apresentados como se se tratasse de uma candidatura a um prémio de excelência por parte da organização alvo deste estudo. Apesar de como já referido apenas serem analisados dois critérios. Assim, esta organização antes de iniciar um processo de candidatura para um prémio de excelência, necessita de elaborar um diagnóstico sobre o estado da mesma e proceder a uma rigorosa avaliação sobre se a organização cumpre os critérios indicados pelo modelo de excelência da EFQM. Este modelo como já referido anteriormente baseia a sua análise em dois critérios, que devem ser utilizados por esta organização para avaliar o seu percurso para a excelência, ou seja, vamos explorar a Liderança e os Processos.

Critério 1 - Liderança

Os líderes desenvolvem e facilitam o atingir da missão e visão necessários para o sucesso a longo prazo e implementam-nos através de acções e comportamentos adequados e estão pessoalmente envolvidos em assegurar que o sistema de gestão da organização está desenvolvido e implementado. Em períodos de mudança, asseguram a perseverança dos seus propósitos. Quando necessário, líderes excelentes conseguem mudar a direcção da organização e inspirar os seus trabalhadores e segui-los.

Critério 1. Liderança

Para suportar as indicações referidas nos quadros seguintes segue-se uma breve apresentação do resultado dos inquéritos sobre a Liderança – perspectiva pessoal e dos outros, de R.E. Quinn.

Antes de iniciar a análise dos resultados da aplicação do instrumento da liderança, penso que é importante referir o contexto organizacional em que se encontrava esta organização no momento da aplicação deste instrumento. Este centro de saúde encontrava-se num processo de fusão dos SAP's (Serviços de Apoio Permanente). O SAP do centro de saúde da Amora iria passar a acolher 167 mil habitantes deste concelho devido ao encerramento do centro de saúde do Seixal e de Corroios. Ou seja, toda a actividade destes dois centros transitou para o centro de saúde da Amora, o que se traduz num aumento diário do número de atendimentos neste centro. Todos os médicos que participaram neste estudo são médicos de medicina geral e familiar cuja actividade parcial é a realização de consulta no SAP.

Dos três grupos profissionais analisados no centro de saúde em causa, podemos verificar que, no grupo dos administrativos e dos enfermeiros, a imagem que o elemento de chefia tem sobre a sua capacidade de liderança é similar à dos seus colaboradores. No entanto, no grupo profissional dos médicos já se nota uma clara diferença entre a imagem que o coordenador clínico tem relativamente à sua capacidade de liderança e a capacidade que é reconhecida pelos médicos que pertencem à sua equipa de trabalho.

É notória a grande variedade de tipos de liderança que tornam qualquer caminho no sentido de uma mudança difícil de conduzir, devido às diferentes orientações que este tipo de estilos de liderança induzem, dificultam todo e qualquer processo de mudança.

Analisando de forma mais detalhada os resultados obtidos para cada um dos grupos profissionais:

Administrativos

O gestor operacional dos administrativos considera face aos comportamentos de gestão apresentados, que a sua posição é fundamentalmente marcada pelo papel de produtor, uma vez que é neste parâmetro que revela uma pontuação mais elevada. Analisando o esquema em anexo

podemos ainda indicar que este gestor apresenta um valor elevado no papel de director e facilitador, podendo concluir que tem preocupações com a produtividade e a eficiência e em encorajar a participação e desenvolvimento dos seus colaboradores efectuando uma delegação eficaz. Apresenta preocupações com a mudança e como gerir essa mudança conseguindo ao mesmo tempo motivar os outros elementos da sua equipa gerindo de forma eficaz o stress. No entanto, revela fraqueza no papel de intermediário, ou seja, não apresenta grande capacidade em negociar, nem em criar uma base de poder. Por outro lado, parece apresentar alguma capacidade em organizar e avaliar a informação de que vai dispondo.

A equipa considera que o seu gestor utiliza o papel de inovador e facilitador, ou seja, considera que é uma pessoa que lida bem com a mudança sabendo geri-la, revelando um espírito criativo. Por outro lado, apresenta características marcadas no papel de facilitador, com preocupações com os elementos da sua equipa, com o seu desenvolvimento e fomenta a comunicação interpessoal. Ou seja, a sua equipa considera que os seus comportamentos de gestão apontam mais para a flexibilização, enquadrando-se numa mistura entre um modelo de sistemas abertos e um modelo de relações humanas.

Comparando a perspectiva pessoal com a perspectiva dos outros, verificamos que este grupo profissional considera que o papel de inovador é bastante importante. Ou seja, revela um líder inovador e empreendedor, com critérios de eficácia centrados no crescimento recorrendo para isso à inovação tentando conquistar os recursos. Estamos na presença de uma cultura do tipo Adhocracia, cujas principais estratégias são a antecipação de necessidades, respondendo a estas com soluções criativas numa perspectiva de melhoria contínua, tal como, se pode comprovar pelos resultados da aplicação do instrumento da cultura sob a perspectiva da cultura desejada.

Enfermeiro

O enfermeiro chefe apresenta o valor mais elevado no papel de mentor, revelando uma atitude empática com os seus colaboradores, demonstrando confiança e reconhecimento. Analisando a figura em anexo podemos ainda indicar que este gestor apresenta um valor elevado no papel de produtor e director. Apresenta preocupações com a produtividade pessoal e com a motivação dos outros elementos da sua equipa gerindo de forma eficaz o stress. Com o papel de director pode-

se concluir que tem preocupações em fixar metas, em tomar a iniciativa e consegue efectuar uma delegação eficaz.

No entanto, não revela nenhum valor muito baixo nos restantes papéis, de salientar alguma fraqueza no papel de inovador, ou seja, não apresenta capacidade em lidar com a mudança, revelando pouco espírito criativo e dificuldades na gestão da mudança.

A equipa de enfermagem considera que o seu enfermeiro chefe utiliza o papel de produtor e inovador, ou seja, é uma pessoa que dá uma grande importância à produtividade pessoal e à motivação, conseguindo gerir o stress e o tempo de forma eficaz. Consideram ainda que é uma pessoa que lida bem com a mudança sabendo geri-la, revelando um espírito criativo. Ou seja, a sua equipa considera que os seus comportamentos de gestão apontam mais para o externo, enquadrando-se numa mistura entre um modelo de sistemas abertos e o modelo do objectivo racional.

Comparando a perspectiva pessoal com a perspectiva dos outros, verificamos que este grupo profissional considera que os papéis mais vinculados são os de produtor, mentor e facilitador. Revela um líder que orienta a sua equipa para as tarefas e para que esta esteja empenhada na execução das mesmas. Encoraja os seus colaboradores a aceitarem a responsabilidade e a apresentarem um elevado índice de produtividade, tentando atingir os objectivos fixados. Por outro lado, não descuida a comunicação interpessoal e o desenvolvimento dos elementos da sua equipa. Estamos na presença de uma cultura do tipo CLAN, que aposta na flexibilidade, cujas principais estratégias são o *empowerment*, o *teambuilding*, a comunicação e desenvolvimento dos recursos humanos. Utilizando uma teoria de gestão baseada na participação e no envolvimento da equipa, cujas principais orientações são a manutenção e interligação.

Médicos

O coordenador clínico apresenta valores elevados em vários papéis mentor, intermediário, produtor e coordenador. Revela pouca confiança nos seus colaboradores, recebe, organiza e avalia a informação de forma rotineira, tenta minimizar os disfuncionamentos elabora e analisa muitos relatórios. Apresenta uma atitude empática com os seus colaboradores, demonstrando

confiança e reconhecimento. Mostra preocupações com a produtividade pessoal e com a motivação dos outros elementos da sua equipa gerindo de forma eficaz o stress. Como papel de intermediário pode-se concluir que tem preocupações em manter uma base de poder e apresenta capacidade de negociação.

No entanto, apresenta um valor baixo no papel de inovador, ou seja, não mostra uma grande capacidade em lidar com a mudança, revelando pouco espírito criativo e dificuldades na gestão da mudança.

A opinião entre o coordenador clínico e a equipa médica é bastante diferente, a equipa médica considera que o papel que mais se adapta aos comportamentos do coordenador é o papel de monitor. Ou seja, a opinião dos elementos da sua equipa não vai de encontro à opinião do coordenador. Estes consideram que o coordenador é minucioso e competente na análise racional dos problemas, tem uma grande competência em resolver problemas lógicos e para lidar com informação de rotina. Tem uma posição de verificação, ou seja, verifica se as pessoas estão a cumprir as regras e a contribuir para o desenvolvimento da organização. A equipa médica considera que os seus comportamentos de gestão apontam mais para o interno e para o controlo, enquadrando-se numa mistura entre modelo de processos internos e o modelo do objectivo racional.

Comparando a perspectiva pessoal com a perspectiva dos outros, verificamos que este grupo profissional considera que o papel mais vincado é o de produtor e director. Ou seja, revela um líder que orienta a sua equipa para as tarefas e que esta esteja empenhada na execução das mesmas e com preocupações em fixar metas, em tomar a iniciativa e consegue efectuar uma delegação eficaz. Estamos na presença de uma cultura do tipo Mercado, que aposta na estabilidade e controlo, cujas principais estratégias são o aumento da produtividade. Utilizando uma teoria de gestão baseada na produtividade e no cumprimento de objectivos.

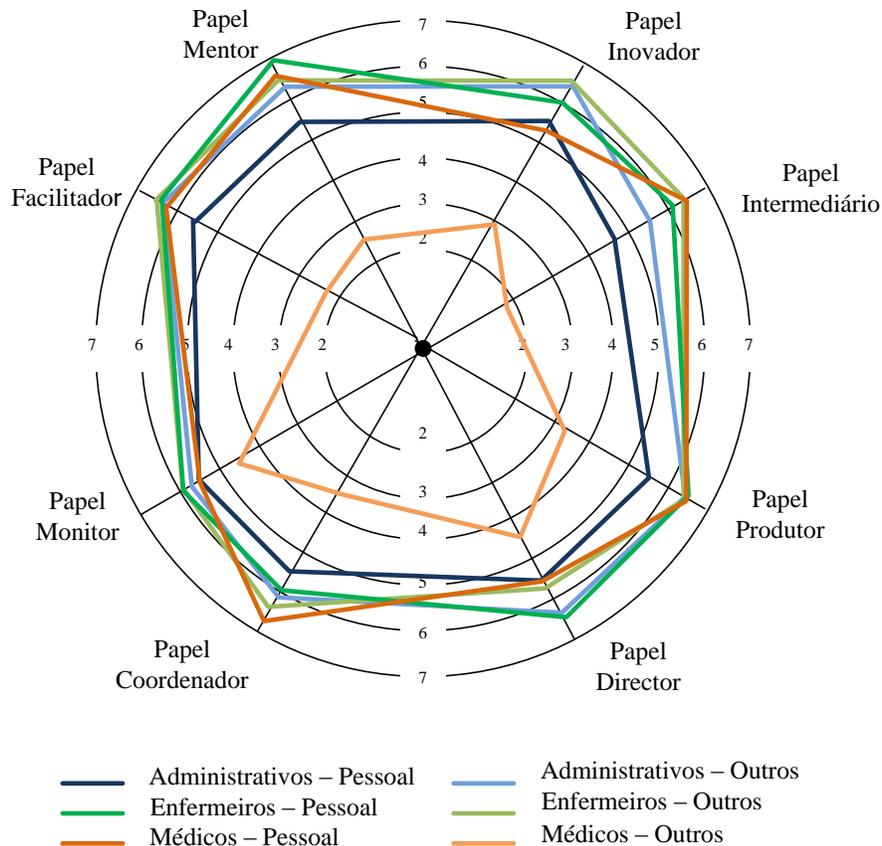


Diagrama 14 - Avaliação dos vários papéis de liderança dos vários grupos profissionais

Neste momento a organização encontra-se claramente com um modelo de gestão baseado no controlo e na posição externa. No entanto considerando os resultados obtidos da aplicação do instrumento anteriormente referido, a aposta desta organização de ser o modelo dos sistemas abertos baseado na flexibilidade e na posição externa como tal, a cultura mais adequada é a da Adhocracia, revelada pelo grupo profissional dos administrativos, onde o líder deve ser inovador, empreendedor e visionário. Utiliza a inovação e a conquista de recursos como elementos chaves para atingir a eficácia, baseada nos critérios de crescimento.

Da aplicação do instrumento que avalia a cultura existente na organização verificamos que existe um grande fosso, entre a cultura existente e a cultura desejada nos três grupos profissionais (ver diagramas em anexo). Verifica-se que todos os grupos consideram que a cultura dominante é voltada para o controlo e os resultados. Face a estes resultados, o modelo mais indicado para esta organização de saúde é o modelo dos sistemas abertos. Uma vez que nos três grupos

profissionais existe um desejo de uma cultura virada para a inovação e para o apoio dos recursos humanos. Assim, os resultados parecem apontar para a necessidade em aplicar medidas que permitam colocar o modelo de gestão deste centro de saúde, orientado aos factores externos e internos que influenciam a organização. Ou seja, os resultados indicam que o modelo actualmente em utilização: modelo dos objectivos racionais, não vai de encontro com o desejado pela organização, uma vez que esta parece desejar centrar o seu modelo de gestão na interdependência, onde a gestão é vista como o motor do processo de interligação entre o ambiente externo e interno.

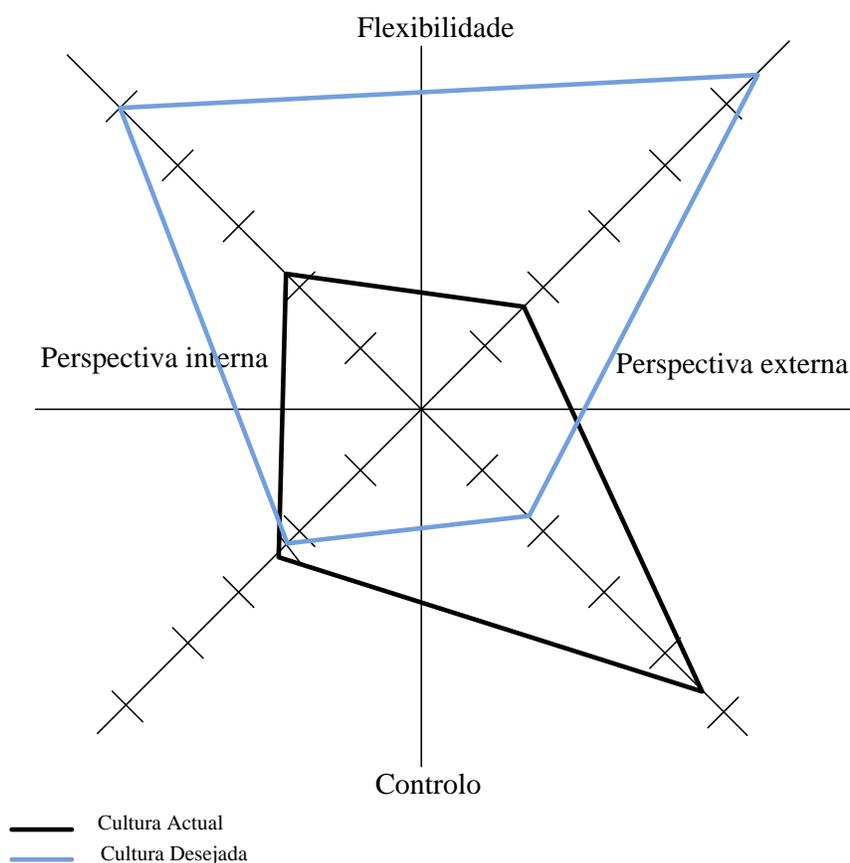


Diagrama 15 - Perfil global da cultura actual vs cultura deseja dos vários grupos profissionais

Tendo em consideração que linha azul representa a cultura desejada, esta é a linha condutora de mudança que a organização tem de tomar. Este resultado indica-nos que esta organização apresenta preocupações ao nível da inovação, desejando a descentralização da gestão e dos processos, valoriza a diferenciação e apresenta como linha condutora o desejo por uma posição

mais competitiva no sistema global. Desta forma, podemos dizer que os resultados apontam para o desejo que esta organização tem na implementação um processo de mudança organizacional, onde o modelo de gestão adoptado seria o dos sistemas abertos.

De notar que os profissionais alvo deste estudo exercem funções ligadas ao circuito em estudo – consulta de medicina geral e familiar – ainda que de forma não exclusiva. Alguns destes profissionais exercem funções no circuito da consulta de ginecologia e obstetrícia (enfermeiros e administrativos) e no circuito da consulta em atendimento permanente – SAP (médicos). No entanto, verifica-se que os líderes de cada um dos grupos profissionais formam uma equipa. Uma vez que revelam vontade em fornecer feedback dos resultados. Com a realização de reuniões para apresentação de resultados revelam espírito de equipa, ainda que sejam reuniões cujo objectivo seja o controlo da produção.

Examinando em detalhe os resultados de cada um dos grupos profissionais:

Administrativos

Analisando os resultados da cultura nesta organização de saúde na perspectiva deste grupo profissional, podemos concluir que é uma gestão orientada para os objectivos, para os números. Os profissionais realizam as tarefas que sempre realizaram, não existe qualquer esforço de inovação, as acções são caracterizadas pela rotina sendo utilizados métodos de sempre no que diz respeito à organização de trabalho. Revelam forte preocupações com os recursos humanos, os dirigentes estão preocupados com o controlo, mas revelam preocupações com os recursos humanos.

Podemos afirmar que estamos perante uma cultura baseada na reprodução, a organização encontra voltada para dentro de si própria. A cultura desejada pelo grupo dos administrativos apresenta a sua principal alteração a nível da perspectiva externa em particular nas questões relacionadas com a inovação, mantendo a aposta na flexibilidade e no apoio aos recursos humanos.

Enfermeiros

À semelhança do que revelou o grupo profissional anterior também este grupo revela uma grande preocupação com os objectivos racionais, ou seja com os números/resultados. No entanto, apresenta muito menos preocupações com os recursos humanos, mas uma maior atenção no que diz respeito à inovação, ainda que os projectos de inovação tenham por base os objectivos. Verifica-se que o poder é muito centralizado e efectivo. Relativamente ao grupo profissional dos administrativos apresenta como ponto mais fraco, a preocupação com os recursos humanos.

Sob o ponto de vista da cultura desejada pelo grupo dos enfermeiros apresenta a sua principal alteração no quadrante respeitante à flexibilidade. Em especial nas questões relacionadas com a inovação e preocupação com os recursos humanos. Apresentando ainda um desejo por comunicação interna, estabilidade e controlo.

Médicos

Mais uma vez a análise dos dados apresenta um modelo de gestão, cujo perfil da cultura se encontra totalmente orientado para os resultados, focado nos objectivos e nos números. Não existe nenhum esforço de motivação, tal como, no grupo dos administrativos realizam as suas tarefas diárias da forma como sempre as fizeram. Aos recursos humanos não é dada muita importância e a inovação não é uma área onde estejam particularmente satisfeitos.

À semelhança do grupo dos enfermeiros, o grupo dos médicos apresenta uma cultura desejada em tudo semelhante a este grupo. Esta semelhança pode ser em parte explicada por se tratar de dois grupos profissionais onde a autonomia profissional e a identidade são elementos diferenciadores de outros grupos. Apresentado como principal desejo de alteração, a área respeitante à flexibilidade, ou seja, a inovação e preocupação com os recursos humanos, discordando apenas no que diz respeito ao desejo por comunicação interna, estabilidade e controlo.

De seguida, apresenta-se o primeiro critério do modelo EFQM: a Liderança. Ao longo de cinco sub-critérios serão descritos os pontos fortes e as áreas a melhorar, apresentado o conjunto de evidências e de informação de suporte utilizados de acordo com as áreas referidas pelo modelo. Posteriormente apresenta-se nos mesmos moldes o segundo critério alvo deste estudo: Processos.

Subcritério 1a

Os líderes desenvolvem a missão, visão e ética e actuam como modelo de uma cultura de Excelência.

Áreas a abordar

- Desenvolvimento da missão, visão e cultura da organização;
- Desenvolvimentos e actuação enquanto modelos, ao nível dos valores, da ética e das responsabilidades públicas que suportam a cultura da organização;
- Revisão e melhoria da eficácia da própria liderança e actuação em futuros requisitos da liderança;
- Envolvimento pessoal e activo em actividades de melhoria;
- Encorajamento, apoio e actuação na descoberta das actividades de melhoria, estímulo e encorajamento do “*empowerment*”, a criatividade e inovação, por exemplo, através de mudanças de estrutura da organização e do financiamento de actividades de melhoria e aprendizagem;
- Prioritização das actividades de melhoria;
- Estímulo e encorajamento à colaboração em toda a organização.

Pontos Fortes

- Apresentam preocupações com os recursos humanos;
- O gestor dos administrativos aposta no desenvolvimento de novas capacidades por partes dos seus colaboradores, promovendo acções de formação;
- Identifica-se que a visão definida para o centro de saúde está enquadrada no SNS;
- Preocupações com a inovação;
- Identificam-se preocupações em antecipar as necessidades numa perspectiva de melhoria contínua.

Áreas a Melhorar

- Transmitir e difundir a missão e visão particular do centro para o futuro aos seus profissionais orientada a cada um deles;
- Potenciar o compromisso dos profissionais com a organização tomando acções que actuem junto dos profissionais para que estes se identifiquem com a organização;
- Desenvolver projectos de inovação: apostar no desenvolvimento de um SI que permita a ligação entre as áreas clínicas e administrativas e de um SIG que auxilie os gestores na tomada de decisão;
- Descentralizar a gestão e os processos;
- Apostar o seu modelo de gestão na interdependência (interligação entre o ambiente interno e externo), onde o centro é o doente e o objectivo central é a melhoria contínua do seu atendimento;
- Motivar e incentivar as equipas, em particular a do grupo dos médicos;
- Apostar numa cultura baseada na Adhocracia, baseada numa liderança inovadora e empreendedora, trabalhando com cada líder, de forma que ao mudar a sua perspectiva, a consigam potenciar para os seus colaboradores.

Evidências / Informação de Suporte

- Contactos com elementos dos três grupos profissionais;
- Observação participante;
- Inquéritos sobre a liderança – perspectiva pessoal e dos outros, adaptado de R.E. Quinn;
- Inquéritos sobre a cultura organizacional adaptado de R.E. Quinn.

Subcritério 1b

Os líderes encontram-se pessoalmente envolvidos em assegurar que o sistema de gestão da Organização é desenvolvido, implementado e melhorado de forma contínua.

Áreas a abordar

- Alinhamento da estrutura organizacional como suporte da sua política e estratégia;
- Assegurar que um sistema de gestão de processos é desenvolvido e implementado;
- Estabelecimento de claras responsabilidades sobre os processos;
- Assegurar que o processo de desenvolvimento, desdobramento e actualização da política e estratégia, é definido e implementado;
- Assegurar que um processo para a medição, revisão e melhoria dos resultados chave, é definido e implementado;
- Assegurar que um processo ou processos para estimular, identificar, planear e implementar melhorias nas abordagens (por ex. através da criatividade, inovação e aprendizagem), é definido e implementado.

Pontos Fortes

- Encaminhamento das equipas para o desenvolvimento de tarefas, com o principal objectivo atingir os resultados fixados, contribuído para que a produção contratada seja cumprida;
- Promoção de acções de formação, em particular para a área administrativa;
- Maleabilidade nas posições de liderança.

Áreas a Melhorar

- Admissão de um SI que permita a interligação das funções de cada grupo profissional;
- Implementação de SIG que permita medir os resultados do centro, sempre numa lógica de mudança contínua de forma a potenciar a melhoria dos resultados;
- Apostar no modelo de gestão de sistemas abertos baseado na flexibilidade e na posição externa;
- Potenciar formas de discussão sobre possíveis melhorias a introduzir nos actuais processos;
- Aumentar o número de acções de formação e alargar os grupos profissionais abrangidos;
- Criação de um grupo de trabalho constituído por elementos dos três grupos profissionais, de forma a constituir uma equipa multidisciplinar que identifique situações de estrangulamento nos processos do centro de saúde. Esta equipa deve ter autonomia para propor melhorias para otimizar estes processos.

Evidências / Informação de Suporte

- Observação participante;
- Inquéritos sobre a liderança – perspectiva pessoal e dos outros, adaptado de R.E. Quinn.

Subcritério 1c

Os líderes estão pessoalmente envolvidos com Clientes, Parceiros e Representantes da Sociedade.

Áreas a abordar

- Encontram-se, compreendem e respondem às necessidades e expectativas;
- Estabelecem e participam em parcerias;
- Estabelecem e participam em actividades de melhoria conjuntas;
- Reconhecem indivíduos e equipas de “*stakeholders*” pela sua contribuição para o negócio, pela lealdade, etc.;
- Participam em associações profissionais, conferências e seminários, promovendo e apoiando a Excelência;
- Suportam e envolvem-se em actividades que visam melhorar o ambiente e a contribuição da organização para com a sociedade.

Pontos Fortes

- Parceria com a comunidade local “Seixal Saudável”;
- Aplicação do MoniQuOr;
- Avanço para a implementação do programa de Consulta a Tempo e Horas (CTH) promovido pelo Governo no âmbito do SIMPLEX;
- O grupo profissional dos administrativos e dos enfermeiros identificam nos respectivos líderes capacidades de intermediação;
- Parcerias com agentes da comunidade ao nível dos cuidados continuados, paliativos e

domiciliários;

- Acções de esclarecimento e formação junto da comunidade, nomeadamente escolar e pré-natal.

Áreas a Melhorar

- Criação de uma equipa multidisciplinar que estabeleça e introduza acções de melhoria contínua;
- Ampliar a aposta nas parcerias com a comunidade local, para outras áreas;
- Desenvolver actividades de formação sobre gestão de equipas aos gestores operacionais;
- Aumentar as competências reais de intermediação do coordenador clínico.

Evidências / Informação de Suporte

- Observação participante;
- Inquéritos sobre a liderança – perspectiva pessoal e dos outros, adaptado de R.E. Quinn;
- Inquéritos sobre a cultura organizacional adaptado de R.E. Quinn;
- http://www2.cm-seixal.pt/seixalsaudavel/portugues/forum/iv_forum_programa.html.

Subcritério 1d

Os líderes reforçam uma cultura de Excelência entre as pessoas da Organização.

Áreas a abordar

- Comunicação pessoal da missão, visão, valores, política e estratégia, planos e objectivos da organização às pessoas;
- Ser acessível, escutar activamente e responder às pessoas;
- Ajudar e apoiar as pessoas a atingir os seus planos, objectivos e metas;
- Encorajar e potenciar a participação das pessoas nas actividades de melhoria;
- Reconhecer os esforços quer de indivíduos quer de equipas, a todos os níveis da organização, de uma forma apropriada e atempada.

Pontos Fortes

- O líder do grupo dos enfermeiros acusa uma atitude dedicada, promove a responsabilidade e apresenta elevados índices de produtividade, através da comunicação e apoio interpessoal. Convida a sua equipa a participar e a envolver-se em todas as actividades de centro;
- O líder do grupo dos administrativos revela preocupações a nível da comunicação entre todos. Aposta em actividades de formação e apresenta uma especial atenção às necessidades individuais de cada colaborador da sua equipa. Faz tudo o que se encontra ao seu alcance para ajudar e apoiar, todos os seus colaboradores a atingir os objectivos propostos;
- O líder do grupo dos médicos proporciona aos seus colaboradores orientações directas e precisas para a fixação de metas. Impulsiona a iniciativa e delega tarefas eficazmente.

Áreas a Melhorar

- Apostar na excelência dos resultados, aumentando o espírito de equipa e o orgulho pelo trabalho realizado;
- Continuar a desenvolver um estilo de liderança adaptado ao tipo de colaboradores;
- Desenvolver esforços para a implementação de uma cultura do tipo *adhocracia* tendo como principais estratégias a antecipação das necessidades, respondendo a estas com soluções criativas sempre numa perspectiva de melhoria contínua;
- Apostar no desenvolvimento da flexibilidade, promovendo o *empowerment*, o *teambuilding*, a comunicação e o desenvolvimento dos recursos humanos;
- Promover acções junto dos colaboradores de cada um dos grupos profissionais para que a visão do grupo seja única e não se verifiquem diferenças entre o estilo de liderança do líder e dos seus colaboradores.

Evidências / Informação de Suporte

- Inquéritos sobre a liderança – perspectiva pessoal e dos outros, adaptado de R.E. Quinn;
- Observação participante.

Subcritério 1e

Os líderes identificam e promovem a mudança organizacional.

Áreas a abordar

- Identificar e entender os “drivers” internos e externos da mudança organizacional;
- Identificar e seleccionar mudanças necessárias à organização, enquanto modelo organizacional e no contexto das suas relações externas;
- Condução do desenvolvimento de planos de mudança;
- Garantir os investimentos, recursos e apoios necessários à mudança;
- Gerir os impactos da mudança;
- Comunicar as mudanças e a sua razão de ser aos vários “stakeholders” da organização;
- Apoio e condução dos Colaboradores na gestão da mudança;
- Medir e rever a eficácia das mudanças implementadas e partilhar o conhecimento gerado.

Pontos Fortes

- Anunciam algumas preocupações com a gestão da mudança;
- Apresentam de forma eficaz metas, e motivam os colaboradores para que estes sejam pró-activos, conseguindo efectuar uma delegação eficaz;
- Numa perspectiva alargada é possível afirmar que os líderes dos três grupos profissionais gerem de forma eficaz o stress das suas equipas e tentam motivá-los.

Áreas a Melhorar

- Comprometer e motivar todos os colaboradores no processo de mudança, apostando na comunicação interna;
- Criação de mecanismos de comunicação interna e externa, mais funcionais para que as mudanças sejam comunicadas de forma rápida a todos os colaboradores do centro;
- Implementação do SI para aumentar a capacidade de organização da informação disponível no centro;
- Aplicação novamente dos inquéritos, para medir o impacto das mudanças a implementadas;

- Construção de equipas multidisciplinares que estruturam e implementem projectos de mudança, introduzindo e valorizando o espírito criativo das equipas;
- Reconhecer e potenciar a autonomia destas equipas.

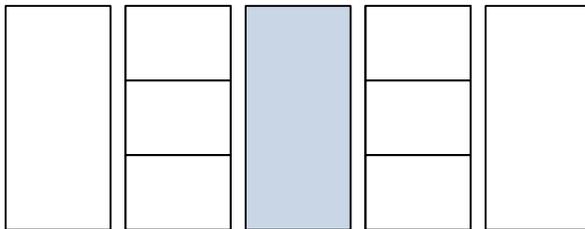
Evidências / Informação de Suporte

- Observação participante;
- Inquéritos sobre a liderança – perspectiva pessoal e dos outros, adaptado de R.E. Quinn;
- Inquéritos sobre a cultura organizacional adaptado de R.E. Quinn.

Critério 5 – Processos

Organizações excelentes concebem, gerem e melhoram os processos de forma a satisfazer completamente e a gerar valor acrescentado para os clientes e outros “*stakeholders*”.

Critério 5. Processos



Para suportar as indicações referidas nos quadros seguintes segue o resultado da aplicação da ferramenta FMEA e dois mapas da ferramenta de *stream analysis*:

- Mapa diagnóstico - *stream diagnostic chart*;
- Mapa intervenção e acompanhamento - *stream planning chart*.

A aplicação da ferramenta FMEA no centro de saúde revelou que na perspectiva dos colaboradores existem duas falhas consideradas graves no processo em estudo – circuito de medicina geral e familiar. Se observarmos o quadro da FMEA (ver anexo) em particular a coluna RPN, é possível rapidamente verificar que as duas falhas são as que apresentam um ponto crítico

de elevado valor. Ou seja, a não identificação do doente como pertencente a um grupo de risco, logo seguido pelo incorrecto preenchimento do modelo de referência para a consulta de especialidade no hospital. O modelo de melhoria proposto para este estudo centra-se fundamentalmente nestas duas falhas, mas se verificarmos existem várias etapas que apresentam um valor superior a 100, que segundo o autor são todos pontos a melhorar. Dado que este modelo é baseado no conceito de melhoria contínua, todos estes pontos que revelaram maior valor serão os que devem ser alvo de acções de melhoria imediata. No entanto, após a sua implementação deve-se proceder a nova aplicação da ferramenta FMEA e verificar quais os pontos que revelam um valor mais elevado. Isto porque frequentemente se verifica que muitas das falhas com menor valor são resultantes de falhas com valor superior. O que significa que resolvendo ou melhorando um destes pontos vamos potenciar a melhoria de outros ou até mesmo o seu desaparecimento.

As duas falhas que revelaram um valor mais elevado e que vão ser o alvo de um projecto de melhoria, acontecem em etapas distintas da trajectória do doente, ou seja, na etapa do diagnóstico e na alta da consulta. Ambas as falhas, provocam atrasos para o doente, atraso no diagnóstico correcto e atraso na marcação de consulta de especialidade no hospital.

Estas falhas, podem ser minimizadas com a introdução de um sistema de informação que permita melhorar a trajectória do doente no processo da consulta de medicina geral e familiar. É fundamental que exista uma interligação entre a área clínica e a área administrativa, para que o processo reduza as falhas que actualmente apresenta. Ou seja, a implementação de um SI com estas características vai reduzir a possibilidade de efectuar um insuficiente enquadramento clínico do doente, uma vez que permite ao médico ter à sua disposição todos os detalhes de todos os episódios clínicos que o doente já realizou no centro de saúde, nomeadamente antecedentes pessoais e familiares e diagnósticos anteriormente efectuados. A criação de um formulário específico que permita ao médico identificar, o doente como pertencente a um grupo de risco, evitando assim históricos clínicos insuficientes do doente, potenciando a ligação da informação da área de enfermagem com a do médico.

E um outro que permita ao médico preencher directamente o modelo de referência para a consulta do hospital no momento da alta da consulta, evitando esquecimentos ou maus

preenchimentos. Este deve conter um conjunto de alertas que permitam ao médico identificar claramente alguma falha na emissão deste formulário. Numa fase posterior deve ser garantida uma ligação do SI do centro de saúde com o SI do hospital para que o formulário seja enviado directamente para o serviço de agendamento das consultas de especialidade do hospital, bastando ao doente aguardar em casa pela indicação do dia para o qual foi agendada a consulta.

Deve ainda ser garantida a implementação de uma ferramenta informática que permita efectuar o registo e análise de eventos adversos no processo da consulta externa. Com alertas aquando da ocorrência de eventos mais graves. E principalmente a análise *a posteriori* de situações que ocorreram para promover a aprendizagem de forma a evitar que esta organização continue a não aprender com os constrangimentos que vai encontrando (acção em *single-loop*). Ou seja, apenas reaja no momento, sem que sejam tomadas acções para prevenir novas ocorrências. Esta ferramenta deve potenciar a cultura de aprendizagem.

Com este projecto de mudança baseado fundamentalmente na implementação de um sistema de informação que organize a trajectória do doente da melhor forma possível, de maneira, a gerir de forma eficaz e eficiente as organizações de saúde. Assim, com o menor número de recursos tentar efectuar uma boa trajectória do doente na consulta de medicina geral de familiar.

Identificar os problemas - *Stream Analysis* (Jerry Porras, 1987)

Mapa Diagnóstico (*Stream Diagnostic Chart*)

Aspectos Formais

1. Inexistência de *guidelines* adequadas para os diversos processos (A1);
2. Dificuldade no contacto com a direcção institucional pelos vários grupos profissionais (A2);
3. A direcção operacional revela poucas preocupações na definição e execução de rotinas e procedimentos (A3).

Factores Sociais

4. Falta de pessoal de apoio (F1);
5. Atrasos no diagnóstico correcto (F2);
6. Dificuldade de comunicação (F3);
7. Dificuldade na articulação de tarefas (F4).

Tecnologia

8. Processo de fornecimento de materiais ineficaz (T1);
9. Ausência de procedimentos técnicos standard (T2);
10. Disfunções nas agendas médicas (T3);
11. Inexistência de uma aplicação informática clínica articulada com a aplicação informática administrativa (T4);
12. Ausência de um sistema de indicadores de gestão (T5);
13. Falta de um aplicativo informático que permita o registo sistemático de falhas para posterior análise e tomada de acções correctivas e preventivas (T6).

Espaço Físico

12. Ineficaz organização do espaço físico de atendimento (E1);
13. Ineficaz organização do espaço físico de armazenagem (E2).

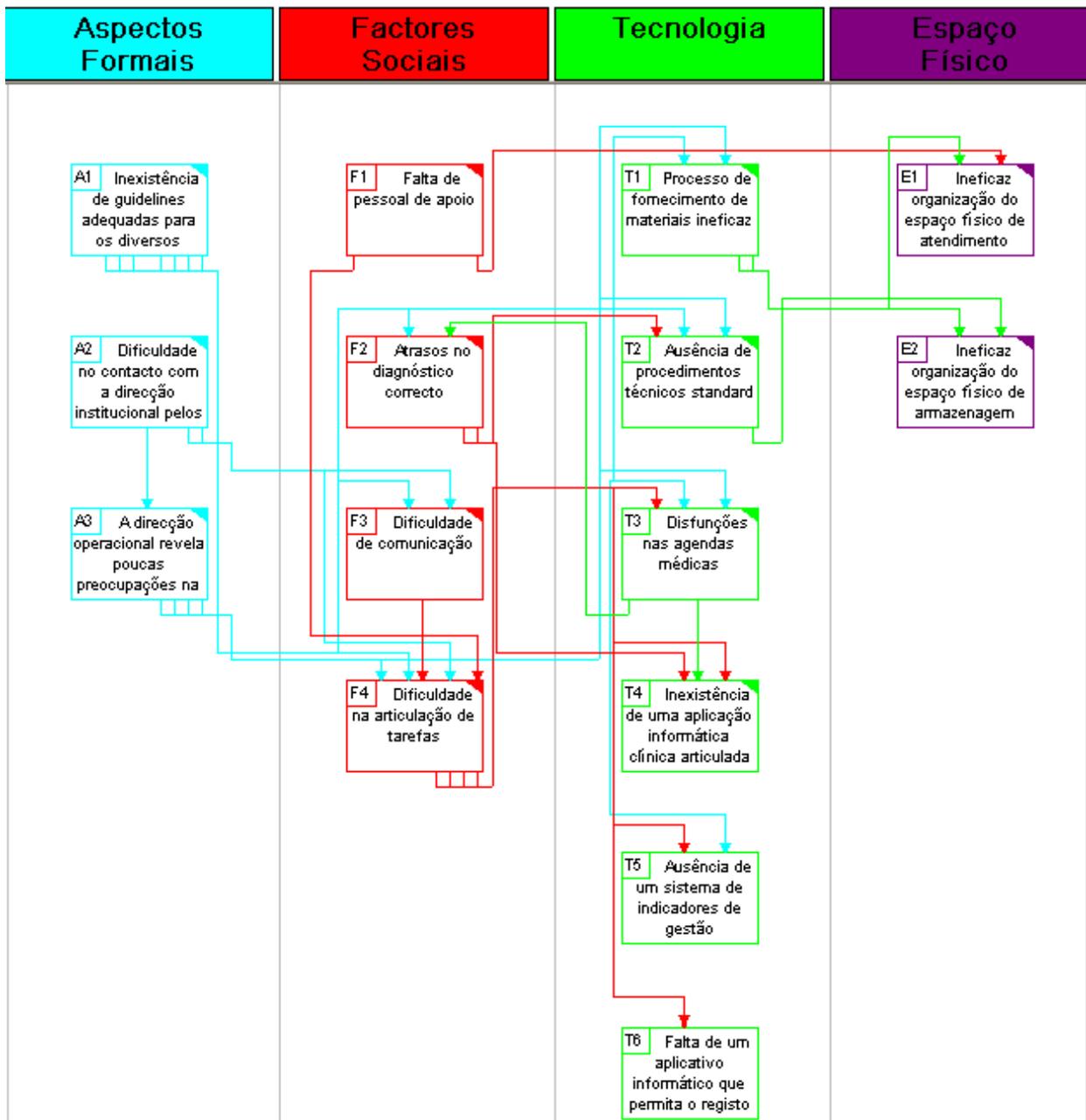


Diagrama 16 - Mapa diagnóstico – *stream diagnostic chart*

O processo de mudança irá terminar com a implementação de um sistema de informação que vai integrar a informação clínica com a informação administrativa, no sentido de eliminar um conjunto de falhas que foram identificadas na FMEA. E que permita o registo de falhas com o objectivo de aprendizagem, para evitar este tipo de situações e um sistema de informação de

gestão que irá contribuir para uma tomada de decisão mais consciente e atempada por parte dos gestores.

De seguida apresentam-se as orientações para cada um dos incidentes já identificados anteriormente:

- A1 – A administração do centro de saúde juntamente com as direcções operacionais deverá elaborar um documento, onde deve referir as *guidelines* fundamentais para os principais processos;
- A2 – O administrador do centro de saúde e os vários directores intermédios e operacionais dos vários grupos profissionais (médicos, enfermeiros, administrativos, etc.) definirão o formato e periodicidade das reuniões de trabalho que deverão passar a realizar com as suas equipas;
- A3 – A administração do centro de saúde juntamente com as direcções operacionais deverá elaborar um documento, onde devem definir as rotinas e procedimentos a executar pela linha da frente;
- F1 – Os directores operacionais devem avaliar a constituição das suas equipas;
- F2 – O coordenador clínico deve criar um formulário com questões tipo para que os elementos da sua equipa diagnostiquem casos de risco mais rapidamente, este formulário deve ser integrado no novo SI. Casos que não sejam correctamente identificados devem ser introduzidos na ferramenta informática para registos de eventos adversos;
- F3 – A direcção do centro de saúde deve iniciar um projecto de comunicação institucional, este deve ser implementado em dois grandes campos do universo organizacional, ou seja, a todos aqueles que fazem parte do plano interno e do plano externo;
- F4 – Os directores operacionais devem construir um plano de interligação de tarefas entre as várias unidades funcionais do centro de saúde;
- T1 – O director clínico e o enfermeiro chefe deverão definir quais os procedimentos técnicos que devem estar associados ao fornecimento de materiais, para as salas de trabalho de enfermagem do centro, explicitando a sequência de fases a adoptar;

- T2 – Cada director operacional deve elaborar e apresentar à sua equipa um conjunto de procedimentos técnicos standard, para o auxiliar na execução das suas tarefas diárias já orientadas com o novo SI;
- T3 – Os administrativos de cada consulta deverão efectuar junto do respectivo médico uma revisão da sua agenda;
- T4 – Os directores deverão organizar e orientar as suas equipas para a mudança de SI que irá ocorrer;
- T5 – Os gestores da área clínica e de enfermagem devem definir claramente os parâmetros de recolha de informação dos eventos adversos ocorridos. E informar as suas equipas que a recolha é anónima e que o objectivo é a melhoria contínua dos processos e não o controlo operacional individual. Criando desta forma um ambiente de aprendizagem, do qual todos os profissionais irão beneficiar, juntamente com a melhoria de cuidados que irão prestar aos doentes;
- T6 – Os directores e gestores operacionais devem definir o conjunto de indicadores que o futuro SIG irá medir, e comunicá-los a todos os elementos que constituem as suas equipas. Para que todos saibam qual o caminho que devem percorrer no sentido da melhoria contínua;
- E1 – O gestor operacional da área administrativa deve juntamente com a direcção do centro de saúde reorganizar o espaço reservado ao atendimento ao público;
- E2 – O gestor operacional da área de logística deve juntamente com a direcção do centro de saúde reorganizar os processos de compra e de stocks do centro.

Mapa Intervenção / Acompanhamento (*Stream Planning Chart*)

Planeamento da intervenção e monitorização das mudanças:

- Reformulação dos objectivos do centro de saúde;
- Reformulação de estratégias para o centro de saúde;
- Elaboração de procedimentos operacionais standards;
- Definição de fluxos de informação e tarefas adequados;
- Definição de fluxos de comunicação interna adequados;

- Implementação de um sistema de informação integrado entre as aplicações administrativas e clínicas, registo de eventos adversos e o SIG;
- Reorganização do espaço físico para atendimento;
- Reorganização do espaço físico de armazenagem.

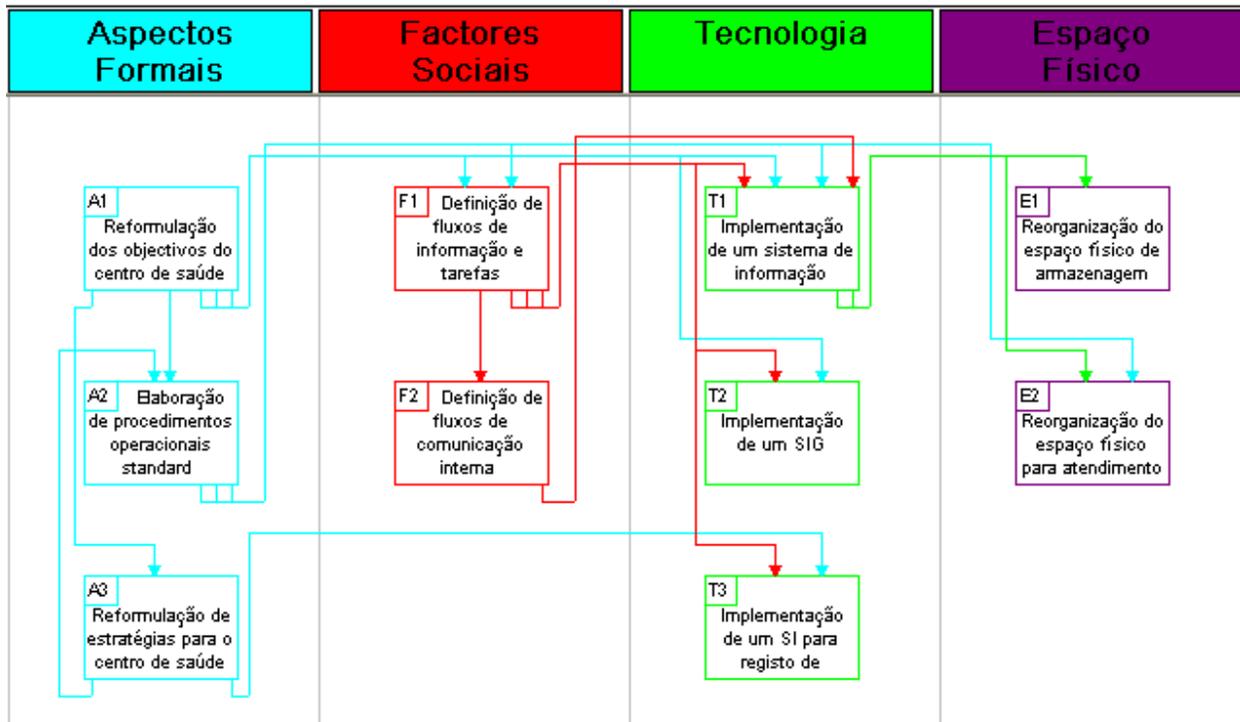


Diagrama 17 - Mapa de intervenção – *stream planning chart*

Através da FMEA, foi possível identificar as falhas na trajetória actual dos doentes, no processo da consulta de medicina geral e familiar, com acompanhamento do serviço de enfermagem por um doente com doença crónica e que necessita de referenciação para uma consulta externa de especialidade no hospital, como sendo o processo crítico a otimizar.

Muito genericamente, uma vez que o processo já foi descrito no capítulo anterior, em cada visita que o doente faz ao centro de saúde é feita uma inscrição, a informação clínica relevante é introduzida no processo físico do doente (papel), o que obriga a uma carga administrativa no que respeita ao levantamento das fichas clínicas no arquivo.

Por outro lado, caso o doente pertença a um grupo de risco (hipertensão, diabetes, etc.), é primeiro atendido pelo enfermeiro que elabora uma folha de acompanhamento (papel) com uma avaliação prévia do estado geral do doente, para o médico analisar na consulta. Esta folha acompanha o doente do gabinete de enfermagem para o consultório médico.

No acto da consulta e caso o diagnóstico o justifique, o doente é referenciado para uma consulta de especialidade no hospital, neste caso o médico tem de preencher um formulário em papel (o preenchimento manual origina faltas de informação).

A implementação de uma aplicação de processo clínico electrónico integrada com a actual aplicação administrativa do centro, vai permitir melhorar e em alguns casos eliminar processos manuais (como documentação em papel) sujeita às falhas já identificadas.

Para mais detalhe ver o esquema (diagrama 12) que representa a trajectória actual do doente e a sugestão de alteração dos processos que podem ser optimizados com a implementação deste sistema de informação.

Os processos a azul são eliminados com a implementação de um processo clínico electrónico. Ou seja:

- Processo 4 – Deixa de ser necessário uma vez que os médicos têm acesso a consultar o processo do doente via SI;
- Processo 7 – É eliminado uma vez que o médico passa a preencher no SI;
- Processo 8 – A validação deixa de ser realizada pelo secretariado administrativo e passa a ser realizado de forma electrónica pelo médico no momento da consulta;
- A maioria dos formulários é transmitida electronicamente a partir do local onde são gerados;
- O SI deve conter uma área reservada ao registo e análise de eventos adversos que ocorrem ao longo do percurso do doente na consulta;
- O SIG deve conter informação útil que facilite a tomada de decisão por parte dos gestores e directores do centro de saúde.

É necessário perceber que o projecto de mudança a implementar deve ir de encontro aos objectivos estratégicos do centro de saúde. Os pontos que se pretendem assegurar são a redução e articulação de tarefas conduzindo à redução do esforço administrativo e das falhas anteriormente identificadas.

Subcritério 5a

Os processos são sistematicamente concebidos e geridos.

Áreas a abordar

- Concepção de processos da organização, incluindo os processos - chave necessários à política e estratégia;
- Estabelecimento do sistema de gestão dos processos;
- Aplicação de sistemas de normas na gestão dos processos (por exemplo, sistemas de gestão da qualidade, sistemas de gestão ambiental, sistemas de segurança e saúde do trabalho);
- Implementação de indicadores para os processos e estabelecimento de indicadores para o desempenho;
- Alinhamento de questões de interface, dentro da organização e com os parceiros externos, para uma gestão eficaz dos processos desde o início até ao final.

Pontos Fortes

- Proposta de ligação do sistema de informação do centro de saúde com o sistema de informação do hospital de referência através da CTH;
- Implementação do MoniQuOr;
- A direcção clínica apresenta capacidade na gestão dos vários processos no centro;
- A direcção do centro de saúde percepção qual a cadeia de valor da sua organização.

Áreas a Melhorar

- Implementação de um sistema de informação que articule a área clínica com a área administrativa: processo clínico electrónico, registo de eventos adversos (primeiro passo para a gestão do risco);
- Implementação de um SIG que permita melhorar a tomada de decisão dos gestores do centro;
- Implementação de um sistema integrado de gestão de qualidade;
- Aplicação de um instrumento para medir a satisfação dos doentes.

Evidências / Informação de Suporte

- Análise documental;
- Observação participante;
- FMEA;
- *Stream analysis*.

Subcritério 5b

Os processos são melhorados, como necessário, através da inovação, de forma a satisfazer completamente e a gerar valor acrescentado para os clientes e outros “*stakeholders*”.

Áreas a abordar

- Identificação e estabelecimento de prioridades relativamente às oportunidades de melhoria, bem como outras mudanças, quer sejam incrementais ou de ruptura;
- Utilização dos resultados de desempenho e da percepção, bem como da informação proveniente das actividades de aprendizagem, para definir prioridades e metas de melhoria e aperfeiçoar os métodos de operacionalização;
- Incentivo do talento criativo e inovador dos colaboradores, dos clientes e dos parceiros, em melhorias incrementais e de ruptura;
- Gestão da implementação da mudança, incluindo a condução e controlo de processos novos

ou modificados, assegurando que as modificações nos processos alcançam os resultados previstos e comunicam e preparam todos os *stakeholders*;

- Assegurar formação dos colaboradores, na operacionalização de processos novos ou modificados, previamente à sua implementação.

Pontos Fortes

- A administração do centro de saúde admite a necessidade de melhorias estruturais, que permitam a adaptação do centro aos novos desafios colocados (alargamento do SAP e CTH);
- A cultura de aprendizagem predomina nos colaboradores dos vários grupos profissionais;
- Enquadram a necessidade de implementar um projecto de melhoria sobre a trajectória do doente na consulta de medicina geral e familiar (actividade principal do centro de saúde);
- Nos grupos profissionais dos enfermeiros e administrativos, os seus líderes revelam um carácter de inovador.

Áreas a Melhorar

- Construção de *guidelines* para os principais processos e a formalização das mesmas num documento que deve ser comunicado a todos os profissionais;
- Identificação, comunicação e análise de indicadores de desempenho;
- Incentivar a proposta de sugestões criativas, para agilizar e otimizar processos motivando os colaboradores para contribuir com ideias criativas. Através da operacionalização das suas iniciativas e reconhecimento do seu mérito;
- Criação de um sistema de monitorização do tipo *balanced scorecard* ou *tableau de bord*.

Evidências / Informação de Suporte

- Inquéritos sobre a liderança – perspectiva pessoal e dos outros, adaptado de R.E. Quinn;
- *Stream analysis*.

Subcritério 5c

Os produtos e serviços são concebidos e desenvolvidos com base nas necessidades e expectativas dos clientes.

Áreas a abordar

- Utilização de pesquisas de mercado, estudos de clientes e de outras formas de captar feedback para determinar as necessidades e as expectativas dos clientes relativamente aos produtos e serviços existentes;
- Antecipação e identificação nos produtos e serviços das melhorias de maior relevo, através da antevisão das futuras necessidades e das expectativas dos clientes e outros *stakeholders*;
- Concepção e desenvolvimento de novos produtos e serviços, conjuntamente com clientes e parceiros, gerando valor acrescentado para os clientes;
- Desenvolvimento de novos produtos e serviços, quer para o mercado actual estabelecido, quer contemplando o acesso a outros mercados;
- Utilização da criatividade, da inovação e das competências - chave, tanto das pessoas internas como dos parceiros externos, para conceber e desenvolver produtos e serviços competitivos.

Pontos Fortes

- Revelam os primeiros passos na gestão de risco, apresentando vontade em implementar um sistema de monitorização de eventos adversos;
- Encontram-se receptivos para a elaboração de um processo de transcrição electrónica de processos clínicos e receitas integrado com a CTH;
- Compreendem a necessidade de mudança, face às alterações do seu ambiente externo que se traduzem, na abertura que revelam em avançar com um projecto de mudança para o centro de saúde;
- Participação em programas de acções de sensibilização da comunidade local.

Áreas a Melhorar

- Aplicação de inquéritos que permitam obter resultados, susceptíveis de captar *feedback* acerca do serviço esperado pelo doente;
- Apostar na inovação para melhoria contínua dos processos de trabalho;
- Construção de um questionário, para diagnóstico mais rápido de casos de risco, pelo coordenador clínico e a introdução na ferramenta para o registo de eventos adversos de uma área para o registo de possíveis constrangimentos que ainda venham a surgir.

Evidências / Informação de Suporte

- http://www2.cm-seixal.pt/seixalsaudavel/portugues/forum/iv_forum_programa.html;
- FMEA;
- *Stream analysis*.

Subcritério 5d

Os produtos e serviços são produzidos, entregues e assistidos.

Áreas a abordar

- Produção e aquisição de produtos e serviços de acordo com o concebido e desenvolvido;
- Marketing, comunicação do valor do produto/serviço e venda do produto e serviço, tanto para os actuais como para os potenciais clientes;
- Entrega dos produtos e serviços aos clientes;
- Prestação de assistência nos produtos e serviços.

Pontos Fortes

- Combate ao número de doentes sem médico de família;
- Início do projecto da CTH;
- Fluxograma claro da trajectória actual dos doentes na consulta de medicina geral e familiar;
- Programas de vacinação na comunidade escolar e de planeamento familiar;

- Tentativas de especialização em algumas áreas consideradas críticas, para apoio foram criadas consultas de acompanhamento para doentes pertencentes a grupos de risco (diabetes e hipertensão).

Áreas a Melhorar

- Implementação de um sistema de informação, que garanta a interligação entre a área clínica e a área administrativa;
- Construção de um site na internet do centro de saúde, dando a conhecer as suas iniciativas e actividades, com acesso diferenciado para doentes e colaboradores;
- Redefinição de agendas e horários para evitar atendimentos no SAP, evitando a lotação deste serviço;
- Informação à comunidade das vantagens na utilização da consulta programada. Para evitar que o doente recorra ao SAP, em situações que teriam melhor atendimento na consulta programada;
- Implementação de um sistema de envio de S.M.S. para o doente, baseado nas marcações das consultas programadas, após a redefinição das agendas.

Evidências / Informação de Suporte

- FMEA;
- *Stream analysis*.

Subcritério 5e

As relações com os clientes são geridas e valorizadas.

Áreas a abordar

- Determinação e satisfação dos requisitos resultantes dos contactos diários com os clientes;
- Tratamento do feedback captado através dos contactos diários, incluindo as reclamações;
- Envolvimento pró-activo com os clientes, tendo em vista a análise e a resolução das suas necessidades, expectativas e preocupações;
- Acompanhamento da assistência e outros contactos, de forma a determinar os níveis de satisfação por parte dos clientes;
- Necessidade de manutenção da criatividade e da inovação na relação com o cliente;
- Estabelecimento de parcerias com os clientes que geram valor acrescentado para a cadeia de fornecedores;
- Utilização de estudos regulares e outras formas estruturadas de coligir informação, bem como dos dados recolhidos durante os contactos diários, para determinar e aumentar os níveis de satisfação nas relações com os clientes.

Pontos Fortes

- Em geral todos os colaboradores do centro apresentam uma forte orientação para uma cultura de aprendizagem, procurando aprofundar os seus conhecimentos;
- A especialização do centro em consultas de acompanhamento apresenta muito boa receptividade por parte dos doentes dos grupos de risco (diabetes e hipertensão);
- Existência de uma área reservada aos doentes para apresentarem as suas reclamações e sugestões;
- As relações entre os colaboradores do centro de saúde e os seus doentes revelam fortes preocupações destes profissionais com a comunidade que servem.

Áreas a Melhorar

- Aplicação de um instrumento para medir a satisfação dos doentes do centro, em especial a

satisfação após a consulta de medicina geral e familiar;

- Análise e tratamento dos dados obtidos pelas reclamações dos doentes, numa perspectiva global e no caso particular da consulta de medicina geral e familiar;
- Elaboração de uma campanha de recolha de sugestões de melhoria para o centro de saúde junto da comunidade;
- Promoção de mais programas, como o da vacinação infantil, planeamento familiar e acompanhamento da gravidez junto da comunidade;
- Medir o impacto destas campanhas, através da realização de um inquérito aos doentes que recorram a estes serviços. Com o objectivo de apurar se o doente foi motivado a recorrer a estes serviços devido às campanhas realizadas. Podendo assim analisar o impacto das campanhas na comunidade e o peso que podem ter na referenciação de doentes para serviços preventivos.

Evidências / Informação de Suporte

- Observação participante;
- FMEA;
- *Stream analysis*.

Discussão

A organização utilizada para a realização deste estudo apresenta uma tendência para a implementação de acções intencionais e descontínuas nos processos de mudança. Estas acções de mudança são potenciadas por factores externos e seguem planos de mudança já utilizados por outras organizações. E tal como referiu Schein (1996), as experiências de mudança bem sucedidas, quando contadas, tendem a apresentar um caminho linear. A construção de um processo de mudança faz-se no dia-a-dia através de ajustes diários e não através do seguimento de uma estratégia linear e organizada. Quando se considera que um processo de mudança é traçado e levado a cabo de forma linear, está a ser dado o primeiro passo para conduzir estes esforços de mudança ao insucesso.

Observamos claramente que os processos de mudança iniciados pelo centro de saúde apresentam acções deliberadas do agente de mudança, no sentido de mudar o *status quo*. Seguem as directrizes apresentadas no plano estratégico 2004/2010. No entanto os resultados não são os esperados, uma vez, que a mudança não foi conduzida com um sentido de continuidade. Baseou-se na colagem de um modelo definido globalmente e que não se adapta à realidade específica deste centro de saúde.

Se analisarmos o resultado do inquérito da cultura verificamos que existem inúmeras defesas pessoais nos três grupos profissionais estudados. Não existe uma orientação para a aprendizagem e a não assimilação rápida de ideias não conduz aos resultados esperados. Verificamos que é uma organização que não aprende com os constrangimentos que vai encontrando (estamos perante uma organização que tende para a acção em *single-loop*), apenas reage para a resolução de momento, sem que sejam tomadas acções para prevenir novas ocorrências. A falta de uma cultura de aprendizagem dificulta a introdução de mudança, na perspectiva contínua deste conceito. Tal como nos refere Coville (1993), a cultura é um elemento fundamental na mudança uma vez que condiciona o que as pessoas fazem.

Identificamos ainda a falta de liderança, o que faz com que a mudança seja gerida (lógica de substituição – mudança episódica) e não liderada (lógica de atracção – mudança contínua).

A visão que o gestor dos grupos profissionais: médicos e administrativos tem da sua actuação é bastante diferente da atribuída pelos seus colaboradores. Quando se analisa o diagrama 14, pode-se constatar que a diferença é especialmente significativa no grupo dos médicos.

Esta diferença poderá ser em parte o resultado de processos de mudança anteriormente iniciados, sem que o líder tenha aplicado essas mudanças nele próprio enquanto agente e líder. O resultado da falta de liderança, ou seja, a incapacidade demonstrada pelo líder na criação de condições para que a aprendizagem ocorra, a partir dos próprios colaboradores, motivados a aprender é frequentemente o insucesso dos esforços de mudança.

O modelo de referência apresentado neste estudo assenta na implementação de um SI integrando a área administrativa e clínica, para que os processos existentes associados ao circuito da consulta de medicina geral e familiar sejam optimizados. Para tal, é fundamental actuar sobre a cultura existente, isto porque quando nos referimos a alterações provocadas pelo SI, temos de estar conscientes que as primeiras alterações têm de ser efectuadas a nível da cultura. Estas mudanças só serão bem recebidas pelos utilizadores se estes conseguirem identificar vantagens nesta mudança. O papel dos gestores é fundamental; é necessário assegurar que estes também abraçam a mudança.

O tipo de organização na qual se pretende introduzir mudança, é caracterizada por grupos de profissionais com grande autonomia profissional. Esta é uma característica comum e muito sensível entre todos os profissionais de saúde. Portanto, o modelo de referência proposto para a optimização do processo da consulta de medicina geral e familiar tem de assentar em alterações gerais do processo e não nas questões de pormenor respeitantes às funções destes profissionais. Estamos a lidar com burocracias profissionais, onde a autonomia profissional é muito sensível e é fundamental não tocar neste ponto, uma vez que a resistência à mudança surge sempre que o alvo da mudança não é consistente com a sua imagem e identidade.

O tipo de cultura apresentada como sendo a desejada pelos três grupos profissionais indica-nos que o modelo de referência por este estudo tem grandes perspectivas de ser bem sucedido. A mudança proposta para este processo assenta em critérios de melhoria a nível dos SI que deverão potenciar a cultura no sentido desejado. Uma aposta na inovação, tendo por base os conceitos de

melhoria constante e sustentada, garantindo o acompanhamento destas mudanças por todos os colaboradores de todos os grupos profissionais irá resultar num processo de mudança com sucesso.

À luz do modelo de Quinn verificamos que a aplicação dos instrumentos da cultura e da liderança revelam que esta organização está a desejar uma mudança no sentido da inovação e de uma maior orientação para os recursos humanos. Ou seja, esta organização deseja abraçar um modelo de gestão baseado na flexibilidade.

Desta forma o modelo de referência apresentado é baseado na alteração de processos promovendo a descentralização da gestão e dos sub-processos. A estratégia de mudança está baseada na reengenharia do processo tendo como motor o ambiente externo. Em geral, as mudanças já iniciadas pelo centro são forçadas pelo ambiente externo, em particular as regulamentações governamentais. As recentes directivas do Ministério: Simplex (CTH) e a centralização do SAP neste centro vão impulsioná-lo a tomar acções no sentido da mudança. Desta forma, o primeiro passo já foi dado, ou seja, identificou-se e classificou-se como urgente a optimização do processo da consulta com mais actividade no centro de saúde.

O modelo de Quinn indica que deve ser criada uma ligação entre os colaboradores que consideram de forma positiva a mudança. Para que o processo de mudança seja bem sucedido devemos rodear-nos de elementos facilitadores da mudança. Analisando os dados recolhidos pelo instrumento da liderança verificamos que todos os grupos profissionais apresentam valores sobre os quais podemos afirmar que é possível criar uma equipa de trabalho multidisciplinar, motivada para as áreas que envolvam inovação.

O centro de saúde apresenta uma visão articulada com a do SNS, analisando as directivas do plano de saúde, que apontam para a necessidade de inovar, de capacitar os serviços de um atendimento de qualidade e os resultados do instrumento da cultura, a aposta desta organização deve ser no modelo dos sistemas abertos baseado na flexibilidade com uma cultura do tipo Adhocracia. Esta actualmente é revelada pelo grupo profissional dos administrativos, onde o líder se apresenta inovador e empreendedor. É então necessário que a direcção do centro

materialize esta visão, para que seja possível atingir o resultado final desejado. Utilizando a inovação e a conquista de recursos como elementos chaves para atingir a eficácia.

Todas estas alterações surgem no sentido de alteração da cultura actual baseada nos resultados para uma cultura baseada na inovação e nos recursos humanos. Todas as acções levadas a cabo nesta alteração podem e devem ser tomadas para unificar os papéis de liderança tão diversos para que após uma maior harmonia seja mais fácil caminhar no sentido da qualidade e da mudança contínua. No entanto, primeiro é necessário trabalhar com os próprios líderes a sua postura e a alteração da imagem que tem de si próprios para que a possam introduzir/traduzir para os seus colaboradores.

Este plano de mudança deve ser comunicado a todos os colaboradores. Desta forma poder-se-á evoluir na perspectiva de conquista dos recursos fazendo que todos se identifiquem com as alterações que vão ser implementadas. A operacionalização desta mudança traduz-se sob a forma de um sistema de informação que vai permitir efectuar a ligação entre a área clínica e a área administrativa, a qual iria reestruturar todo o circuito da consulta de medicina geral e familiar. Esta implementação poderá promover a difusão da informação entre os vários elementos da organização, isto é, promover novos canais de comunicação da base para o topo e do topo para a base da organização, encorajando os colaboradores a assumirem uma maior atitude de reporte.

Tendo por base o trabalho já efectuado no centro, e tendo sempre em mente a perspectiva da mudança contínua, é necessário consolidar as mudanças e identificar sempre novos pontos de que permitam a melhoria continua. Após a implementação das mudanças proposta por este modelo, o centro poderia candidatar-se a um prémio de excelência da E.F.Q.M.

Analisando os resultados sob a perspectiva do modelo de Jerry Porras, ou seja, sob a ideia que o desempenho organizacional é o resultado da interligação entre os factores organizacionais e os factores individuais. Verificamos que para melhorar o desempenho individual e organizacional é necessário que o comportamento dos membros da organização mude na direcção pretendida. A visão deste modelo reflecte sobre a forma como os colaboradores de uma organização apreendem novos comportamentos e mudam a forma de actuar no seu trabalho.

A mudança do circuito da consulta de medicina geral e familiar à luz do modelo apresentado por este autor baseia-se na alteração, dos pressupostos cognitivos dos colaboradores do centro de saúde.

Com a utilização da ferramenta da FMEA foi possível identificar falhas que podem ser minimizadas com a introdução de um sistema de informação, que no geral irá melhorar a trajectória do doente no processo da consulta de medicina geral e familiar. Ou seja, a implementação do SI vai permitir reduzir a possibilidade de efectuar uma má construção da história clínica do doente, permitindo que o médico tenha à sua disposição todos os detalhes de todos os episódios clínicos que o doente já realizou no centro de saúde, nomeadamente antecedentes pessoais e familiares e diagnósticos anteriormente efectuados. Desta forma existiria por exemplo, um conjunto de formulários específicos que permitam ao médico identificar o doente como pertencente a um grupo de risco e permitiria a ligação do SI do centro de saúde com o SI do hospital para o agendamento das consultas de especialidade do hospital, operacionalizando o projecto da consulta a tempo e horas (CTH).

Este projecto de mudança baseia-se fundamentalmente na implementação de um sistema de informação, que organize a trajectória do doente da melhor forma possível, de maneira, a gerir de forma eficaz e eficiente as organizações de saúde, ou seja, com o menor número de recursos tentar efectuar uma boa trajectória do doente.

Com a utilização da ferramenta *stream analysis* foi possível desenhar os constrangimentos do processo da consulta de medicina geral e familiar, dividindo-os pelos quatro componentes da configuração organizacional do modelo.

Sabemos que as escolhas e as acções que os colaboradores tomam no seu dia-a-dia são baseadas no ambiente que nos rodeia e nos factores organizacionais que os envolvem. Devemos ter em conta os factores sociais, a tecnologia, o espaço físico e a organização formal que os influenciam. Assim, foi fundamental para a construção do modelo de referência, a identificação destes factores uma vez que são críticos num processo de mudança, dado que os colaboradores os utilizam nas suas acções do dia-a-dia. Tal como nos refere Porras, para se atingir desempenhos

organizacionais e individuais desejados é necessário agir de forma a criar uma ligação estável entre os factores organizacionais e os individuais, para que o processo de mudança seja implementado com sucesso.

As acções de mudança propostas por este modelo de referência para o centro de saúde devem ser introduzidas de uma forma contínua. Tendo sempre em conta que devem ser garantidas as formas e os meios para alterar a cultura baseada nos resultados para uma cultura baseada na inovação e nos recursos humanos. E as acções que podem e devem ser tomadas para unificar os papéis de liderança tão diversos para que após uma maior harmonia, possam introduzir a mudança com sucesso. A combinação de uma cultura e liderança orientadas para a mudança contínua e beneficiando das alterações do ambiente externo sob o impulso das orientações da qualidade total vão permitir que o centro de saúde implemente com sucesso o projecto de mudança proposto por este estudo. Conseguindo desta forma operacionalizar as orientações do Ministério da Saúde no Plano de Saúde Nacional 2004/2010, sob a óptica de dinamização e facilitação do acesso e comunicação entre o doente, o centro de saúde e o hospital.

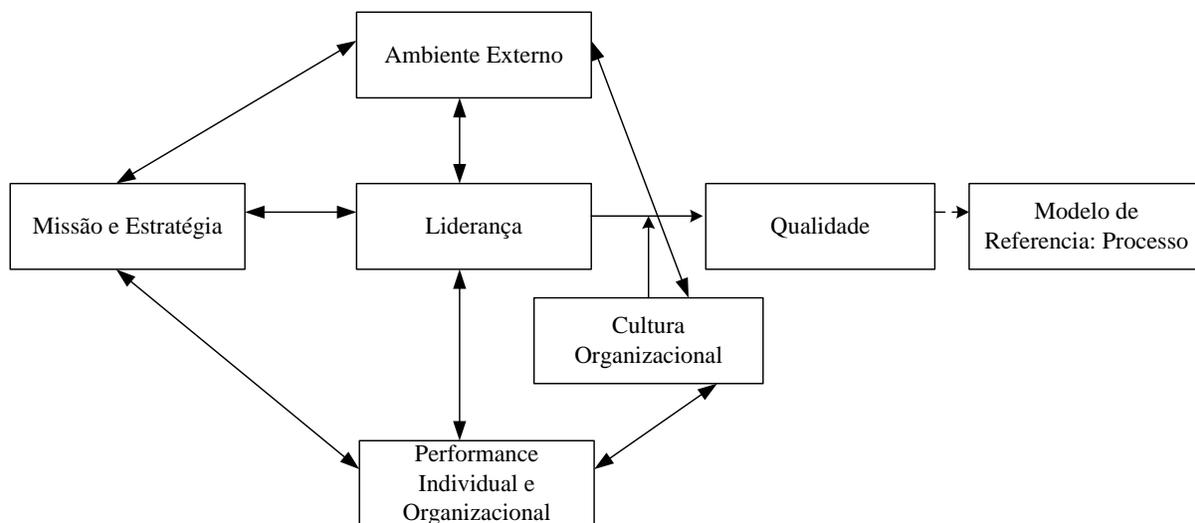


Diagrama 18 – Representação da gestão da mudança do centro de saúde

Resumindo, pela análise efectuada neste estudo e suportada pelos resultados dos instrumentos aplicados, verificamos que as mudanças iniciadas pelo centro de saúde são forçadas pelo

ambiente externo (Ministério da Saúde). Os factores externos são os grandes impulsionadores da mudança; as regulamentações governamentais são o elemento fundamental no desencadeamento das acções de mudança, ainda que alinhadas com a missão, estratégia e cultura organizacional. Sob a representação da qualidade total com o objectivo da performance individual e organizacional.

Para finalizar deixaria uma referência às orientações efectuadas pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde (relatório da primavera, 2005:67), “Liderança na inovação na saúde assume-se através de uma forma diferente de gerir a informação, conhecimento e comunicação. São necessárias importantes rupturas na arte de comunicar e gerir a informação e o conhecimento, tirando partido do potencial de inovação das TIC”.

Conclusões e Sugestões

Actualmente os serviços de saúde em todo o mundo, revelam uma aposta muito clara na qualidade e na certificação ou acreditação decorrente. No mundo actual, a competitividade das organizações atinge níveis cada vez mais elevados é fundamental a aposta na diferenciação, inovação e essencialmente, na qualidade do produto ou serviço, uma vez que esta proporcionará uma diminuição dos custos e o aumento da satisfação do cliente.

O plano nacional de saúde 2004/2010 apresenta orientações estratégicas que devem suportar a gestão da mudança. Esta encontra-se centrada no cidadão. As principais linhas orientadoras são o desenvolvimento de esforços no sentido de aumentar o acesso a informação validada, isenta e aumentar a liberdade de escolha no acesso aos cuidados de saúde.

Em 2005, o Programa do Governo na área da saúde dá um particular enfoque aos cuidados de saúde primários e à sua importância na ligação ao doente. Na resolução do Conselho de Ministros foi criado um grupo de trabalho técnico com a intenção reformular os cuidados primários uma vez que estes são o primeiro acesso dos doentes aos cuidados de saúde. Trata-se de uma reforma que irá abranger várias áreas de intervenção: o desenvolvimento do sistema de informação, a mudança e desenvolvimento de competências, entre outras. Este plano de intervenções tem como objectivo atingir a cooperação entre médicos e enfermeiros no projecto de saúde de cada cidadão.

Em 2006, Correia de Campos identifica a especialidade de Medicina Geral e Familiar como a especialidade clínica orientada para os cuidados primários. E que a mudança desejada para esta especialidade é que os Cuidados de Saúde Primários evoluam de acordo com as necessidades da população. Reforçando as orientações existentes no plano de saúde anteriormente referido.

Em 2007, na resolução do Conselho de Ministros foi criado o grupo de missão para os cuidados de saúde primários. Este grupo iniciou o processo de criação de centros de saúde por agrupamentos, tendo como visão a criação de uma rede prestadora de cuidados de saúde primários de excelência, adequados às características das populações, próxima das famílias e dos cidadãos. Tendo por base a aprendizagem contínua promovida pela existência de equipas multi-profissionais. Este grupo missão foi criado para responder às orientações dadas em 2005.

Mais recentemente a actual Ministra da Saúde na sua intervenção no XIX Encontro Nacional da Associação Portuguesa para a Promoção da Saúde Pública (APPSP) - Inovação em Saúde, afirma

que a inovação não se refere apenas a inovação tecnológica. “Inovar é criar valor num contexto de mudança, é criar valor na sociedade do conhecimento e das inter-relações. Valor que acrescenta melhor saúde, mais qualidade de vida e crescimento económico” (Jorge, 2008:1).

Alinhado com esta estratégia, este trabalho teve como objectivo apresentar um modelo de referência para o circuito da consulta de medicina geral e familiar num centro de saúde. A escolha recaiu neste tipo de organizações de saúde devido à importância que lhe está a dada hoje em dia em Portugal, tal como referido anteriormente. De facto, são um pilar essencial da prestação de cuidados de saúde, constituindo em muitos casos o único contacto que os doentes têm com os profissionais de saúde.

Referindo a importância da cultura das organizações e da liderança nas mudanças estratégicas, em especial na implementação de um SI, foram utilizados vários instrumentos que permitiram aferir o tipo de cultura e o tipo de líderes presentes na organização em estudo. Para além dos modelos de Quinn e Jerry Porras foi utilizado parte do modelo de autoavaliação EFQM, aplicado aos profissionais de um centro de saúde (médicos, enfermeiros e administrativos), que permitiu avaliar a organização de saúde, identificando os pontos fortes e as áreas onde é preciso melhorar, otimizando a gestão da organização e estabelecendo os resultados pretendidos de forma consistente e fiável. Este instrumento, em particular ajudou a preparar a base para o modelo de referência para a consulta de medicina geral e familiar, permitindo que este circuito funcione de forma mais eficaz e eficiente. Através da aplicação dos restantes instrumentos foi possível analisar os fluxos e processos que atravessam a unidade de saúde, identificando quais os seus pontos críticos e a melhor forma de actuar sobre eles.

Dos três grupos profissionais analisados no centro de saúde em causa, podemos verificar que no grupo dos administrativos e dos enfermeiros, a imagem que o elemento de chefia tem sobre a sua capacidade de liderança é muito semelhante à imagem que os seus colaboradores têm. No entanto, no grupo profissional dos médicos já se nota uma clara diferença entre a imagem que a coordenadora clínica tem relativamente à sua capacidade de liderança e a capacidade que é reconhecida pelos médicos que pertencem à sua equipa de trabalho.

Foi possível verificar o que a literatura apresenta: a liderança está estritamente relacionada com a interpretação das pessoas.

Relativamente à cultura verificamos que a cultura desejada reflecte a linha condutora de mudança que a organização deveria tomar. A organização deveria traçar um plano no sentido de aumentar as suas preocupações ao nível da inovação, apostando fortemente na descentralização da gestão e dos processos, empenhando-se na diferenciação e tomando uma posição mais competitiva no sistema global. Desta forma estaria a implementar um processo de mudança organizacional com todas as condições reunidas para o sucesso.

O modelo apresentado pretende que o SI contribua para a existência de um sistema de informação integrado, tendo em conta as seguintes áreas:

- Suporte à decisão para a gestão: implementação de um sistema de informação que permita aos gestores informação estruturada, através de indicadores e relatórios.
- Suporte à decisão clínica: implementação de um sistema de informação integrado com a actual aplicação administrativa, que permita em tempo real o registo e visualização de informação clínica e administrativa significativa para auxiliar os profissionais médicos no atendimento ao doente.
- Sistema de registo de falhas ocorridas - eventos adversos, ao longo do processo da consulta de cada doente, de forma a definir acções de melhoria futura, baseadas na aprendizagem, iniciando as primeiras acções para uma gestão do risco no centro de saúde.

Resumindo, tendo em consideração o que já tem vindo a ser dito ao longo deste estudo, o modelo de referência baseia-se na reconstrução do processo da consulta de medicina geral e familiar, utilizando a inovação e a conquista de recursos humanos uma vez que sem mudança nos comportamentos dos colaboradores não é possível implementar com sucesso mudanças organizacionais.

Como trabalho futuro sugere-se o alargamento do estudo a mais centros de saúde, comparando organizações, desde o início do processo de implementação de um processo de mudança cuja base assente nos SI.

Sugere-se também o desenvolvimento de um instrumento que permita medir os ganhos efectivos para o doente após a finalização do processo de reconversão dos centros de saúde levado a cabo pelo grupo missão para os cuidados de saúde primários.

Referências Bibliográficas

Armenakis, A. e Bedeian, A. (1999), *Organizational Change: A Review of Theory and Research in the 1990s*, Journal of Management

Argyris, C. e Schon, D. (1978), *Organizational Learning: A Theory-in-Action Perspective*, Reading: Addison Wesley

ARSLVT (1999), *Melhoria Continua da Gestão e da Liderança nos Centros de Saúde*: Ministério da Saúde

Bartunek, J.M. (1993), *The multiple cognitions and conflicts associated with second order organizational*, JK Murnighan

Beer, M, Eisenstat, R.A. e Spector, B.(1990) *The Critical Path to Corporate Renewal*, Boston Harvard Business School

Bilhim, J. (2006), *Teoria Organizacional – Estrutura e Pessoas*, Lisboa: Portugal Universidade Técnica de Lisboa

Bruyne, P., Herman, J. e Schoutheete, M. (1991), *Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais: os Polos da Prática Metodológica*, Rio de Janeiro, Francisco Alves

Burke, W. e Litwin, G. (1992), *A Causal Model of Organizational Performance and Change*: Journal of Management

Buchanan, D. e Badham, D. (1999), *Power, Politics and Organizational Change*, London, Sage

Cameron, K. e Quinn R. (1999), *Diagnosing and Changing Organization Culture*: Library of Congress

Cameron K. e Barnelt, C (2000), *Organizational Quality as Culture Variable: an Empirical Investigation of Quality Culture: The Quality Movement and Org*

Clarke, K. e Rooksby, J. e Rouncefield, M. e Procter, R. e Slack, R. (2006), *Healthcare information giving services: technologies and everyday practicalities*, London, Thousand Oaks, CA and New Delhi, Vol. 12 : SAGE Publications

Czarniawsha, B e Joerges, B. (1996), *Travels of Ideas*, New York, Walter Gruyter

Coch, L. e French, J.R. (1948), *Overcoming Resistance to Change*, New York, Human Relations

Collins, J. e Porras, J. (1990), *Empresas feitas para vencer*, HSM Management: Book Summary

Colville, I., Daton, K. et al. (1993), *Developing and understanding culture in HM custom and excise: There is more to dancing than knowing the next steps*, Public Administration

- Correia, J. (1998), *Processos de Liderança*, Lisboa: Presença
- Cunha, M. e Rego, A (2003), *Comportamento Organizacional e Gestão: Instrumentos de Medida*, Lisboa: Escolar Editora
- Damanpour, F. (1991), *Organizational Innovation: A meta-analysis of effects of determinants and moderators*, Academy of Management Journal
- Denison, D. (1996), *What is the difference between Organizational Culture and Organizational Climate? A native point of view on a decade of paradigm wars*: Academy of Management Review
- Dent, E.B. e Goldberg, S.G. (1999), *Challenging Resistance to Change*, The Journal of applied Behavioral Science
- Donabedian, A. (2003), *An introduction to quality assurance in healthcare*, New York: Oxford University Press.
- Duton, J.E. (1993), *The making of Organizational Opportunities: an interpretive pathway to Organizational Change*, Resume Organizational Behavior
- Engleman, R. e Van de Ven, A. (2002), *Motivating and Enabling Conditions of Effective Organizational Change*, University of Minnesota: Carlson School of Management
- Fan, Y. (2000), *A classification of chinese cultures, cross culture management*, England: Lincoln School of Management
- Fleury, M.T. e Fisher, R.M. (1995), *Aprendizagem e Inovação Organizacional: as experiências do Japão, Coréia e Brasil*. São Paulo: Atlas
- Ford, J.D. e Ford, L.W. (1994), *Logics of Identity, Contradiction and Attraction in Change*, Academy Management Review
- Ford, J.D. e Ford, L. W. (1995), *The Role of Conversations in Producing Intentional Change in Organizations*, Academy Management Review
- Fosfuri, A. e Ronde, T. (2007), *Leveraging Resistance to Change and the Skunk Works Model of Innovation*, Centre for Industrial Economics, Department of Economics: University of Copenhagen
- Fox-Wolfgramm, S. Boal, K. e Hunt, J. (1998), *Organizational Adaptation to Institutional Change: A comparative study of first-order change in prospector and defender banks*, Administrative Science Quarterly
- Galpin, T. (1996), *O Lado Humano da Mudança*, Lisboa: Edições Sílabo
- Gaster, L. (1995), *Quality in public service*, Buckingham. Philadelphia: Open University Press

Gomes, D. (2000), *Cultura Organizacional Comunicação e Identidade*, Coimbra: Quarteto Editora

Grimley, D. e Prochaska, J. et al. (1994), *The transtheoretical model of change*, New York: Sunny Press

Hammer, M. e Champy, J. (1993), *Reengineering the Corporation: A manifesto for business revolution*, London, Nicholas Brealy

Haveman, H. (1992), *Between a Rock and a Hard Place: Organizational Change and Performance under conditions of fundamental environment transformation*, Administrative Science Quarterly

Huber, G.P. e Glick, W.H. (1993), *Organizational Change and Redesign*, New York, Oxford University Press

IQF (2005), *O sector dos serviços de informação e comunicação*, Lisboa 1ª Edição: IQF

Isabella, L. (1990), *Evolving Interpretations as Change Unfolds: How managers contrue key organizational events*, Academy of Management Journal

Jaffe, D., Scott, C. e Tobe, G. (1994), *Rekindling Commitment: How to revitalize yourself, your work and your organization*, San Francisco: Jossey-Bass

Jesuino, J. (1987), *Processos de Liderança*, Lisboa: Livros Horizonte

Johnson, P. e Van de Ven, A. (2005), *Knowledge For Theory and Practice*: Academy of Management Review

Judson, A.S. (1991), *Changing behavior in organization: Minimizing resistance to change*: Cambridge, Blackwell Business

Kanter, R.M., Stein, B.A. e Jick, J.D. (1992), *The Challenge of Organizational Change*, New York, Free Press

Kelly, P. e Amburgeg, T. (1991), *Organizational Inertia and Momentum: A dynamic model of strategic change*, Academy of Management Journal

Kotler, P. e Keller, L. (2006), *Marketing Management 12e*, New Jersey, Pearson Education, Inc Upper Saddle River

Kotter, J. e Heskett J. (1992), *Corporate Culture and Performance*, New York: Free Press

Kotter, J. (1996), *Leading Change: Why Transformation Efforts Fail*, Harvard Business School Press

Laabs, J. (1996), *Expert Advice on How to Move Forward With Change*, Personal Journal

- Lawrence, T. e Robinson, S. (2007), *Ain't Misbehavin: Workplace Deviance as Organizational Resistance*: Journal of Management
- Lewin, K. (1947), *Frontiers of Groups Dynamics*, Human Relations
- Lewin, K. (1951), *Fields Theory in Social Science*, New York, Harper & Row
- Lopes, A e Reto, L. (1990), *Identidades de Empresa e Gestão pela Cultura*, Lisboa: Edições Sílabo
- Lorenzi, N. e Riley, R. (2004), *Informatics in Heath Care: Managing Organizational Change*, New York: Springer-Verlag
- Martin, V. e Henderson, E. (2004), *Gestão e Unidades de Saúde e de Serviços Sociais*, Lisboa 1ª Edição: Monitor – Projectos e Edições, Lda
- Maurer, R. (1996), *Transforming Resistance: Using Resistance to make Change Happen*, Human Resources Professional
- Meyer, A., Brooks, G. e Goes, J. (1990), *Environment Jolts and Industry Revolutions: Organizational Responses to Discontinuous Change*, Strategies Management Journal
- Miller (1993), *The architecture of simplicity*, Academy Management Review
- Mintzberg, H. (1998), *Estrutura Dinâmica das Organizações*, Publicações Dom Quixote, 3ª Edição
- Motta, P. (1999), *Transformação Organizacional: a teoria e a prática de inovar*, Rio de Janeiro: Qualitymark
- Newstrom, J. (2007), *Comportamento Organizacional – O comportamento Humano no Trabalho*, University of Minnesota Duluth: McGraw-Hill
- Nabitz, U. Quaglia, G., Wangen, P. (1999), *EFQM's New Excellence Model*, Quality Progress
- Nadler, D.A., Shaw, R.B. e Walton, A.E. (1995), *Discontinuous Change*, San Francisco, Jossey-Bass
- Nadler, R. (1995), *The anatomy of Whistle-blowing – Ethical Issues in Business*, Harcourt Brace College Publishers
- Nord, W.R. e Jermier, J.M. (1994), *Overcoming Resistance: insights from a study of the shadows*, Public Administration
- Observatório do emprego e formação profissional (2000), *Mudança Organizacional e Gestão de Recursos Humanos*: Edição de Setembro 2000

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2005), *Novo Serviço Público da Saúde. Novos desafios*: Escola Nacional de Saúde Pública

Orlikowski, W. (1996), *Improvising Organizational Transformation Overtime: A situated change perspective*, Information System Research

Parreira, P. (2006), *Eficiência Organizacional em Contexto Hospitalar*, Tese de Doutoramento em Gestão, ISCTE

Pederit, S.K. (2000), *Rethinking Resistance and Recognizing Ambivalence: A multidimensional view of attitudes toward organizational change*, Academy of Management Review

Pericles (2000), *Grupo de trabalho para a saúde*: European Foundation for Quality Management

Pettigrew, A. (1985), *Examine Change in Long-Term Context of Cultural Politics*, Organizational Science

Pettigrew, A. (1990), *Longitudinal Research on Change: Theory and Practice*, Organizational Science

Pfeffer, J. (1997), *New Directions for Organization Theory*, New York, Oxford University Press

Porras, J. (1987), *Stream Analysis*: Addison-Wesley Publishing Company

Porras, J. e Robertson, P.J. (1992), *Organizational Development: Theory Proactive, Research*, Handbook of Organizational Psychology

Quinn, R. (1988), *Beyond Rational Management*, San Francisco: Jossey-Bass Inc. Publishers

Quinn, R. (1996), *Deep Change: Discovering the Leader Within*, San Francisco: Jossey-Bass

Quinn, R. (1998), *Desperte o líder em você – Mudança Organizacional a partir do autoconhecimento*, Rio de Janeiro: Brasil Campus

Quinn, R. e Roughbaug, J. (1983), *A Special Model of Effectiveness Criteria: Towards a competing values approach to organizational effectiveness*, Management Science

Rascão, J. (2004), *Sistemas de Informação para as Organizações – A Informação Chave para a tomada de Decisão*, Lisboa: Edições Sílabo

Reis, L. (2000), *Estratégia Empresarial – Análise, Formulação e Implementação*, Lisboa: Editorial Presença

Robertson, P. e Porras, J. (1993), *Dynamics of Planned Organizational Change: Assessing Empirical Support for a Theoretical Model*, Academy of Management Journal

- Roldão, V. (2005), *Gestão de Projectos – Abordagem Instrumental ao Planeamento, Organização e Controlo, Col. Investimentos e Organização*, Lousã: MONITOR – Projectos e Edições, Lda.
- Rorty, R. (1989), *Contingency, Irony and Solidarity*, New York, Cambridge University Press
- Schein, E. (1984), *Coming to a new awareness of organizational culture*: Sloan Management Review
- Schein, E. (1996), *Kurt Lewin's Change Theory in the Filed in the classroom: notes toward a model of managed learning*
- Schein, E. (1999), *The Corporate Culture. Survival Guide*: Warren Bennis Book
- Schneider, B. e Brief, A.P., (1992), *Corporate Culture and Performance*, New York, Free Press
- Sevon, G. (1996), *Organizational Imitation in Identity Transformation*, Walter Gruyter
- Strebel, P. (1996), *Why Do Employees Resist Change*, Harvard Business Review
- Texeira, S. (2006), *Gestão das Organizações*, 2ª Edição: McGrawHill
- Trice, H. e Beyer, J. (1993), *The Culture of Work Organizations*, Englewood Cliffs: Prentice Hall
- Trushman, M.L. e Romanelli, E.(1985), *Organizational Revolution: a metamorphosis model of convergence and reorientation*, R. Organizational Behavior
- Tucker, A. e Nembhard, I. e Edmondson, A. (2006), *Implementing New Practices: An Empirical Study of Organizational Learning in Hospital Intensive Care Units*, Wharton School of Business: University of Pennsylvania, Harvard Business School, Boston
- Turner, C. (1993), *Cultura de Empresa*, Lisboa: Editorial Presença, 1ª Edição
- Van de Ven, A. e Poole, M. (1995), *Explaining Development and Change in Organizations*,: Academy of Management Review
- Van de Ven, A. e Johnson, E. (2005), *Knowledge For Theory and Practice*: Academy of Management Review
- Van de Ven, A. e Hargrave, T. (2000), *Social, Technical, and Institutional Change: A Literature Review and Synthesis*, Department of Strategic Management and Organization Carlson School of Management: University of Minnesota
- Vas, A. e Lejeune, C. (2005), *Revisiting resistance to change at university an interpretative approach*, CRECIS Center for Research in Change: Innovation and Strategy

Venkatraman, N. (1994), *IT - Enabled Business Transformation: From Automation to Business Scope Redefinition*, Sloan Management Review

Vollman, T. (1996), *The Transformation Imperative*, Boston Harvard Business School Press

Waldman, D.A. et al. (1998), *A Qualitative Analysis of Leadership and Quality Improvement*, Leadership Quarterly

Weick, K. (1979), *The Social Psychology of Organizational*, Boston, Addison-Wesley

Weick, K. e Quinn, R. (1999), *Organizational Change and Development: Annual Revision* Psychology

Wheatley MJ. (1992), *Leadership and the New Science*, San Francisco: Berrett-Koehler

Wheeler,S. e Amiotte, S. (2002), *Resistance to Technological Change and the Tyranny of Distance*, England: University of Plymouth, April 2002

Yin, R.K. (1989), *Case Study Research: Design and Methods*, Newbury Park: CA, Sage Publications

Yukl, G. (1989), *Managerial Leadership: a review of theory and research*: Journal of Management

Yukl, G. (1998), *Leadership in organizations*, London: Prentice-Hall International Edition

Zaltman, G. e Duncan, R. (1977), *Strategies for Planned Change*, New York, Wiley & Sons

Páginas Web consultadas

Annual Reviews [<http://www.annualreviews.org>]

ARS Lisboa e Vale do Tejo [<http://www.arslvt.min-saude.pt>]

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde [<http://www.acss.min-saude.pt/>]

Associação dos Médicos Gestores de Unidades de Saúde [<http://www.amgus.pt/>]

Associação Portuguesa de Engenharia da Saúde [<http://www.apengsaude.org/>]

Comissão Nacional de Protecção de Dados [<http://www.cnpd.pt>]

Direcção Geral de Saúde [<http://www.dgs.pt/>]

EFQM [<http://www.efqm.org>]

Empirical Research Methods Poster [<http://researchmethods.itposter.net>]

Escola Nacional de Saúde Pública [<http://www.ensp.unl.pt>]

Healthcare Technology [<http://www.hctproject.com/welcome.asp>]

Hospital do Futuro [<http://www.hospitaldofuturo.com/>]

Hospitais EPE [<http://www.hospitaissa.min-saude.pt>]

IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde [<http://www.igif.min-saude.pt>]

IndustryWeek's Leadership Insights [<http://www.industryweek.com/>]

IQS – Instituto da Qualidade em Saúde [<http://www.iqs.pt/>]

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde [<http://www.observaport.org/OPSS>]

Plano Nacional de Saúde 2004/2010 [http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_338.html]

Portal Ambiente e Saúde [<http://www.ambientesaude.pt/>]

Portal da Saúde Pública [<http://www.saudepublica.web.pt/>]

Portal do Governo [<http://www.portugal.gov.pt>]

Resolução do Conselho de Ministros n.º 175/2005

[http://mcsp.lvengine.com/Imgs/content/page_106/Resolucao_Conselho_Ministros_157_2005.pdf]

Resolução do Conselho de Ministros n.º 60/2007

[http://mcsp.lvengine.com/Imgs/content/page_105/Resolucao_Concelho_Ministros_6_2007.pdf]

Saúde Global [<http://www.saudeglobal.com/>]

Saúde na Internet [<http://www.saudenainternet.pt/>]

Saúde XXI [<http://www.saudexxi.org>]

Seixal Digital [<http://www.cm-seixal.pt/seixaldigital>]

The McKinsey Quarterly [http://www.mckinseyquarterly.com/Health_Care]

XIX Encontro Nacional da APPSP - Inovação em Saúde
[<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/discursos+e+intervencoes/inovacaosaude.htm>]

Anexos

Anexo I – Instrumentos utilizados

Para: Directores de Serviço, Enfermeiros Chefe e Administrativos Chefe

Instrumento de liderança

Instrumento de cultura organizacional

Para: Médicos, Enfermeiros e Administrativos

Instrumento de liderança

Instrumento de cultura organizacional

Mudança Organizacional em Contexto Hospitalar

Célia Margarida Pinheiro Ribeiro

Exmo. Sr.(a) Enfermeiro(a) Chefe de Serviço:

Encontro-me a frequentar o Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE), estando presentemente a desenvolver uma tese sobre o tema “Mudança Organizacional em Contexto Hospitalar”.

Gostaria de solicitar a sua colaboração, respondendo a este questionário. As respostas são confidenciais, sendo os dados tratados com toda a privacidade e apenas para informação estatística.

Solicito que leia atentamente todas as questões e assinale com um “X”, todas as questões apresentadas. Cada questão tem uma escala de sete pontos tendo em conta que 1 corresponde a “muito raramente” e 7 corresponde a “muito frequentemente”.

No final do preenchimento verifique se respondeu a todas as questões.

Muito Obrigada

Célia Ribeiro

Liderança - Assinale com um "X" a sua auto-percepção

- | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Propõe ideias criativas | <input type="checkbox"/> |
| 2. Promove a contuidade das operações diárias da unidade | <input type="checkbox"/> |
| 3. Exerce influência positiva na unidade | <input type="checkbox"/> |
| 4. Revê cuidadosamente e de forma detalhada toda a informação disponível | <input type="checkbox"/> |
| 5. Mantém na unidade uma orientação para os resultados | <input type="checkbox"/> |
| 6. Facilita a construção de consensos no trabalho da unidade | <input type="checkbox"/> |
| 7. Define áreas de responsabilidade para os subordinados | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ouve os problemas pessoais dos subordinados | <input type="checkbox"/> |
| 9. Minimiza as perturbações no fluxo de trabalho | <input type="checkbox"/> |
| 10. Utiliza/experimenta conceitos e procedimentos novos | <input type="checkbox"/> |
| 11. Encoraja a tomada de decisão participativa | <input type="checkbox"/> |
| 12. Assegura que todos saibam os objectivos da unidade | <input type="checkbox"/> |
| 13. Influência decisões tomadas em níveis superiores | <input type="checkbox"/> |
| 14. Compara registos e relatórios na procura de discrepâncias | <input type="checkbox"/> |
| 15. Verifica se a unidade cumpre os objectivos estabelecidos | <input type="checkbox"/> |
| 16. Demonstra empatia e preocupação no relacionamento com os subordinados | <input type="checkbox"/> |
| 17. Trabalha com informação técnica | <input type="checkbox"/> |
| 18. Tem acesso a pessoas de nível mais elevados | <input type="checkbox"/> |
| 19. Estabelece objectivos claros para o trabalho da unidade | <input type="checkbox"/> |
| 20. Trata as pessoas de modo delicado e cuidado | <input type="checkbox"/> |
| 21. Mantém-se ao corrente do que se passa na unidade | <input type="checkbox"/> |
| 22. Resolve problemas com criatividade e inteligência | <input type="checkbox"/> |
| 23. Impulsiona a unidade para o cumprimento dos seus objectivos | <input type="checkbox"/> |
| 24. Encoraja os subordinados a partilhar ideias em grupo | <input type="checkbox"/> |
| 25. Procura inovações e melhorias potenciais | <input type="checkbox"/> |
| 26. Clarifica prioridade e direcções | <input type="checkbox"/> |
| 27. Apresenta ideias novas aos superiores de modo persuasivo | <input type="checkbox"/> |
| 28. Proporciona à unidade uma sensação de ordem | <input type="checkbox"/> |
| 29. Demonstra preocupação com as necessidades dos subalternos | <input type="checkbox"/> |
| 30. Enfatiza a realização dos objectivos propostos para a unidade | <input type="checkbox"/> |
| 31. Desenvolve trabalho em equipa | <input type="checkbox"/> |
| 32. Analisa planos escritos e projectos | <input type="checkbox"/> |

Mudança Organizacional em Contexto Hospitalar

Célia Margarida Pinheiro Ribeiro

Exmo. Sr.(a) Director(a) de Serviço:

Encontro-me a frequentar o Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE), estando presentemente a desenvolver uma tese sobre o tema “Mudança Organizacional em Contexto Hospitalar”.

Gostaria de solicitar a sua colaboração, respondendo a este questionário. As respostas são confidenciais, sendo os dados tratados com toda a privacidade e apenas para informação estatística.

Solicito que leia atentamente todas as questões e assinale com um “X”, todas as questões apresentadas. Cada questão tem uma escala de sete pontos tendo em conta que 1 corresponde a “muito raramente” e 7 corresponde a “muito frequentemente”.

No final do preenchimento verifique se respondeu a todas as questões.

Muito Obrigada

Célia Ribeiro

Liderança - Assinale com um "X" a sua auto-percepção

- | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Propõe ideias criativas | <input type="checkbox"/> |
| 2. Promove a contiuidade das operações diárias da unidade | <input type="checkbox"/> |
| 3. Exerce influência positiva na unidade | <input type="checkbox"/> |
| 4. Revê cuidadosamente e de forma detalhada toda a informação disponível | <input type="checkbox"/> |
| 5. Mantém na unidade uma orientação para os resultados | <input type="checkbox"/> |
| 6. Facilita a construção de consensos no trabalho da unidade | <input type="checkbox"/> |
| 7. Define áreas de responsabilidade para os subordinados | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ouve os problemas pessoais dos subordinados | <input type="checkbox"/> |
| 9. Minimiza as perturbações no fluxo de trabalho | <input type="checkbox"/> |
| 10. Utiliza/experimenta conceitos e procedimentos novos | <input type="checkbox"/> |
| 11. Encoraja a tomada de decisão participativa | <input type="checkbox"/> |
| 12. Assegura que todos saibam os objectivos da unidade | <input type="checkbox"/> |
| 13. Influência decisões tomadas em níveis superiores | <input type="checkbox"/> |
| 14. Compara registos e relatórios na procura de discrepâncias | <input type="checkbox"/> |
| 15. Verifica se a unidade cumpre os objectivos estabelecidos | <input type="checkbox"/> |
| 16. Demonstra empatia e preocupação no relacionamento com os subordinados | <input type="checkbox"/> |
| 17. Trabalha com informação técnica | <input type="checkbox"/> |
| 18. Tem acesso a pessoas de nível mais elevados | <input type="checkbox"/> |
| 19. Estabelece objectivos claros para o trabalho da unidade | <input type="checkbox"/> |
| 20. Trata as pessoas de modo delicado e cuidado | <input type="checkbox"/> |
| 21. Mantém-se ao corrente do que se passa na unidade | <input type="checkbox"/> |
| 22. Resolve problemas com criatividade e inteligência | <input type="checkbox"/> |
| 23. Impulsiona a unidade para o cumprimento dos seus objectivos | <input type="checkbox"/> |
| 24. Encoraja os subordinados a partilhar ideias em grupo | <input type="checkbox"/> |
| 25. Procura inovações e melhorias potenciais | <input type="checkbox"/> |
| 26. Clarifica prioridade e direcções | <input type="checkbox"/> |
| 27. Apresenta ideias novas aos superiores de modo persuasivo | <input type="checkbox"/> |
| 28. Proporciona à unidade uma sensação de ordem | <input type="checkbox"/> |
| 29. Demonstra preocupação com as necessidades dos subalternos | <input type="checkbox"/> |
| 30. Enfatiza a realização dos objectivos propostos para a unidade | <input type="checkbox"/> |
| 31. Desenvolve trabalho em equipa | <input type="checkbox"/> |
| 32. Analisa planos escritos e projectos | <input type="checkbox"/> |

Mudança Organizacional em Contexto Hospitalar

Célia Margarida Pinheiro Ribeiro

Exmo. Sr.(a) Chefe(a) da área administrativa:

Encontro-me a frequentar o Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE), estando presentemente a desenvolver uma tese sobre o tema “Mudança Organizacional em Contexto Hospitalar”.

Gostaria de solicitar a sua colaboração, respondendo a este questionário. As respostas são confidenciais, sendo os dados tratados com toda a privacidade e apenas para informação estatística.

Solicito que leia atentamente todas as questões e assinale com um “X”, todas as questões apresentadas. Cada questão tem uma escala de sete pontos tendo em conta que 1 corresponde a “muito raramente” e 7 corresponde a “muito frequentemente”.

No final do preenchimento verifique se respondeu a todas as questões.

Muito Obrigada

Célia Ribeiro

Liderança - Assinale com um "X" a sua auto-percepção

- | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Propõe ideias criativas | <input type="checkbox"/> |
| 2. Promove a contuidade das operações diárias da unidade | <input type="checkbox"/> |
| 3. Exerce influência positiva na unidade | <input type="checkbox"/> |
| 4. Revê cuidadosamente e de forma detalhada toda a informação disponível | <input type="checkbox"/> |
| 5. Mantém na unidade uma orientação para os resultados | <input type="checkbox"/> |
| 6. Facilita a construção de consensos no trabalho da unidade | <input type="checkbox"/> |
| 7. Define áreas de responsabilidade para os subordinados | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ouve os problemas pessoais dos subordinados | <input type="checkbox"/> |
| 9. Minimiza as perturbações no fluxo de trabalho | <input type="checkbox"/> |
| 10. Utiliza/experimenta conceitos e procedimentos novos | <input type="checkbox"/> |
| 11. Encoraja a tomada de decisão participativa | <input type="checkbox"/> |
| 12. Assegura que todos saibam os objectivos da unidade | <input type="checkbox"/> |
| 13. Influência decisões tomadas em níveis superiores | <input type="checkbox"/> |
| 14. Compara registos e relatórios na procura de discrepâncias | <input type="checkbox"/> |
| 15. Verifica se a unidade cumpre os objectivos estabelecidos | <input type="checkbox"/> |
| 16. Demonstra empatia e preocupação no relacionamento com os subordinados | <input type="checkbox"/> |
| 17. Trabalha com informação técnica | <input type="checkbox"/> |
| 18. Tem acesso a pessoas de nível mais elevados | <input type="checkbox"/> |
| 19. Estabelece objectivos claros para o trabalho da unidade | <input type="checkbox"/> |
| 20. Trata as pessoas de modo delicado e cuidado | <input type="checkbox"/> |
| 21. Mantém-se ao corrente do que se passa na unidade | <input type="checkbox"/> |
| 22. Resolve problemas com criatividade e inteligência | <input type="checkbox"/> |
| 23. Impulsiona a unidade para o cumprimento dos seus objectivos | <input type="checkbox"/> |
| 24. Encoraja os subordinados a partilhar ideias em grupo | <input type="checkbox"/> |
| 25. Procura inovações e melhorias potenciais | <input type="checkbox"/> |
| 26. Clarifica prioridade e direcções | <input type="checkbox"/> |
| 27. Apresenta ideias novas aos superiores de modo persuasivo | <input type="checkbox"/> |
| 28. Proporciona à unidade uma sensação de ordem | <input type="checkbox"/> |
| 29. Demonstra preocupação com as necessidades dos subalternos | <input type="checkbox"/> |
| 30. Enfatiza a realização dos objectivos propostos para a unidade | <input type="checkbox"/> |
| 31. Desenvolve trabalho em equipa | <input type="checkbox"/> |
| 32. Analisa planos escritos e projectos | <input type="checkbox"/> |

Mudança Organizacional em Contexto Hospitalar

Célia Margarida Pinheiro Ribeiro

Exmo. Sr.(a) Enfermeiro(a):

Encontro-me a frequentar o Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE), estando presentemente a desenvolver uma tese sobre o tema “Mudança Organizacional em Contexto Hospitalar”.

Gostaria de solicitar a sua colaboração, respondendo a este questionário. As respostas são confidenciais, sendo os dados tratados com toda a privacidade e apenas para informação estatística.

Solicito que leia atentamente todas as questões e assinale com um “X”, todas as questões apresentadas. Cada questão tem uma escala de sete pontos tendo em conta que 1 corresponde a “muito raramente” e 7 corresponde a “muito frequentemente”.

No final do preenchimento verifique se respondeu a todas as questões.

Muito Obrigada

Célia Ribeiro

Liderança - Assinale com um "X" a sua opinião acerca do Enfermeiro(a) Chefe da sua unidade:

- | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Propõe ideias criativas | <input type="checkbox"/> |
| 2. Promove a contiuidade das operações diárias da unidade | <input type="checkbox"/> |
| 3. Exerce influência positiva na unidade | <input type="checkbox"/> |
| 4. Revê cuidadosamente e de forma detalhada toda a informação disponível | <input type="checkbox"/> |
| 5. Mantém na unidade uma orientação para os resultados | <input type="checkbox"/> |
| 6. Facilita a construção de consensos no trabalho da unidade | <input type="checkbox"/> |
| 7. Define áreas de responsabilidade para os subordinados | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ouve os problemas pessoais dos subordinados | <input type="checkbox"/> |
| 9. Minimiza as perturbações no fluxo de trabalho | <input type="checkbox"/> |
| 10. Utiliza/experimenta conceitos e procedimentos novos | <input type="checkbox"/> |
| 11. Encoraja a tomada de decisão participativa | <input type="checkbox"/> |
| 12. Assegura que todos saibam os objectivos da unidade | <input type="checkbox"/> |
| 13. Influência decisões tomadas em níveis superiores | <input type="checkbox"/> |
| 14. Compara registos e relatórios na procura de discrepâncias | <input type="checkbox"/> |
| 15. Verifica se a unidade cumpre os objectivos estabelecidos | <input type="checkbox"/> |
| 16. Demonstra empatia e preocupação no relacionamento com os subordinados | <input type="checkbox"/> |
| 17. Trabalha com informação técnica | <input type="checkbox"/> |
| 18. Tem acesso a pessoas de nível mais elevados | <input type="checkbox"/> |
| 19. Estabelece objectivos claros para o trabalho da unidade | <input type="checkbox"/> |
| 20. Trata as pessoas de modo delicado e cuidado | <input type="checkbox"/> |
| 21. Mantém-se ao corrente do que se passa na unidade | <input type="checkbox"/> |
| 22. Resolve problemas com criatividade e inteligência | <input type="checkbox"/> |
| 23. Impulsiona a unidade para o cumprimento dos seus objectivos | <input type="checkbox"/> |
| 24. Encoraja os subordinados a partilhar ideias em grupo | <input type="checkbox"/> |
| 25. Procura inovações e melhorias potenciais | <input type="checkbox"/> |
| 26. Clarifica prioridade e direcções | <input type="checkbox"/> |
| 27. Apresenta ideias novas aos superiores de modo persuasivo | <input type="checkbox"/> |
| 28. Proporciona à unidade uma sensação de ordem | <input type="checkbox"/> |
| 29. Demonstra preocupação com as necessidades dos subalternos | <input type="checkbox"/> |
| 30. Enfatiza a realização dos objectivos propostos para a unidade | <input type="checkbox"/> |
| 31. Desenvolve trabalho em equipa | <input type="checkbox"/> |
| 32. Analisa planos escritos e projectos | <input type="checkbox"/> |

Mudança Organizacional em Contexto Hospitalar

Célia Margarida Pinheiro Ribeiro

Exmo. Sr.(a) doutor(a):

Encontro-me a frequentar o Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE), estando presentemente a desenvolver uma tese sobre o tema “Mudança Organizacional em Contexto Hospitalar”.

Gostaria de solicitar a sua colaboração, respondendo a este questionário. As respostas são confidenciais, sendo os dados tratados com toda a privacidade e apenas para informação estatística.

Solicito que leia atentamente todas as questões e assinale com um “X”, todas as questões apresentadas. Cada questão tem uma escala de sete pontos tendo em conta que 1 corresponde a “muito raramente” e 7 corresponde a “muito frequentemente”.

No final do preenchimento verifique se respondeu a todas as questões.

Muito Obrigada

Célia Ribeiro

Liderança - Assinale com um “X” a sua opinião acerca do Director(a) de Serviço da sua unidade:

- | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Propõe ideias criativas | <input type="checkbox"/> |
| 2. Promove a contiuidade das operações diárias da unidade | <input type="checkbox"/> |
| 3. Exerce influência positiva na unidade | <input type="checkbox"/> |
| 4. Revê cuidadosamente e de forma detalhada toda a informação disponível | <input type="checkbox"/> |
| 5. Mantém na unidade uma orientação para os resultados | <input type="checkbox"/> |
| 6. Facilita a construção de consensos no trabalho da unidade | <input type="checkbox"/> |
| 7. Define áreas de responsabilidade para os subordinados | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ouve os problemas pessoais dos subordinados | <input type="checkbox"/> |
| 9. Minimiza as perturbações no fluxo de trabalho | <input type="checkbox"/> |
| 10. Utiliza/experimenta conceitos e procedimentos novos | <input type="checkbox"/> |
| 11. Encoraja a tomada de decisão participativa | <input type="checkbox"/> |
| 12. Assegura que todos saibam os objectivos da unidade | <input type="checkbox"/> |
| 13. Influência decisões tomadas em níveis superiores | <input type="checkbox"/> |
| 14. Compara registos e relatórios na procura de discrepâncias | <input type="checkbox"/> |
| 15. Verifica se a unidade cumpre os objectivos estabelecidos | <input type="checkbox"/> |
| 16. Demonstra empatia e preocupação no relacionamento com os subordinados | <input type="checkbox"/> |
| 17. Trabalha com informação técnica | <input type="checkbox"/> |
| 18. Tem acesso a pessoas de nível mais elevados | <input type="checkbox"/> |
| 19. Estabelece objectivos claros para o trabalho da unidade | <input type="checkbox"/> |
| 20. Trata as pessoas de modo delicado e cuidado | <input type="checkbox"/> |
| 21. Mantém-se ao corrente do que se passa na unidade | <input type="checkbox"/> |
| 22. Resolve problemas com criatividade e inteligência | <input type="checkbox"/> |
| 23. Impulsiona a unidade para o cumprimento dos seus objectivos | <input type="checkbox"/> |
| 24. Encoraja os subordinados a partilhar ideias em grupo | <input type="checkbox"/> |
| 25. Procura inovações e melhorias potenciais | <input type="checkbox"/> |
| 26. Clarifica prioridade e direcções | <input type="checkbox"/> |
| 27. Apresenta ideias novas aos superiores de modo persuasivo | <input type="checkbox"/> |
| 28. Proporciona à unidade uma sensação de ordem | <input type="checkbox"/> |
| 29. Demonstra preocupação com as necessidades dos subalternos | <input type="checkbox"/> |
| 30. Enfatiza a realização dos objectivos propostos para a unidade | <input type="checkbox"/> |
| 31. Desenvolve trabalho em equipa | <input type="checkbox"/> |
| 32. Analisa planos escritos e projectos | <input type="checkbox"/> |

Mudança Organizacional em Contexto Hospitalar

Célia Margarida Pinheiro Ribeiro

Exmo. Sr.(a) Administrativo(a):

Encontro-me a frequentar o Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE), estando presentemente a desenvolver uma tese sobre o tema “Mudança Organizacional em Contexto Hospitalar”.

Gostaria de solicitar a sua colaboração, respondendo a este questionário. As respostas são confidenciais, sendo os dados tratados com toda a privacidade e apenas para informação estatística.

Solicito que leia atentamente todas as questões e assinale com um “X”, todas as questões apresentadas. Cada questão tem uma escala de sete pontos tendo em conta que 1 corresponde a “muito raramente” e 7 corresponde a “muito frequentemente”.

No final do preenchimento verifique se respondeu a todas as questões.

Muito Obrigada

Célia Ribeiro

Liderança - Assinale com um "X" a sua opinião acerca do Administrativo(a) Chefe da sua unidade:

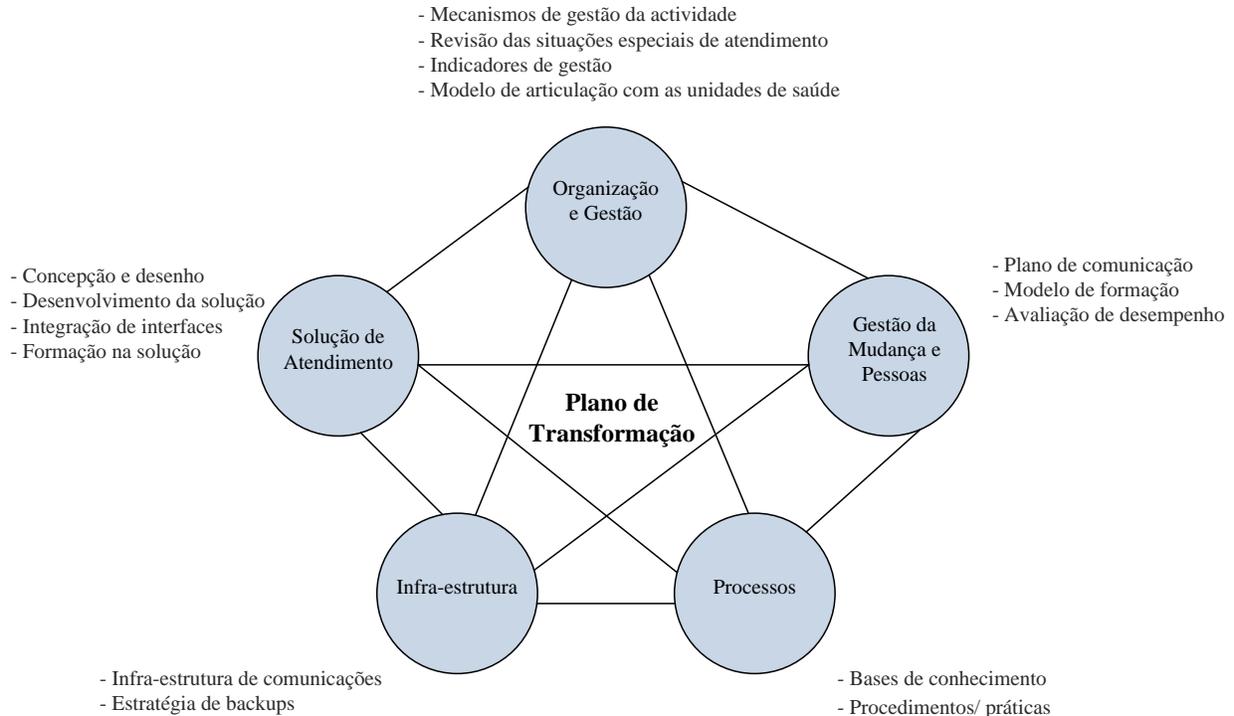
- | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Propõe ideias criativas | <input type="checkbox"/> |
| 2. Promove a contuidade das operações diárias da unidade | <input type="checkbox"/> |
| 3. Exerce influência positiva na unidade | <input type="checkbox"/> |
| 4. Revê cuidadosamente e de forma detalhada toda a informação disponível | <input type="checkbox"/> |
| 5. Mantém na unidade uma orientação para os resultados | <input type="checkbox"/> |
| 6. Facilita a construção de consensos no trabalho da unidade | <input type="checkbox"/> |
| 7. Define áreas de responsabilidade para os subordinados | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ouve os problemas pessoais dos subordinados | <input type="checkbox"/> |
| 9. Minimiza as perturbações no fluxo de trabalho | <input type="checkbox"/> |
| 10. Utiliza/experimenta conceitos e procedimentos novos | <input type="checkbox"/> |
| 11. Encoraja a tomada de decisão participativa | <input type="checkbox"/> |
| 12. Assegura que todos saibam os objectivos da unidade | <input type="checkbox"/> |
| 13. Influência decisões tomadas em níveis superiores | <input type="checkbox"/> |
| 14. Compara registos e relatórios na procura de discrepâncias | <input type="checkbox"/> |
| 15. Verifica se a unidade cumpre os objectivos estabelecidos | <input type="checkbox"/> |
| 16. Demonstra empatia e preocupação no relacionamento com os subordinados | <input type="checkbox"/> |
| 17. Trabalha com informação técnica | <input type="checkbox"/> |
| 18. Tem acesso a pessoas de nível mais elevados | <input type="checkbox"/> |
| 19. Estabelece objectivos claros para o trabalho da unidade | <input type="checkbox"/> |
| 20. Trata as pessoas de modo delicado e cuidado | <input type="checkbox"/> |
| 21. Mantém-se ao corrente do que se passa na unidade | <input type="checkbox"/> |
| 22. Resolve problemas com criatividade e inteligência | <input type="checkbox"/> |
| 23. Impulsiona a unidade para o cumprimento dos seus objectivos | <input type="checkbox"/> |
| 24. Encoraja os subordinados a partilhar ideias em grupo | <input type="checkbox"/> |
| 25. Procura inovações e melhorias potenciais | <input type="checkbox"/> |
| 26. Clarifica prioridade e direcções | <input type="checkbox"/> |
| 27. Apresenta ideias novas aos superiores de modo persuasivo | <input type="checkbox"/> |
| 28. Proporciona à unidade uma sensação de ordem | <input type="checkbox"/> |
| 29. Demonstra preocupação com as necessidades dos subalternos | <input type="checkbox"/> |
| 30. Enfatiza a realização dos objectivos propostos para a unidade | <input type="checkbox"/> |
| 31. Desenvolve trabalho em equipa | <input type="checkbox"/> |
| 32. Analisa planos escritos e projectos | <input type="checkbox"/> |

Ambiente no Trabalho

São apresentadas várias descrições da organização. Na **primeira coluna** assinale com um “X”, conforme a semelhança que apresentem com a unidade onde trabalha. Na **segunda coluna** assinale com um “X”, o que gostaria que a sua unidade fosse. Cada questão tem uma escala de seis pontos tendo em conta que 1 corresponde a “de modo nenhum” e 6 corresponde a “muitíssimo”.

	O que a unidade é			O que gostaria que unidade fosse		
1. A unidade é um local muito centrado nas pessoas, é como uma família alargada. As pessoas parecem partilhar muito de si próprias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A unidade é muito dinâmica e empreendedora. As pessoas estão dispostas a “pôr as mãos no fogo” e correr riscos pela organização.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A unidade está muito orientada para os resultados. A grande preocupação é ver o trabalho realizado. As pessoas são muito competitivas e orientadas para o cumprimento de metas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A unidade é um local muito estruturado e controlado. Os procedimentos formais determinam o que as pessoas fazem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. A liderança na unidade é geralmente considerada como exemplo de mentora, facilitadora ou motivadora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. A liderança na unidade é geralmente considerada como exemplo de capacidade empreendedora, inovadora e de correr riscos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. A liderança na unidade é geralmente considerada exemplo de rigor, agressividade e orientada para os resultados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. A liderança na unidade é geralmente considerada exemplo de coordenação, organização ou de garantia da eficiência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. O estilo de gestão na unidade é caracterizado pelo trabalho em equipa, consenso e participação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. O estilo de gestão na unidade é caracterizado pela capacidade individual de correr riscos, de inovação, de liberdade e de singularidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. O estilo de gestão na unidade é caracterizado por uma forte orientação para a competitividade, elevada exigência e cumprimento de metas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. O estilo de gestão da unidade é caracterizado pela segurança do emprego, conformidade, previsibilidade e estabilidade nas relações.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. O que mantém a unidade unida é lealdade e confiança mútua. O envolvimento com a organização é elevado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. O que mantém a unidade unida é o compromisso com a inovação e o desenvolvimento. É dada ênfase em andar “no fio da navalha”.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. O que mantém a unidade unida é a ênfase no cumprimento das metas e objectivos. A agressividade e o ser vencedor são temas comuns.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. O que mantém a unidade unida são as políticas e regras formais. A manutenção dum ritmo é importante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. A unidade põe ênfase no desenvolvimento das pessoas. Alta confiança, abertura e participação são aspectos dominantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. A unidade põe ênfase na aquisição de novos recursos e a criação de novos desafios. Valoriza-se a experimentação de coisas novas e a exploração de novas oportunidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. A unidade põe ênfase na competição e o cumprimento de metas. Atingir os alvos certos e vencer é imprescindível.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. A unidade valoriza a permanência e a estabilidade. É importante a eficiência, o controlo e constância de processos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. A unidade define o sucesso com base no desenvolvimento dos seus recursos humanos, no trabalho de equipa, no empenhamento e preocupação com as pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. A unidade define sucesso com base na prestação de serviços únicos ou recentes. É líder e inovador nos serviços que presta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. A unidade define o sucesso com base numa filosofia ganhadora, onde a chave do sucesso é a liderança competitiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. A unidade define o sucesso com base na eficiência. É dada maior importância à maximização dos resultados ao mais baixo custo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo II – Dimensões para o plano de transformação do circuito de atendimento da consulta de medicina geral e familiar num Centro de Saúde.



Anexo III – Indicadores do Estudo Exploratório

No seguimento da implementação do processo clínico electrónico interligado com o aplicativo administrativo deve ser implementado um sistema de informação de gestão, que permita aos gestores informação estruturada, através de indicadores e relatórios. De seguida apresentam-se três quadros contendo possíveis indicadores, que os gestores passariam a ter à sua disposição podendo gerir a produção e a actividade clínica, com mas rigor na informação disponibilizada. Estes indicadores foram definidos e delineados com base nas aspirações que os gestores do centro revelaram.

Actividade do Centro de Saúde

Características	Medidas
<ul style="list-style-type: none"> • Especialidade; • Centro de resultados; • Grupo de rubrica; • Doente; • Tipo de dia (semana ou fim-de-semana); • Tipo de documento financeiro; • Tipo de acto; • Tipo de MCDT; • Estado: <ul style="list-style-type: none"> • Agendado; • Directo (sempre que for registado directamente sem marcação); • Motivo da marcação; • Tipo de consulta; <ul style="list-style-type: none"> • 1ª vez; • Subsequente; • Controlo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Especialidade; • Quantidade de doentes; • Quantidade de actos; • Quantidade de episódios; • Quantidade de actos/episódio; • Quantidade de MCDT's prescritos; • Percentagem de consultas realizadas; • Percentagem de consultas canceladas; • Percentagem de consultas remarcadas; • Percentagem de 1ªconsultas; • Percentagem de consultas extra (dentro da agenda e extra agenda).

Utilização do Processo Clínico Electrónico

Características	Medidas
<ul style="list-style-type: none"> • Especialidade; • Centro de resultados; • Doentes; • Tipo de dia (semana ou fim-de-semana); • Médico responsável; • MCDT's prescritos; 	<ul style="list-style-type: none"> • Quantidade de doentes; • Quantidade de processos clínicos; • Quantidade de MCDT's prescritos; • Demora média no atendimento; • Demora de atendimento face à hora marcada;

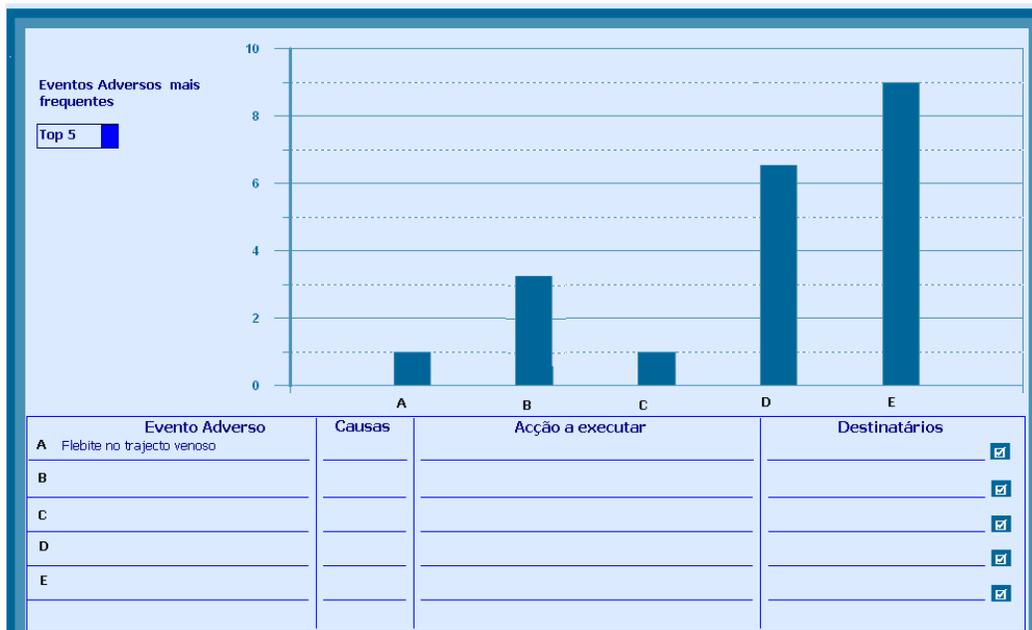
<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de acto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Demora de atendimento face à hora de admissão.
---	--

Utilização da Prescrição no Processo Clínico Electrónico

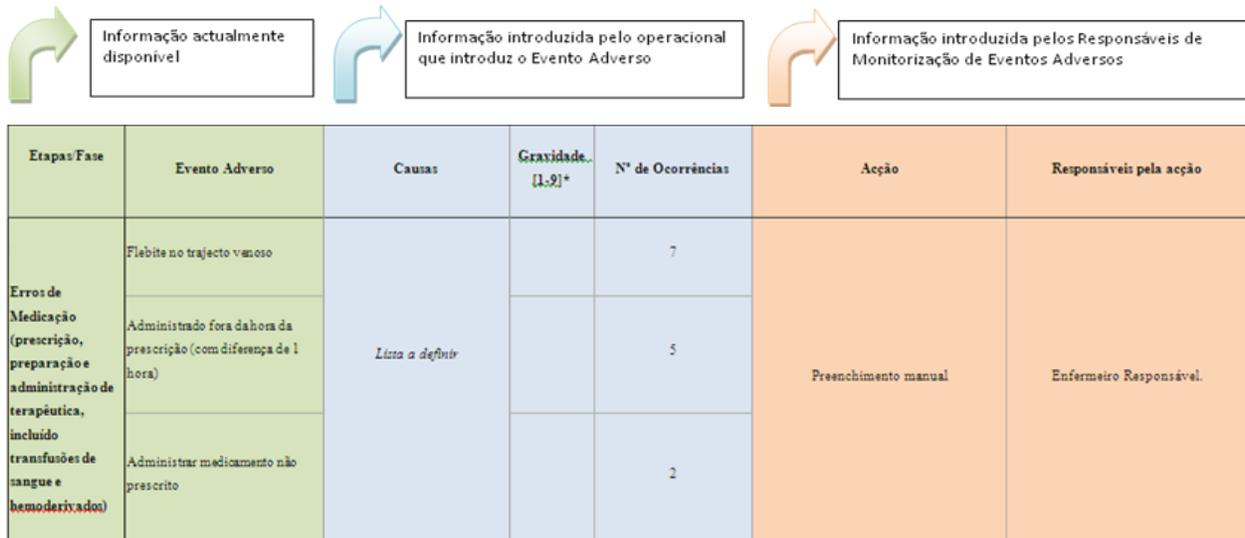
Características	Medidas
<ul style="list-style-type: none"> • Especialidade; • Tipo de dia (semana ou fim-de-semana); • Médico responsável. 	<ul style="list-style-type: none"> • Quantidade de doentes; • Quantidade de prescrições.

Indicadores para monitorização dos registos de Eventos Adversos

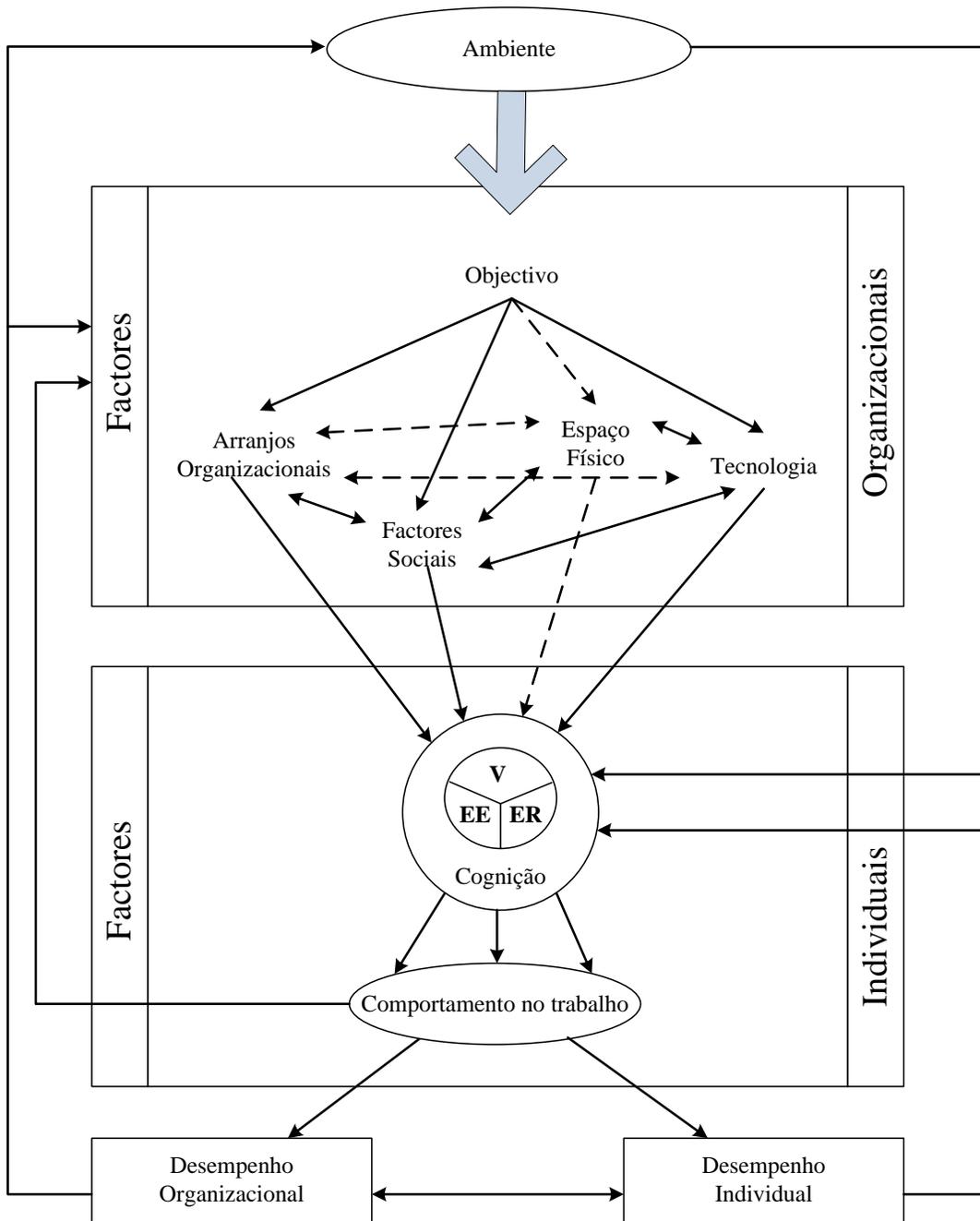
Este primeiro quadro apresenta um sistema de monitorização dos registos efectuados permitindo identificar os principais eventos com um sistema de alertas para os responsáveis seleccionados. Este instrumento possibilita uma análise em *single loop* é possível identificar os constrangimentos sem analisar as suas causas.



Este aplicativo informático tem de ser apoiado para uma segunda observação, que permita avançar para uma análise *double loop*, ou seja, identificar as causas dos eventos adversos identificados pelo instrumento anterior e potenciar as mudanças necessárias para que o evento estudado não volte a ocorrer. Esta ferramenta é uma adaptação livre na ferramenta FMEA:



Anexo IV – Modelo Organizacional de Jerry Porras (1987)



Anexo V – Componentes da Configuração Organizacional do Modelo Stream Analysis - Porras (1987)

Organização Formal	Factores Sociais	Tecnologia	Factores Físicos
<ul style="list-style-type: none"> • Objectivos • Estratégias • Estrutura formal • Políticas e procedimentos administrativos • Sistema administrativo • Sistema de incentivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Cultura • Processos de interacção • Características sociais e redes de interacção • Atributos individuais 	<ul style="list-style-type: none"> • Ferramentas e equipamento • Know-how técnico • <i>Job design</i> • <i>Work Flow design</i> • Políticas e procedimentos técnicos • Sistema técnico 	<ul style="list-style-type: none"> • Configuração do espaço • Ambiente físico • Design do interior • Design arquitectónico

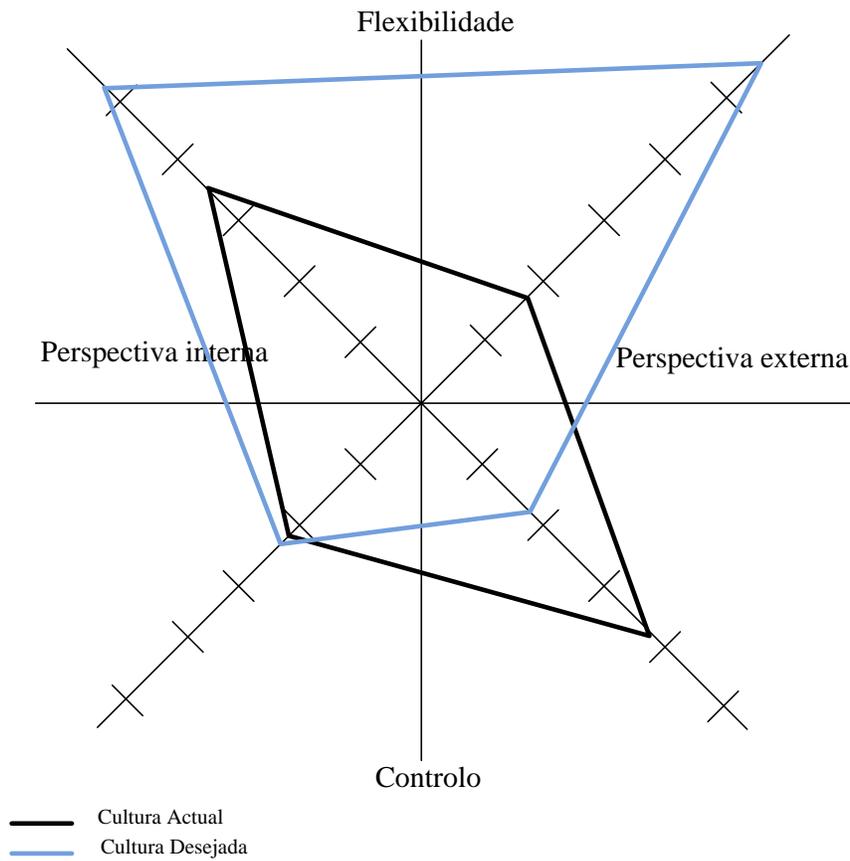
Anexo VI – Representação do Instrumento da Cultura

Todos os grupos profissionais

Statistics

	Cultura de Apoio - Actual	Cultura de Inovação - Actual	Cultura de Regras - Actual	Cultura de Objectivos - Actual	Cultura de Apoio - Desejada	Cultura de Inovação - Desejada	Cultura de Regras - Desejada	Cultura de Objectivos - Desejada
N Valid	15	15	15	15	15	15	15	15
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean	2,27	1,70	2,34	4,51	5,00	5,50	2,26	1,71
Std. Deviation	1,089	,626	,863	1,019	,750	,525	,610	,585

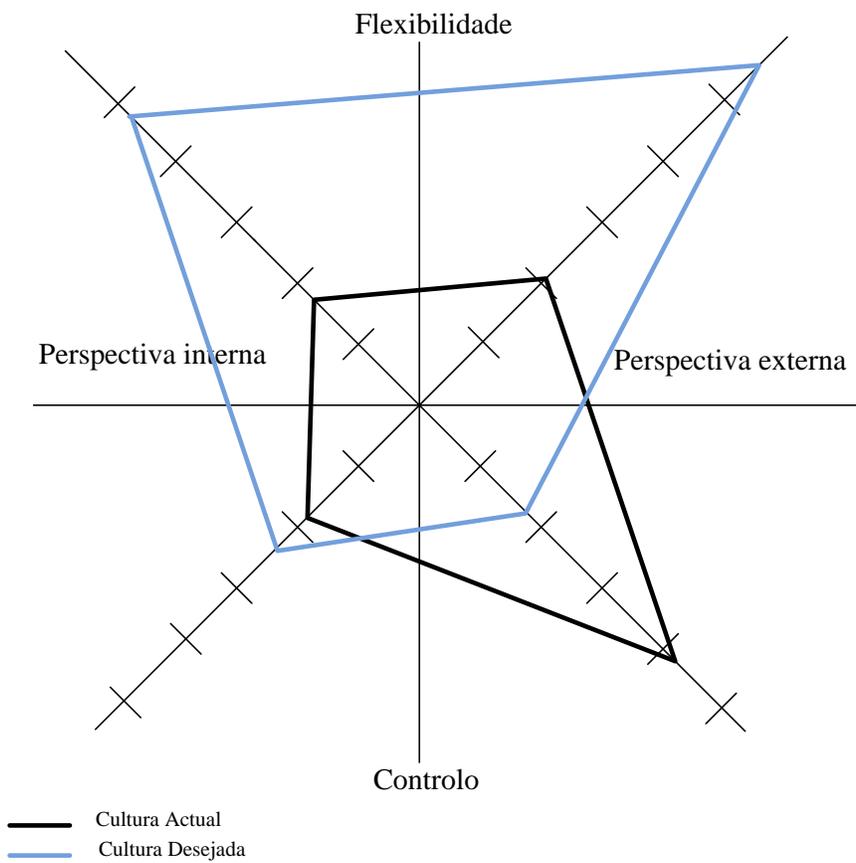
Administrativos



Statistics

		Cultura de Apoio - Actual	Cultura de Inovação - Actual	Cultura de Regras - Actual	Cultura de Objectivos - Actual	Cultura de Apoio - Desejada	Cultura de Inovação - Desejada	Cultura de Regras - Desejada	Cultura de Objectivos - Desejada
N	Valid	5	5	5	5	5	5	5	5
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		3,50	1,77	2,17	3,80	5,20	5,53	2,27	1,80
Std. Deviation		,731	,626	,699	,714	,714	,571	,640	,610

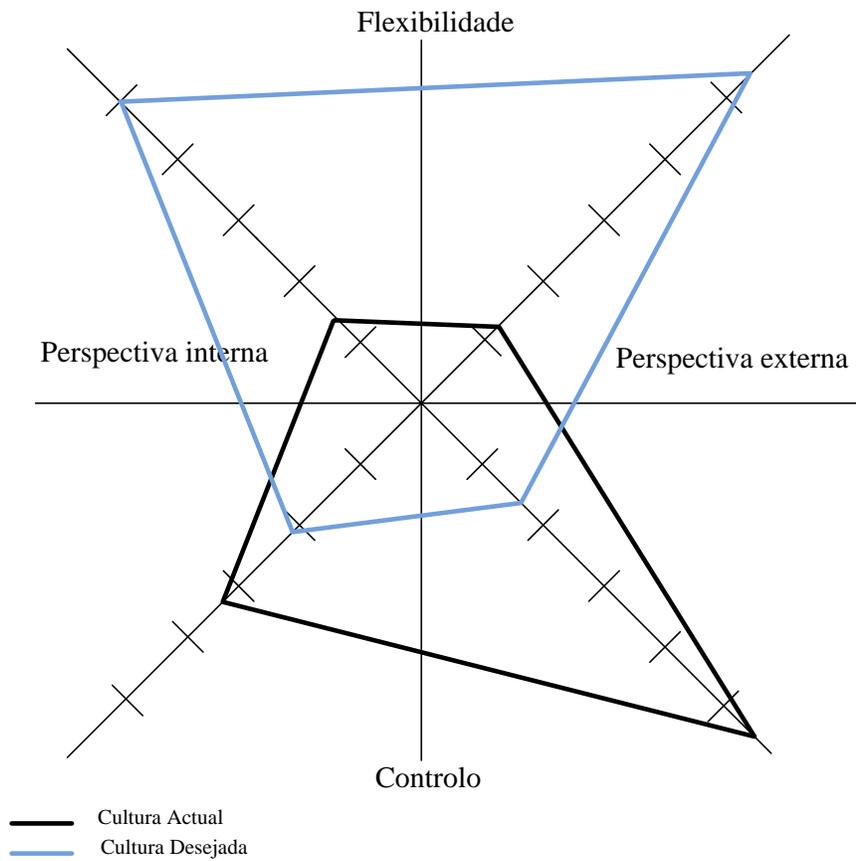
Enfermeiros



Statistics

		Cultura de Apoio - Actual	Cultura de Inovação - Actual	Cultura de Regras - Actual	Cultura de Objectivos - Actual	Cultura de Apoio - Desejada	Cultura de Inovação - Desejada	Cultura de Regras - Desejada	Cultura de Objectivos - Desejada
N	Valid	5	5	5	5	5	5	5	5
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		1,87	2,07	1,77	4,17	4,80	5,47	2,47	1,83
Std. Deviation		,629	,521	,568	,791	,805	,507	,571	,592

Médicos



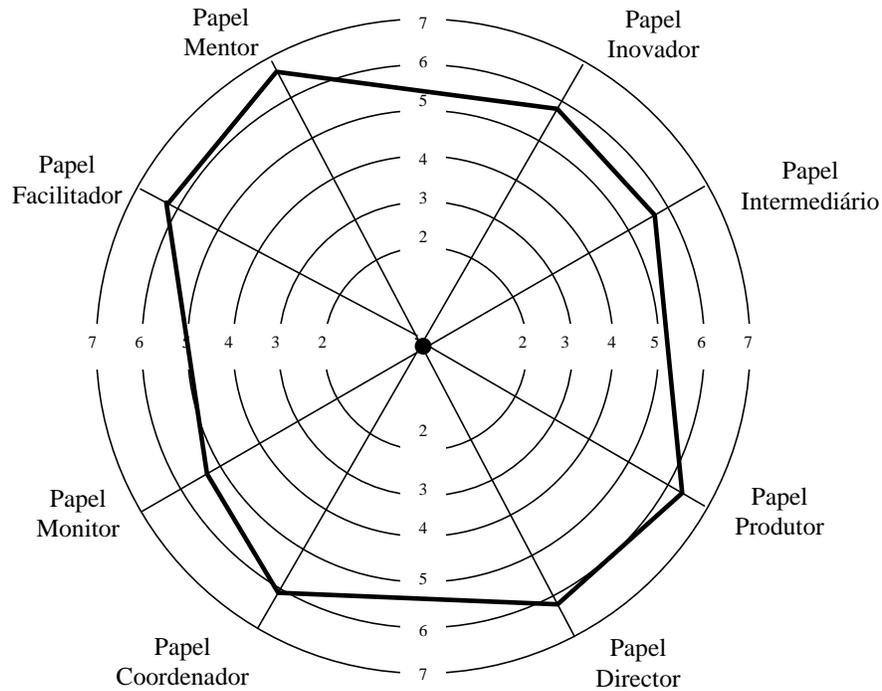
Statistics

		Cultura de Apoio - Actual	Cultura de Inovação - Actual	Cultura de Regras - Actual	Cultura de Objectivos - Actual	Cultura de Apoio - Desejada	Cultura de Inovação - Desejada	Cultura de Regras - Desejada	Cultura de Objectivos - Desejada
N	Valid	5	5	5	5	5	5	5	5
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		1,43	1,27	3,10	5,57	5,00	5,50	2,03	1,50
Std. Deviation		,504	,450	,712	,504	,695	,509	,556	,509

Anexo VII – Representação do instrumento da Liderança

Todos os grupos profissionais

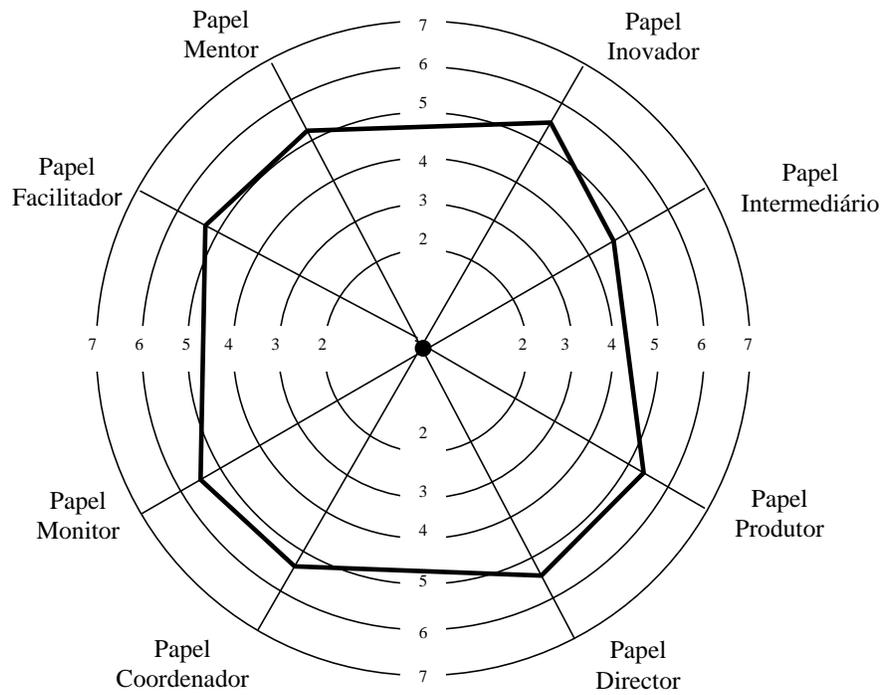
Pessoal



Statistics

		Papel Facilitador	Papel Mentor	Papel Inovador	Papel Intermediário	Papel Produtor	Papel Director	Papel Coordenador	Papel Monitor
N	Valid	3	3	3	3	3	3	3	3
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		6,17	6,83	5,83	5,67	6,42	6,17	6,08	5,33
Std. Deviation		,577	,389	,577	,985	,515	,718	,669	,778

Outros

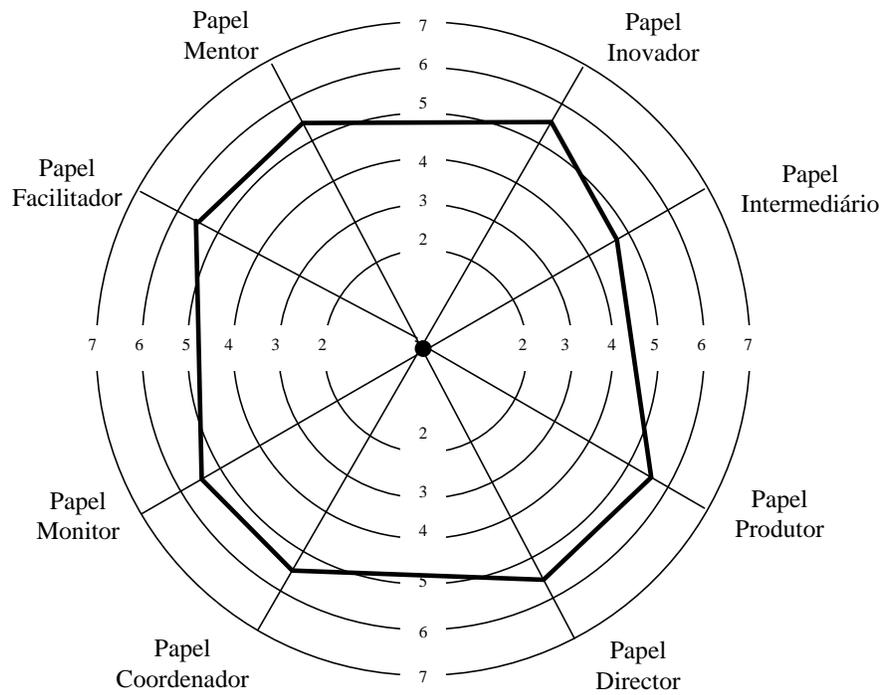


Statistics

		Papel Facilitador	Papel Mentor	Papel Inovador	Papel Intermediario	Papel Produtor	Papel Director	Papel Coordenador	Papel Monitor
N	Valid	12	12	12	12	12	12	12	12
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		5,35	5,10	5,40	4,65	5,38	5,40	5,29	5,52
Std. Deviation		2,016	2,065	1,899	2,159	2,017	1,125	1,688	1,130

Administrativos

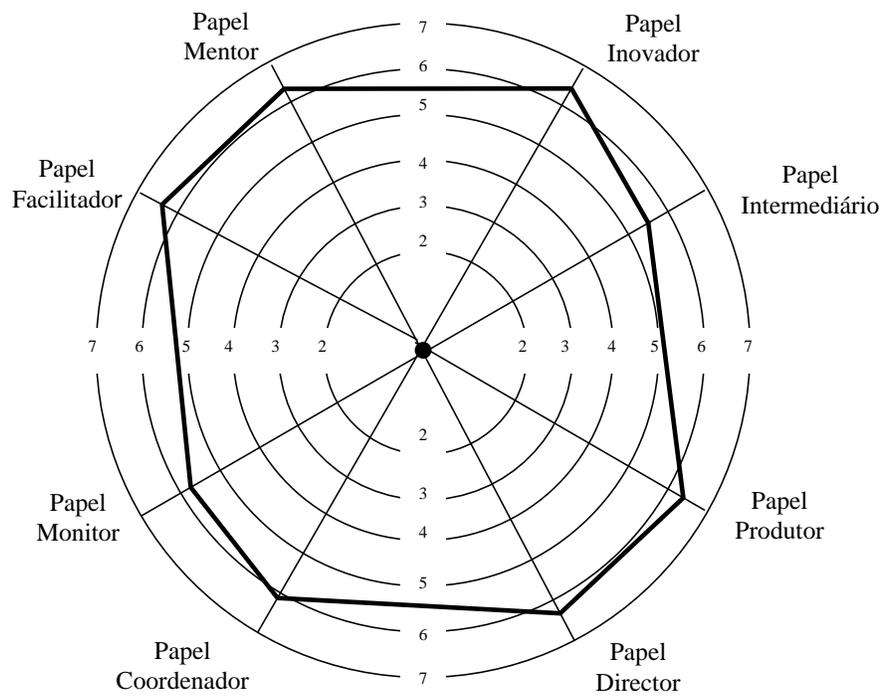
Pessoal



Statistics

		Papel Facilitador	Papel Mentor	Papel Inovador	Papel Intermediario	Papel Produtor	Papel Director	Papel Coordenador	Papel Monitor
N	Valido	1	1	1	1	1	1	1	1
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		5,52	5,45	5,48	4,85	5,58	5,55	5,45	5,48
Std. Deviation		1,846	1,978	1,722	2,015	1,862	1,096	1,567	1,066

Outros

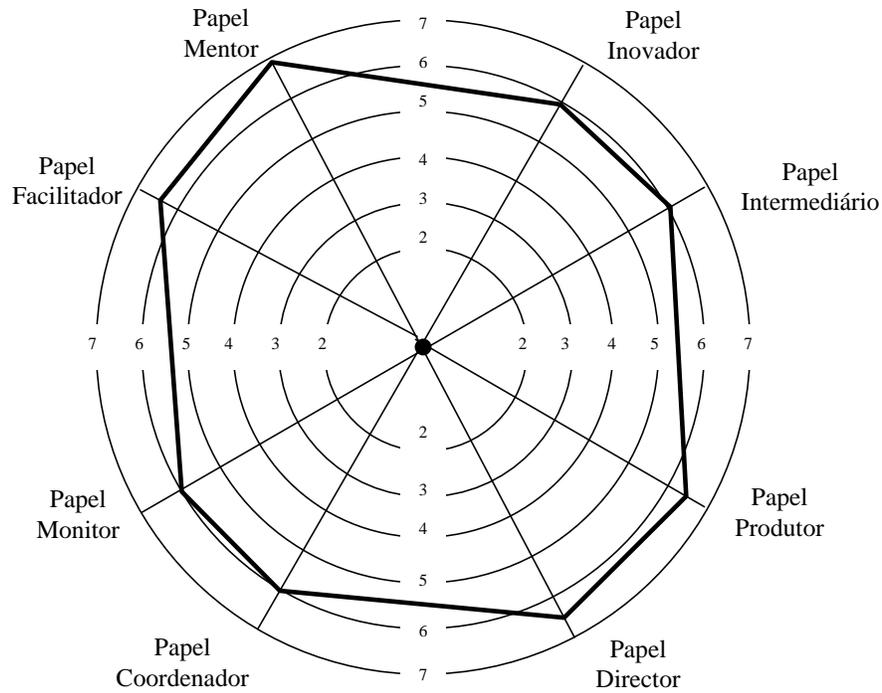


Statistics

		Papel Facilitador	Papel Mentor	Papel Inovador	Papel Intermediario	Papel Produtor	Papel Director	Papel Coordenador	Papel Monitor
N	Valid	4	4	4	4	4	4	4	4
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		6,45	6,30	6,45	5,50	6,40	6,20	6,05	5,65
Std. Deviation		,605	,657	,510	,688	,503	,696	,605	,875

Enfermeiros

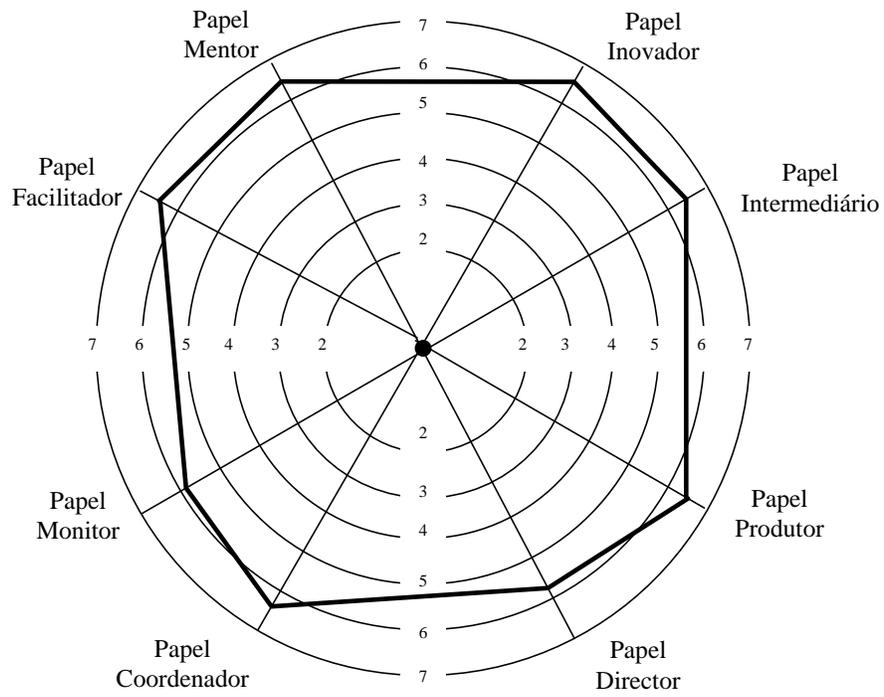
Pessoal



Statistics

		Papel Facilitador	Papel Mentor	Papel Inovador	Papel Intermediario	Papel Produtor	Papel Director	Papel Coordenador	Papel Monitor
N	Valid	1	1	1	1	1	1	1	1
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		6,50	7,00	6,00	6,00	6,50	6,50	6,00	6,00
Std. Deviation		,577	,000	,000	,000	,577	,577	,000	,000

Outros

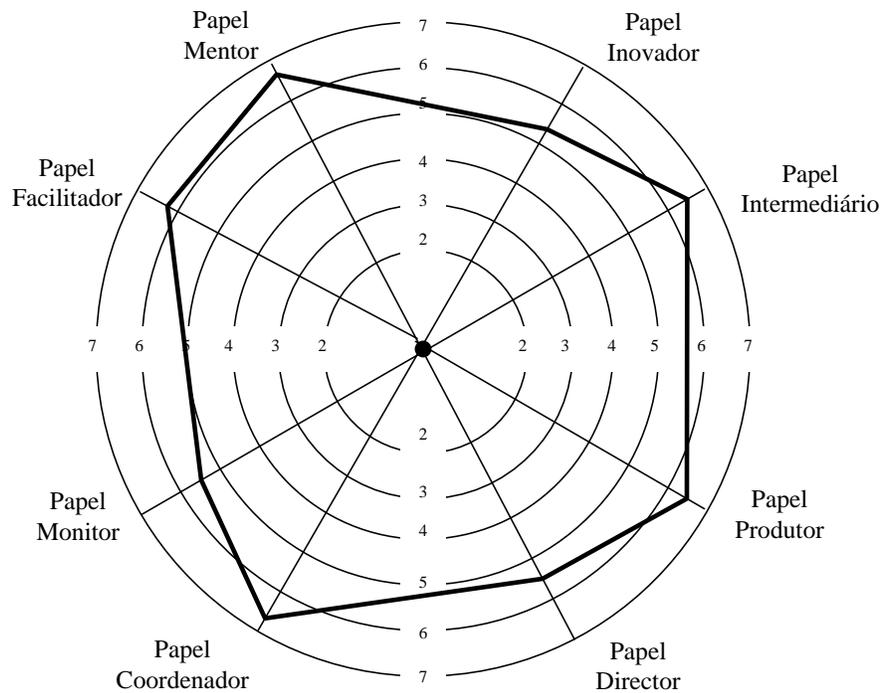


Statistics

		Papel Facilitador	Papel Mentor	Papel Inovador	Papel Intermediario	Papel Produtor	Papel Director	Papel Coordenador	Papel Monitor
N	Valido	4	4	4	4	4	4	4	4
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		6,50	6,50	6,69	6,44	6,56	5,81	6,38	5,94
Std. Deviation		,516	,516	,479	,512	,512	,750	,619	,680

Médicos

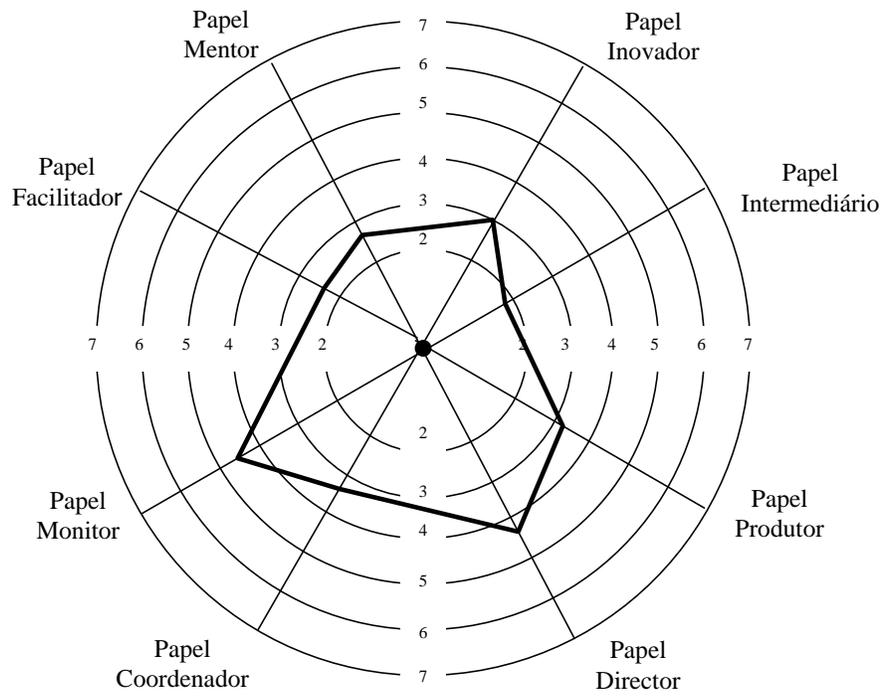
Pessoal



Statistics

		Papel Facilitador	Papel Mentor	Papel Inovador	Papel Intermediário	Papel Produtor	Papel Director	Papel Coordenador	Papel Monitor
N	Valid	1	1	1	1	1	1	1	1
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		6,25	6,75	5,25	6,50	6,50	5,50	6,75	5,50
Std. Deviation		,500	,500	,500	,577	,577	,577	,500	,577

Outros



Statistics

		Papel Facilitador	Papel Mentor	Papel Inovador	Papel Intermediário	Papel Produtor	Papel Director	Papel Coordenador	Papel Monitor
N	Valid	4	4	4	4	4	4	4	4
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
	Mean	2,94	2,63	3,00	1,75	3,13	4,25	3,31	4,69
	Std. Deviation	1,692	1,668	1,265	,683	2,029	,856	1,401	1,401

Anexo VIII – FMEA - Failure Mode Effects Analysis

Etapas/Fase	Falha	Efeitos	Gravidade [1-9]	Causas	Ocorrência [1-9]	Possíveis Detectores	Grau de Detecção	RPN	Ação	Responsáveis pela ação
Atendimento à consulta de 1ª Vez e Subsequente	Agendamento incorrecto/ Não realização da consulta	Atraso no diagnóstico	6	Disfunções nas agendas médicas	4	Administrativo / Médico	7	192	Melhorar o sistema de agendamento	Administrativo / Médico
	Falta de pessoal para atendimento	Ansiedade no doente e família	4	Doente esperou uma hora para ser atendido	4	Administrativo/ Enfermeiro	5	80	Reavaliação dos RH/implementação de um sistema de chamadas e check-in automático	Director Centro de Saúde
Diagnóstico	Má construção da história clínica do doente (antecedentes pessoais e familiares)	Diagnóstico incompleto ou incorrecto	9	Profissionais com falta de experiência	3	Doente / Médico	7	189	Apostar no apoio de profissionais mais experientes	Director Centro de Saúde
	Não identificação do doente como pertencente a um grupo de risco	Atraso no diagnóstico correcto	8	Má construção da história clínica do doente	5	Enfermeiro / Médico	6	240	Implementação de um processo clínico electrónico com protocolos de orientação de doentes de risco	Direcção do Centro de Saúde
	Não identificação de problemas subjacentes (ex. medicamentos)	Seguimento incorrecto	7	Má construção da história clínica do doente	3	Doente / Médico	8	168	Garantir um melhor fornecimento da história clínica	Médico

MCDT's / Tratamento	Doente falta ao tratamento	Atraso no tratamento/terapêutica	9	Doente não foi avisado	3	Administrativo	4	108	Avisar o doente do tratamento via telefónica ou SMS	Administrativo
	Falta de materiais de consumo clínico	Tratamento incompleto ou incorrecto	3	Falta de material, gestão de existências ineficiente	5	Enfermeiro / Médico	5	75	Melhorar o sistema de gestão de stocks e controlo das existências	Direcção do Centro de Saúde
Alta da consulta de 1ª vez e subsequente	Incorrecto preenchimento do modelo de referenciação para a consulta de especialidade no Hospital	Atraso na marcação da consulta de especialidade	8	Falta de procedimento estandardizado para o preenchimento do respectivo formulário	4	Médico / Administrativo	7	224	Implementação do processo clínico electrónico com formulário específico	Direcção do Centro de Saúde
	Falta de vinheta ou carimbo na receita	Atraso no aviamento da receita e do início do tratamento	6	Ineficiências no circuito médico - administrativo	4	Médico / Administrativo	4	96	Melhorar o circuito de alta da consulta (Médico - Administrativo)	Administrativo / Médico
	Doente e/ou família não percebem a informação	Incumprimento das recomendações médicas	8	Informação incompleta ou não perceptível	3	Médico / Administrativo	8	192	Verificar se a informação foi compreendida pelo doente e família	Administrativo / Médico

FMEA