

VALOR EM SAÚDE:
CULTURA ORGANIZACIONAL COMO CONCEITO INICIAL DE
VALOR EM ONCOLOGIA

Filipe Pereira da Costa

Orientador:

Prof. Doutor Luís Manuel Dias Martins, ISCTE Business School, Department of Management

Outubro 2018

VALOR EM SAUDE:
CULTURA ORGANIZACIONAL COMO CONCEITO INICIAL DE VALOR EM ONCOLOGIA
Filipe Pereira da Costa

VALOR EM SAÚDE:
CULTURA ORGANIZACIONAL COMO CONCEITO INICIAL DE
VALOR EM ONCOLOGIA

Filipe Pereira da Costa

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão

Master in Business Administration

Orientador:

Prof. Doutor Luís Manuel Dias Martins, ISCTE Business School, Department of Management

Outubro 2018

Agradecimentos

A todos os coordenadores e diretores, e colaboradores que participaram neste estudo, sem os quais este trabalho não teria sido possível.

Ao Prof. Michael Porter e Thomas Feeley - pela inspiração no desenvolvimento conceptual do modelo VBHC e operacionalização

Ao Prof. Luis Martins - pela sua opinião e crítica, assim como a excelente contribuição, disponibilidade e permanente incentivo neste percurso de investigação.

À minha família, pelo apoio incondicional que sem eles nunca nada seria possível...

“...O futuro pertence àqueles que se preparam para ele...”

Malcom X

Resumo

Projeto deriva do latim *projectu* e refere-se à transformação de uma ideia num ato concreto, envolvendo uma reflexão e uma motivação do indivíduo. Pressupõe a construção de um percurso, a expressão de um desejo em realizar uma ação, através do planeamento, e sempre que necessário deverá ser reformulado para implementar a mudança em mente. Todo o projeto tem uma questão fundamental ou de partida que motiva e conduz os novos conhecimentos na procura de respostas ao problema/necessidades identificadas.

A crescente preocupação com a melhoria da qualidade e da eficiência ao nível do sistema de saúde em Portugal tem dado a maior importância às análises da cultura organizacional, visto que a inovação tecnológica assim como o seu investimento tornou-se um dos maiores desafios face às despesas em saúde no último século numa área tão importante como a oncologia. Esta permanente análise de estratégia de mudança da cultura organizacional para uma nova estratégia VBHC, visa fornecer informação de relevância para a tomada de decisão acerca das alternativas que melhor respondam às necessidades gestão e alterações de filosofia interna de uma organização de saúde. No presente trabalho pretendeu-se colmatar lacunas no que respeita à informação que é requerida para avaliar, comparativamente, o impacto da introdução de uma metodologia VBHC que tem um impacto significativo na cultura organizacional, o seu impacto na qualidade de vida dos doentes relevantes, assim como os resultados efetivo da liderança e cultura de grupo.

Ao pensar na questão fundamental para a realização deste projeto, a decisão foi baseada no objetivo da análise real da efetividade da implementação de umas estratégias VBHC sobre a cultura organizacional, num grupo privado em oncologia, tendo por base os múltiplos instrumentos de aferição da de estratégias de mudança da cultura organizacional, em diferentes alturas do tempo (2017 e 2018). As análises demonstraram um alto grau de sensibilidade para a medição das múltiplas variáveis que caracterizam a cultura organizacional e liderança do grupo nas diversas etapas de implementação da estratégia de VBHC. A justificação descrita na pertinência da realização deste estudo de caso serviu de motivação para a conduta do mesmo e ponto de partida para outros estudos de investigação que carecem de análise face ao *gap* na literatura do modelo inicial criado pelo Prof Michael Porter.

Palavras-chave: *Value Based Healthcare*, cultura organizacional, estratégia, mudança organizacional, valor em saúde, oncologia,

Abstract

Project derives from the Latin *projectu* and refers to the transformation of an idea into a concrete act, involving a reflection and a motivation of the individual. It presupposes the construction of a path, the expression of a desire to carry out an action, through planning, and where necessary must be reformulated to implement the change in mind. The whole project has a fundamental or starting question that motivates and leads the new knowledge in the search of answers to the identified problem / needs.

The growing concern with the improvement of quality and efficiency in the health system in Portugal has given greater importance to the analysis of the organizational culture, since technological innovation as well as its investment has become one of the biggest challenges to the expenses in the last century in an area as important as oncology. This permanent analysis of the organizational culture change strategy for a new VBHC strategy aims to provide information of relevance to the decision making about the alternatives that best answer the management needs and changes of the internal philosophy of a health organization. In the present paper, we sought to fill gaps with regard to the information required to comparatively evaluate the impact of introducing a VBHC methodology that has a significant impact on organizational culture, its impact on the quality of life of relevant patients, as well as the effective results of leadership and group culture.

The decision was based on the objective of the real analysis of the effectiveness of the implementation of VBHC strategies on the organizational culture, in a private oncology group, based on the multiple tools of measurement of strategies change in organizational culture at different times (2017 and 2018). The analyzes demonstrated a high degree of sensitivity for the measurement of the multiple variables that characterize the organizational culture and group leadership in the various stages of implementation of the VBHC strategy. The justification described in the pertinence of the accomplishment of this case study served as motivation for the conduct of the same and point of departure for other research studies that need to analyze the gap in the literature of the initial model created by Prof Michael Porter.

Key words: Value Based Healthcare, organizational culture, strategy, organizational change, health value, oncology,

Índice

Índice de Tabelas.....	8
Índice de Gráficos	9
1. Introdução	10
2. Fundamentação Teórica.....	13
2.1. <i>Value Based Healthcare</i>	13
2.1.1. O que é o VBHC.....	13
2.1.2. Tendências da procura em saúde e riscos para o sistema de saúde	14
O VBHC será a solução?.....	15
2.1.3. Liderança e cultura em torno dos resultados que importam aos doentes	15
2.1.4. Integração da cadeia de valor e crescimento da atividade.....	16
2.1.5. Medição de custos e <i>outcomes</i>	17
2.2. Estrutura e <i>design</i> organizacional	19
2.2.1. As Organizações de Saúde	25
2.3. Gestão da Mudança	33
2.4. Cultura Organizacional - Modelo dos Valores Contrastantes de Quinn	38
2.5. Oncologia: Uma realidade económica	41
2.5.1. Caracterização Sumária do Sistema de Saúde Português	41
2.5.2. Despesa de Saúde em Portugal	43
2.5.3. Oncologia no Mundo	44
2.5.4. Disease Burden	45
2.5.5. Economic Burden	50
2.5.6. Avanços Científicos.....	53
2.5.7. Oncologia em Portugal	56
3. Objetivos	58
4. Metodologia	59

4.1.	Caracterização do estudo.....	59
4.2.	População em estudo e estratégia de amostragem	60
4.3.	Operacionalização da medição.....	60
4.3.1.	Instrumentos de recolha de informação.....	60
5.	Resultados.....	62
5.1.	Estratégia <i>forcing</i>	64
5.1.1.	<i>High Reliability Organizations</i>	64
5.1.2.	<i>Patient Focus Care</i> - Trajetória do doente	66
5.1.3.	Stream Analysis.....	67
5.2.	Estratégia participativa.....	71
5.2.1.	Liderança	71
5.2.2.	Liderança Carismática	74
5.2.3.	Motivação	76
5.2.4.	<i>Commitment</i>	77
5.2.5.	Intra e Extra-Papel	78
5.2.6.	Locus de Controlo	79
5.2.7.	Trocas líder membros	80
5.2.8.	Diagnóstico da Cultura da Equipa	81
5.3.	Estratégia transformadora	82
5.3.1.	<i>Appreciative Inquiry</i>	82
5.3.2.	Ambidextra Contextual.....	84
5.3.3.	Aprendizagem Organizacional	86
6.	Discussão	88
7.	Conclusão.....	97
8.	Referências Bibliográficas	101

Índice de Tabelas

Tabela 1: Disease Burden dos 3 Principais Grupos de Doença na Europa	47
Tabela 2: Disease Burden dos 3 Principais Grupos de Doença em Portugal	48
Tabela 3: Disease Burden das 7 Principais Patologias Oncológicas na Europa	49
Tabela 4: Disease Burden das 5 Principais Patologias Oncológicas em Portugal	50
Tabela 5: Custo Direto de Saúde Estimado do Cancro na Europa em 2014	52
Tabela 6: Variáveis em estudo	61
Tabela 7: Appreciative Inquiry	83
Tabela 8: Distribuição das componentes da ambidextria	84

Índice de Gráficos

Gráfico 1 Mintzberg (1979)	21
Gráfico 2: Pirâmide Invertida.....	29
Gráfico 3: Modelos do Valores contrastantes de Quinn	39
Gráfico 4: Portugal - Despesa em Saúde em % PIB	43
Gráfico 5: Incidência de Cancro por Patologia a Nível Mundial	44
Gráfico 6: Relação entre a incidência de Cancro e a Despesa Direta em Cancro.....	53
Gráfico 7: Despesa Mundial em Medicamentos Oncológicos	54
Gráfico 8: Incidência de Cancro por Patologia em Portugal.....	56
Gráfico 9: Cultura Existente e Pretendida.....	62
Gráfico 10: Resultados da Cultura Organizacional.....	63
Gráfico 11: HRO	66
Gráfico 12: Modelos de gestão e liderança	73
Gráfico 13: Comportamento Empresarial – Perspetiva Pessoal e dos Outros	74
Gráfico 14: Liderança carismática	75
Gráfico 15: IPM de 2017 e 2018.....	76
Gráfico 16: Commitment	78
Gráfico 17: Intra e Extra Papel.....	79
Gráfico 18: Troca Líder Membro.....	81
Gráfico 19: Cultura de Equipa	82
Gráfico 20: Ambidextria Contextual.....	85

1. Introdução

“The most obvious manifestation of culture is the explicit behavior of members of the culture”

(Cameron, Quinn; 2011)

A saúde em Portugal está a enfrentar enormes desafios e, atualmente, de acordo com todas as informações que estão a surgir na sociedade e nos meios de comunicação, há um enorme desafio, nomeadamente como manter ou melhorar os cuidados de saúde com os recursos atuais? Atualmente, percebe-se a necessidade de melhorar os processos nas organizações de saúde, visando agregar valor aos serviços prestados e oferecer serviços de qualidade efetiva e valor adicional de saúde aos doentes.

As atividades multidisciplinares são atualmente unidades fundamentais das organizações de saúde.

A Medicina desenvolve-se sob uma contínua mudança tecnológica, numa realidade de interesses em conflito e numa permanente análise e exigência dos doentes.

Os cidadãos possuem elevadas expectativas e exigem mais transparência, regulação e informação acerca do desempenho das organizações de saúde.

Nos últimos 40 anos registaram-se melhorias e progressos significativos na saúde da população Portuguesa devido ao aumento da oferta tecnológica nos cuidados de saúde.

Contudo, e considerando o período de crise financeira que atualmente atravessamos, é fundamental dotar as organizações de ferramentas eficazes para salvaguardar o desenvolvimento dos seus negócios, assim como a real compreensão do valor de saúde. Com o surgimento de mudanças nos modelos e políticas de saúde que deixam para trás os modelos de *fee for service*, há uma necessidade de integrar progressivamente modelos cuja avaliação não é apenas caracterizada por simples orientação do volume de produção, mas a criação de um requisito extra para os modelos de avaliação dos resultados.

É nessa necessidade que surgem os modelos de *Value Based Healthcare* (VBHC), cuja modelagem entre resultados clínicos específicos por condição de doença e *outcomes* relatados pelos doentes (PROM'S), associada à mensuração do custo necessário ao cumprimento da maximização desses *outcomes*, criam a realidade de avaliação da criação

de valor para nossos doentes.

O arco da história está cada vez mais claro: a atenção à saúde está a mudar o foco do volume de serviços prestados para o valor criado para os doentes, com “valor” definido como os resultados alcançados em relação aos custos.

Se quisermos implementar uma estratégia cuja maximização do potencial dos cuidados em saúde baseados em valor impulsiona uma melhoria contínua, a medição dos resultados deve ser uma prioridade (Porter 2016)

Valor = resultados de saúde que importam para os doentes

Custos de efetivar esses mesmos resultados

O exercício do pensamento em saúde baseado em valor requer uma linguagem comum capaz de comunicar gestores, engenheiros de processo, engenheiros de sistemas de informação, médicos, enfermeiros e todos os demais atores envolvidos com a saúde.

Assim, o trabalho de uma transformação clínica como um novo modelo é importante para conhecer e investigar como o comportamento do grupo é influenciado pelas lideranças que emergem num ambiente crítico de atitudes de resistência à mudança

A real compreensão da magnitude entre as atitudes e comportamentos, são críticos para entender a dissonância cognitiva. A redução dessa magnitude é fundamental para a consistência e o comprometimento do grupo, e a liderança é uma chave muito importante para esse comportamento (Festinger, 1959).

Sabemos que as normas sociais e as intenções de comportamentos percebidos são críticas, mas é muito importante entender quais variáveis que influenciam as mudanças de atitudes e a respetiva cultura organizacional.

É o desenvolvimento desta análise que servirá de base para definir os principais instrumentos centrais do conceito de comportamento de grupo de saúde com uma organização cultural baseada em valor. Estas normas culturais, regras, são necessárias para criar as políticas de limites e identidades de um grupo com uma filosofia de cuidados baseados em valor.

As organizações de saúde são sistemas complexos constituídos por uma variedade de serviços com diversas especialidades, características diferentes e onde os recursos humanos e técnicos variam e se articulam entre si de uma forma dinâmica. Essa diversidade conduz a

uma autonomia muito grande, mas por outro lado, dificulta uma ação conjunta e articulada dos serviços.

Assim, diagnosticar e caracterizar a cultura organizacional é fundamental para que se possa definir o caminho a seguir de acordo com os objetivos pretendidos. Esta cultura, imbuída de comportamentos, percepções, padrões de pensamento e ações de cada indivíduo relacionar-se-á diretamente com a *performance* organizacional.

A organização de saúde alvo de estudo, é uma organização de saúde privada com foco em oncologia, agregada na componente de serviços de saúde e será caracterizada e analisada de acordo com os pressupostos definidos por *Mintzberg* relativos à dinâmica e estrutura das organizações.

De seguida, e de acordo com os instrumentos de avaliação constituintes de cada estratégia de implementação, far-se-á uma avaliação da cultura organizacional existente, definida pelo centro operacional, e da pretendida pelos líderes dessa mesma organização ou serviço. A cultura organizacional será enquadrada no modelo de valores contrastantes de Quinn.

Após definição da cultura pretendida, serão desenvolvidas estratégias de mudança organizacional de acordo com as seguintes estratégias:

- Estratégia Forcing (HRO, Patient Focus e *Stream Analysis*);
- Estratégia Participativa (liderança, motivação, *commitment*, cultura de equipa, intra / extra papel);
- Estratégia Transformadora (*Appreciative Inquiry*, ambidextria contextual e aprendizagem organizacional).

Após aplicação destes instrumentos, será analisado o projeto de mudança organizacional com a incorporação da estratégia de *Value Based Healthcare* e englobadas as respetivas conclusões

2. Fundamentação Teórica

2.1. *Value Based Healthcare*

Value Based Healthcare: à procura do equilíbrio entre sustentabilidade, alta qualidade de cuidados e alta qualidade de vida dos doentes.

2.1.1. O que é o VBHC

Os serviços de saúde de qualquer país do mundo perseguem um triplo objetivo de melhores resultados clínicos, melhor satisfação dos doentes e os menores custos possíveis, com variantes que não desvirtuam no essencial esta síntese de três pontos. O desafio para estes sistemas é tanto maior quanto o facto de as necessidades serem crescentes e os recursos adicionais, que podem ser oferecidos, aumentarem a menor ritmo. Os sistemas de saúde estão por isso confrontados com vários pontos de tensão e de risco, nomeadamente: de produtividade; de sustentabilidade financeira; de inflação específica; e de variação injustificada no acesso, na qualidade e nos resultados nos serviços prestados aos doentes.

A construção de sistemas sustentados, efetivos e justos depende normalmente de esforços constantes de melhoria contínua, propondo objetivos de curto/médio alcance para problemas e soluções conhecidos, como por exemplo, desigualdades de acesso particulares, apelos à eficiência da gestão, alterações de carteira de serviços, ou a implementação de sistemas de controlo de gestão mais apurados. Contudo, já não bastam as soluções transacionais, que conduzem a resultados incrementais e de impacto marginalmente menor ao longo do tempo.

De facto, ao considerar-se o problema numa escala cronológica e estratégica, toda a cadeia de valor da Saúde está em transformação e, com isso, a indústria da prestação de cuidados tem a obrigação de liderar esta mudança histórica, pois está junto do doente, o qual como se verá, é o centro e o driver principal desta mudança.

Que mudança é esta? É uma transformação da forma de relacionamento e dos incentivos ao longo de toda a cadeia de valor, potenciada pela necessidade de dar respostas inovadoras às necessidades dos doentes, pela tecnologia, pela globalização, pela regulamentação, pela maior participação social e pelas restrições financeiras. A forma de enfrentar estes desafios

é “colocar o doente no centro” de forma consequente e reorganizar a cadeia de prestação de cuidados, as dependências industriais e o financiamento a partir deste primado. Por conseguinte, designa-se a esta abordagem de “baseada em valor” (VBHC), trazendo um novo foco na entrega dos melhores resultados (definidos na perspetiva do doente) ao menor custo possível.

Um sistema de saúde, segundo a perspetiva de *value based healthcare* (VBHC), em equilíbrio dinâmico das diversas forças que o compõem, será capaz de entregar uma alta qualidade de serviço, que resultam em melhorias claras de qualidade de vida e com custos contidos. Um sistema assim é sustentável no longo prazo, porque gera poupanças de recursos e oportunidades de aprendizagem sistematicamente reinvestidas em novos ciclos de cuidados, contribuindo para a criação sustentada de valor e a viabilidade económica deste sistema.

Esta atitude dirigida para a criação e gestão de valor tanto pode ser assumida pelo “sistema” ou como pode ser praticada individualmente por hospitais, redes de prestadores complementares, pagadores, etc. Naturalmente, quanto mais alcance o VBHC tiver numa determinada cadeia de valor, mais alavancados e mais evidentes são os seus resultados.

2.1.2. Tendências da procura em saúde e riscos para o sistema de saúde

A carga das doenças tenderá a aumentar, seja por razões benévolas como o envelhecimento da população, seja por outras – cujos riscos podem ser relativamente modelados – que desejaríamos evitar, como um aumento nas doenças ligadas ao estilo de vida, ou porque para beneficiar de tecnologias inovadoras em saúde, há que pagar preços crescentes em relação às que substituem ou atualizam. Além disso, os custos também aumentam porque as melhorias na prestação de cuidados de saúde e as descobertas científicas levam a que as doenças anteriormente terminais, quando não são imediatamente curadas, assumam foros de doenças crónicas.

O papel dos atores tradicionais também muda e à medida que os doentes se tornam mais capacitados, desempenharão um papel ativo para decidir quais os *outcomes* que lhes interessam e quais opções de cuidados de saúde os ajudam a atingi-los. De resto, os doentes

sentir-se-ão progressivamente com mais direito aos tratamentos que eles acham que se adequariam melhor, reforçando a necessidade do trabalho conjunto dos *stakeholders*.

Em resumo, estes fatores contribuem para um forte aumento da procura de cuidados de saúde, com mais tratamentos, durante mais tempo e mais complexos. Isso levará a um crescimento elevado nas despesas de saúde.

Atualmente, em média, os países gastam 10% do seu PIB em cuidados de saúde. Se, como se espera, este número aumentar, por exemplo, para 20% ou 30% até 2030, o acesso a cuidados de saúde de qualidade e a qualidade de vida das sociedades estará em risco, por isso é necessário pensar em antecipação.

O VBHC será a solução?

O VBHC concentra-se nos resultados do doente, em relação aos custos de alcançar esses resultados. E significa que um prestador, ou um sistema de saúde, procura otimizar a relação entre resultados clínicos, satisfação dos doentes e custos baixos.

2.1.3.Liderança e cultura em torno dos resultados que importam aos doentes

As organizações de saúde são sistemas complexos constituídos por uma variedade de serviços com diversas especialidades, características diferentes e onde os recursos humanos e técnicos variam e se articulam entre si de uma forma dinâmica. Essa diversidade conduz a uma autonomia muito grande, mas por outro lado, dificulta uma ação conjunta e articulada dos serviços. Por vezes, perdem-se na verdadeira missão que os caracteriza: servir os cidadãos.

Assim, diagnosticar e caracterizar a cultura organizacional é fundamental para que se possa definir o caminho a seguir de acordo com os objetivos pretendidos. Esta cultura, imbuída de comportamentos, perceções, padrões de pensamento e ações de cada indivíduo relacionar-se-á diretamente com a performance organizacional.

A componente mais visível e central do VBHC é a mudança do foco da gestão para a centralidade do doente, para a medição de resultados na perspetiva, baseada nas atividades

que compõem o ciclo de cuidados. Do mesmo modo, os custos serão baseados em atividades de entrega de cuidados.

Não se deixa de quantificar atos ou episódios, ou de contabilizar em agregado consumos. São perspectivas, por exemplo, próprias do controlo de produção ou da contabilidade financeira, que continuam a existir. Mas o *Value Based Healthcare* propõe uma nova face para o prisma dos dados no sistema de saúde: propõe-se vê-lo do ponto de vista do doente.

2.1.4. Integração da cadeia de valor e crescimento da atividade

Todas essas atividades fazem parte da visão de um sistema de saúde baseado no valor, contudo, estes *stakeholders* não conseguirão concretizar os objetivos gerais e partilhados, nem sequer os objetivos individuais, se adotarem estratégias de relacionamento segmentadas, não holísticas.

De facto, impõe-se uma abordagem integrativa. O VBHC é uma gestão de equilíbrios e de alinhamento dos diferentes interesses das partes interessadas. Nesse sentido, deve ver-se a fileira da Saúde em modo de integração vertical onde a prestação de cuidados de saúde, a gestão da integração externa de cuidados, a relação com fornecedores e o financiamento de cuidados de saúde e políticas gerais devem potenciar-se uns aos outros.

A sustentabilidade do sistema de saúde advirá desta capacidade em os diversos atores combinados criarem mais valor do que requerem para se financiar, seja alimentando o sistema produtivo nacional pelo alívio da carga de doença, seja potenciando as trocas comerciais externas, seja atraindo investimento em I&D qualificada, ou ainda pelas externalidades que a saúde inequivocamente gera.

Ao mesmo tempo, a integração de cuidados e o crescimento das instituições prestadoras, por mero racional de gestão, é algo que se prevê com facilidade nomeadamente no vetor de integração horizontal, onde a prestação de cuidados de saúde será organizada em redes de ciclos completos e integrais de cuidados ao longo dos *pathways*. Este é o movimento oposto aos silos, intra ou inter institucionais, que ainda se observam em prestadores ou partes de *pathway* individuais.

2.1.5. Medição de custos e *outcomes*

É nesta necessidade que surgem os modelos de *Value Based Healthcare*, cuja modelação entre *outcomes* clínicos específicos por condição de doença e *outcomes* reportados pelos doentes, associado à medição do custo necessário para o cumprimento da maximização desses *outcomes*, criam um realidade de medição de criação de valor para os nossos doentes. A saúde baseada no valor (VBHC) é o equilíbrio ideal e sustentável entre alta qualidade de cuidados, alta qualidade de vida e custos comportáveis. Para se implementar, os sistemas de saúde precisarão de garantir que os *stakeholders*, cada uma no seu próprio papel, sejam capazes de tomar decisões bem informadas, que otimizem o equilíbrio de forma sustentável. Esta análise e decisão carecem de informação, pelo que outro pilar do VBHC é o acesso a informações válidas, confiáveis e relevantes. Para se obterem estas informações, é necessário que o processo de integração dos cuidados seja antecedido de um infoestrutura de registo e medida dos dados relevantes dos doentes e dos tratamentos, desde determinantes sociais, às respetivas *baselines*, até aos tratamentos proporcionados, as condições em que foram e os resultados, positivos e negativos, bem como os custos de todas estas atividades.

Mesmo em VBHC, todos os *stakeholders* em saúde se preocupam em tratar bem os doentes, mas têm as suas próprias perspetivas sobre o que isso implica, e sobre como cada um pode beneficiar, como por exemplo:

- Os prestadores medirão *outcomes* clínicos e resultados relatados pelo doente (PROMs) para saber como os tratamentos influenciam a qualidade de vida dos doentes.
- Os doentes e famílias envolvem-se na tomada de decisões compartilhadas para escolher os tratamentos ou os prestadores mais adequados.
- Os pagadores poderão contratar com prestadores de cuidados de saúde que ofereçam os melhores resultados versus o respetivo custo. Dentre estes, os governos podem desenvolver políticas que apoiem cuidados de saúde baseados em valor.
- A fileira de I&D em ciências da vida ou no digital podem experimentar modelos de valor para desempenho e ferramentas de diagnósticos mais assertivos.

- Modelos analíticos de *Business Intelligence* e de controlo de custo efetividade, são fundamentais à modelação da decisão com base na evidência dos seus resultados, tais com modelos de *time driven activity based costs*

A capacidade de estruturação do processo de cuidados integrados com foco no doente e na sua especificidade de patologia, associa-se a um modelo matricial de cuidados cujos atores e atos são linhas de intervenção transversal que cruzam o plano de cuidados integrado, global e sistematizado.

É finalidade do modelo de controlo operacional a capacitação da menor variabilidade de atuação face a um percurso, que obedece cada vez mais a uma estrutura balizada na sua atuação entre os demais intervenientes. Os modelos de monitorização clínica efetiva em paralelismo com o respetivo custeio, permitem uma estruturação de dados preditivos à ação dos modelos de financiamento, não como um pressuposto mas sim como um resultado efetivo dos melhores *outcomes* que interessam ao doente com as devidas estratificações claras de risco clínico associado à patologia específica.

Apenas a modelagem entre um *framework* cujo balanço efetivo entre que resultados que realmente interessam aos doentes associado a maximização do processo e o seu real custo para atingir o melhor destes modelos tendo por base a estratificação do risco que modela os resultados, poderá criar uma cadeia de valor efetivo, cujo resultado não será primariamente a redução do custo como oásis, mas sim a criação efetiva de valor como demonstração real de redução de custo pela maximização do valor na cadeia de cuidados globais.

Não podemos alcançar a redução de custo como um objetivo intangível e imensurável. Questões como que valor efetivo estamos a criar aos nosso doentes, qual o custo de um mau tratamento, qual o custo de não tratar; são temas preponderantes para a estruturação da nossa reflexão de problemática para ação, que tem como foco quais o intervenientes, quais os recursos, quais as condições, e qual a finalidade de um processo cuja finalidade assenta num filosofia de criação de *outcomes* que interessam aos doentes.

O financiamento torna-se por tudo apresentado como um resultado claro, efetivo e tangível dos melhores resultados criados na perspetiva do doente, cujo custo foi o corretamente ajustado ao melhor *outcomes*, com a criação real de valor no ciclo total de cuidados por

patologia específica, e não num modelo pré concebido de uma estrutura de *fee for service* ou um modelo de *bundle payment* cujo risco apenas se encontra do lado do prestador.

The truth lies in outcomes, correct measuring of costs, and correct alignment of every stakeholder in this business (Porter, 2016)

Esta mudança tem que ser um verdadeiro salto tecnológico, uma mudança de paradigma em direção a novas jazidas de valor nesta indústria, visando em concreto um sistema mais centrado no doente e no que ele precisa e valoriza.

Como bem sintetizaram Porter e Teiseberg (2006), o desafio é também mudar o foco no sistema de pagar pelo volume e avaliar a mais-valia resultante dum sistema integrado – consultas, internamentos, atos de ambulatório, meios complementares de diagnóstico, medicação, etc. – em função dos resultados alcançados para cada doente, em face dos custos desse ciclo completo de cuidados.

Uma condição necessária para este caminho é repensar a forma como a prestação de saúde é organizada, contratada, implementada, medida e paga.

Esta é a ponte de reflexão para a ação num mercado cujo ponto de continuidade de progressão assenta numa filosofia de interoperabilidade, e partilha de risco entre os diversos *stakeholders* para a verdadeira missão que nos compromete a todos: Criar valor para os nossos doentes.

2.2. Estrutura e *design* organizacional

Segundo *Mintzberg* “a estrutura de uma organização pode ser definida, simplesmente, como a soma total dos meios empregues para dividir o trabalho em tarefas distintas e para em seguida assegurar a coordenação entre elas”. Segundo *Weick* (1993) “a configuração que uma organização toma é o que as pessoas acreditam que a organização é, e o que as pessoas acreditam que a organização é, constitui a base para o que as pessoas fazem, e o que as pessoas fazem nas organizações é, com efeito, o *design* da organização”.

Uma organização refere-se a um conjunto de pessoas que partilham um determinado sistema de valores, relacionam-se entre si e têm um objetivo em comum, ou seja, têm uma missão a cumprir.

Cada organização possui uma dinâmica muito própria, específica do seu setor de intervenção e centrada na missão que lhe foi conferida. Atualmente com a velocidade a que a inovação, o progresso e a tecnologia avançam, torna-se fundamental para os gestores de organizações de saúde uma atualização constante de conhecimentos para que possam cumprir a sua missão, ou seja, servir os profissionais das organizações que por sua vez, servem os clientes.

Mintzberg refere que cada organização apresenta cinco tipos de elementos básicos, cinco forças, que se encontram em constante comunicação:

a) **Cúpula Estratégica** – constituída pelos gestores de topo, onde se incluem os conselhos de administração, de gestão e o seu pessoal de apoio tendo como objetivo proporcionar a todos os colaboradores as condições necessárias para que a organização atinja os seus objetivos.

b) **Linha Hierárquica** – constituída pelos gestores intermédios, diretores funcionais e operacionais, chefes de serviço, etc., que têm como principal função fazer a ligação entre o vértice estratégico e o centro operacional, através de uma hierarquia bem definida.

c) **Centro Operacional** – constituído por todos os operacionais que executam os trabalhos de base relacionados com a produção de bens ou serviços dos quais se incluem a transformação de *inputs* em *outputs*, a respetiva distribuição e venda de *outputs* e ainda o controlo de *stocks*. Na saúde este centro operacional é constituído pelos médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e outros técnicos.

d) **Tecno estrutura** – constituída por analistas, engenheiros, contabilistas, responsáveis pelo planeamento e pela organização de métodos e mecanismos que visam obter sistemas de trabalho que permitam a padronização da organização.

e) **Apoio Logístico** – constituído por pessoas que têm a seu cargo serviços de apoio, serviços jurídicos, relações públicas e laborais, investigação, assumindo uma postura de colaboração. *Mintzberg* ilustrou graficamente a hierarquia das organizações. Assim, verifica-se que é necessário harmonizar estes cinco elementos básicos constituintes com vista á maior performance organizativa.

Configuração Estrutural Base e Forças Actuantes nas Organizações

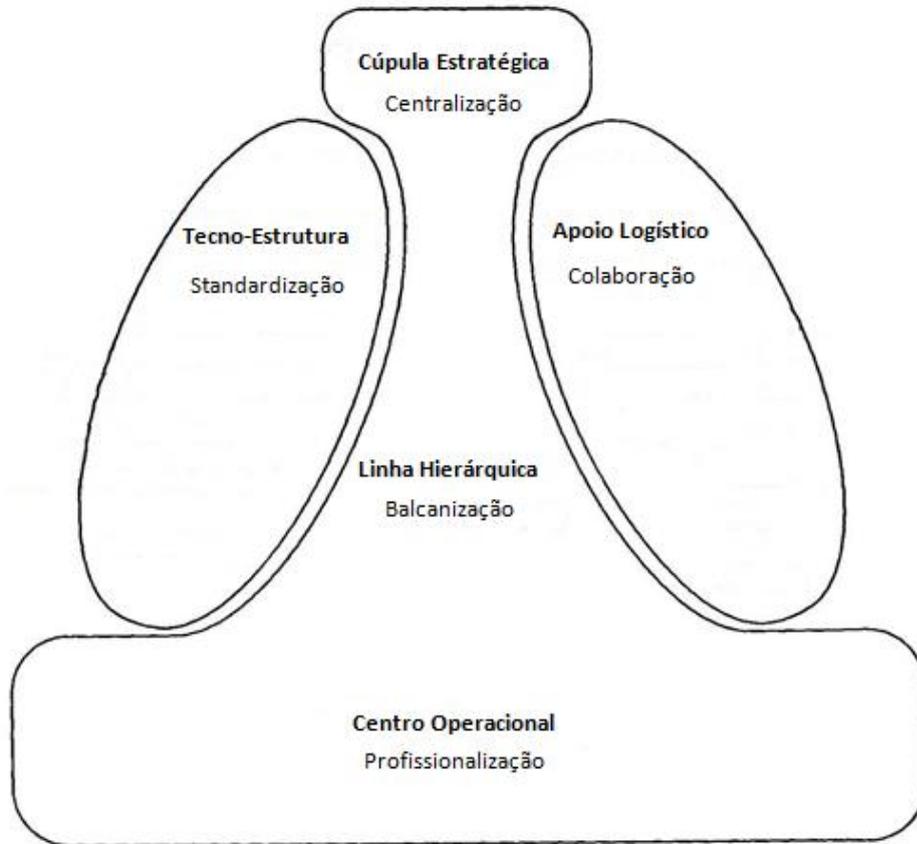


Gráfico 1 Mintzberg (1979)

Mintzberg (2004) refere que qualquer atividade humana organizada origina duas exigências fundamentais e opostas: a divisão do trabalho em tarefas a executar e a sua coordenação para que se realize a atividade em questão. Estes dois vetores são indissociáveis, caso contrário, a atividade a realizar não será bem-sucedida.

De acordo com *Mintzberg* (2004), numa organização, as funções podem ser organizadas em cinco tipos de estruturas: a estrutura simples, a burocracia mecanicista ou industrial, a burocracia profissional, a estrutura divisional e a adocracia.

A estrutura simples possui um topo estratégico e um conjunto de colaboradores associados que asseguram a realização do trabalho, o qual não é muito formalizado. A tecno estrutura quase não existe.

A Burocracia Profissional opõe-se à Burocracia Mecânica, pois substitui a autoridade da posição fundada na autoridade hierárquica pela autoridade de competência que se baseia no profissionalismo. Passou-se da padronização dos processos de trabalho à padronização das qualificações dos intervenientes.

Na burocracia profissional, existe um centro operacional que possui um mecanismo de coordenação assente na standardização das competências. O centro operacional é constituído por elementos altamente especializados que procuram valorizar as suas competências. Neste centro, os profissionais destacam-se pelas competências que foram adquirindo durante o seu percurso profissional e não pelo seu desempenho na organização, e o seu processo evolutivo assenta num pressuposto de ajustamento mútuo. A interiorização das normas e valores da organização promove a identificação do profissional com a organização e o desenvolvimento autónomo das tarefas que lhe foram conferidas. Ao longo dos anos é frequente os profissionais identificarem-se mais com a profissão do que com a organização. Esta estrutura é muito burocrática, mas verifica-se pouca centralização nos processos de decisão, isto porque, possibilita autonomia na execução das tarefas. Existe, frequentemente, um forte apoio logístico aos profissionais que desempenham tarefas no centro operacional. Esta estrutura é característica em meios mais complexos e estáveis, por exemplo, no setor da saúde. O centro operacional não necessita que lhe indiquem o que deve fazer, pois este é constituído por profissionais cuja formação é suficiente para começar a produzir imediatamente.

A estrutura divisional centra-se nas linhas médias de produção e possui um mecanismo de coordenação e standardização dos resultados. A direção transmite aos departamentos as normas, valores e padrões de resultados, assim, há uma orientação hierárquica das unidades, que vai depender das leis de mercado, existindo também uma interdependência entre os departamentos, os quais podem funcionar de forma autónoma, baseadas nas qualificações adquiridas e ajustadas ao modelos decorrentes da evolução da organização.

Esta configuração encontra-se sobretudo nos hospitais, nas universidades e escolas, gabinetes de advocacia, e funciona através das qualificações e competências dos profissionais que ali operam.

O surgimento deste tipo de organizações deveu-se à procura de uma estrutura que pudesse valorizar profissionais altamente qualificados e especializados em detrimento da especialização funcional. Pretendeu-se dar mais relevo às especializações das qualificações individuais do que na divisão de trabalho.

O principal mecanismo de coordenação deste tipo de estrutura é a standardização das qualificações. O centro operacional adquire uma importância fundamental e o peso da tecno estrutura que elabora os procedimentos burocráticos dão lugar aos serviços de apoio ao centro operacional. Isto implica que a burocracia profissional se torne uma estrutura descentralizada quer na horizontal quer na vertical, originando uma maior autonomia individual. Esta autonomia assenta essencialmente na formação dos profissionais, permitindo-lhes uma grande liberdade de controlo do seu trabalho.

Como no nome indica, este tipo de estrutura é burocrática, pois apresenta elevada formalização interna, com muitos regulamentos e regras a cumprir. Descentralizada pois os profissionais têm amplo poder de controlo.

A principal vantagem deste tipo de estrutura resulta das competências e qualificações dos seus profissionais que possibilita um elevado desempenho em tarefas especializadas onde estes intervêm. A elevada autonomia, possibilita também aos profissionais um eficiente desempenho das suas tarefas.

Contrapondo, este tipo de estrutura tem como desvantagem o surgimento de conflitos entre unidades lideradas por diferentes profissionais, pois cada departamento tem os seus objetivos e pretende atingi-los, mesmo que para isso tenha que entrar em rotura com outros departamentos. Esta situação pode por vezes levar à queda da organização, apresentando a mesma desvantagem da burocracia mecânica.

Em comparação com Burocracia Mecânica, esta estrutura apresenta um melhor desempenho quando solicitada à mudança, isto porque, os profissionais que nela operam apresentam melhores qualificações, competências, autonomia e maior poder decisional.

A burocracia mecanicista ou industrial é constituída por uma tecno estrutura que assenta num mecanismo de coordenação baseado na standardização dos processos de trabalho, ou seja, verifica-se a existência de tarefas rotineiras e especializadas com processos de trabalho

padronizados. Nesta estrutura existe uma divisão operacional, constituída por elementos pouco qualificados, mas responsáveis pela maior parte do trabalho produzido. A tecno estrutura possui os especialistas e os departamentos centrais da organização, onde se concentram os elementos altamente qualificados e especializados. Nestas organizações existe uma forte burocracia, uma liderança vertical e um controlo de processos.

Em relação à adocracia, a sua estrutura assenta em funções de suporte com mecanismos de coordenação em ajustamento mútuo. É caracterizada pela informalidade e flexibilidade dos processos de trabalho e, verifica-se um apelo à inovação e criatividade de novos colaboradores, existindo, conseqüentemente, uma grande capacidade de adaptação. Um exemplo desta estrutura é um centro de investigação ou empresas de videojogos, etc.

Cada organização tem a sua estrutura e esta é fundamental para a concretização dos seus objetivos e, conseqüentemente para o sucesso da organização. Uma organização pressupõe a existência de uma determinada hierarquia, divisão do trabalho e coordenação do mesmo, assim como, um sistema de relações entre os superiores hierárquicos e os subordinados. Cada elemento da organização assume um papel fundamental no trabalho produzido pela mesma e é determinante na estrutura da organização.

2.2.1. As Organizações de Saúde

As organizações de saúde são melhor compreendidas se atendermos aos cinco componentes básicos enumerados por Mintzberg. Ao utilizarmos o modelo de Mintzberg para caracterizar as organizações de saúde, facilmente as enquadrámos na categoria das burocracias profissionais. Esta categoria é caracterizada por se apoiar na standardização das qualificações para coordenar as suas atividades, e nas normas que a formação e a socialização defendem para essas qualificações.

Estes profissionais são especialistas devidamente formados e socializados para o seu centro operacional, no qual têm uma relativa autonomia e controlo dos processos de negócio da organização. (Mintzberg, 2004)

Destas características, podemos inferir que a formação dos profissionais é o elemento do funcionamento organizacional, este facto é facilmente observável ao perceber como se realiza a integração de um profissional de saúde numa organização. Esta integração é realizada em termos dos processos burocráticos de apoio ao processo (específicos de cada organização) e não em termos da sua atividade específica propriamente dita (as opções clínicas).

Detentoras de burocracias profissionais, deve imperar nestas uma cultura de serviço, ou seja, as organizações de saúde existem para servir os clientes que necessitem delas. É fundamental que as pessoas que recorrem às organizações de saúde obtenham ganhos através da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade. Assim, nas organizações de saúde, a linha hierárquica onde se incluem os gestores, deve assegurar a existência de todas as condições imprescindíveis para que o centro operacional possa servir os clientes que recorrem a estes. Nas organizações de saúde, deve estar sempre presente uma cultura de serviço em detrimento de uma cultura de egoísmo e poder.

A cultura deve estar centrada num serviço de prestação de cuidados com qualidade que permita ganhos em saúde às pessoas que ficaram doentes. Neste contexto, a gestão torna-se um serviço prestado aos utilizadores e aos profissionais de saúde, aos quais deve ser dado o apoio necessário para que sirvam melhor os utilizadores, contribuindo para o aumento da eficácia organizacional.

Como melhorar a performance das organizações de saúde, qual o modelo a seguir?

Por se tratar de uma dinâmica em que os profissionais assumem grande relevância para o desenvolvimento dos processos de negócio das organizações, faz dos profissionais determinantes, não apenas nas atividades/processos de sua responsabilidade direta, mas também, em outras áreas como, por exemplo na gestão geral da própria organização. (Mintzberg, 2004)

Pelas características intrínsecas deste tipo de organização, os fluxos de informação que ocorrem e pelos “jogos” de poder que existem, Mintzberg (2004) revela que podem ocorrer entraves à mudança. Estas estruturas estão particularmente vocacionadas para aperfeiçoarem o existente e não para inovarem. Por outro lado, a especialização que o profissionalismo acarreta, causa problemas quando ocorre necessidade de mobilização de mais do que um centro operacional para um mesmo objetivo, como por exemplo, num projeto de mudança de grandes dimensões que seja multidisciplinar, podem ocorrer severas dificuldades. Mintzberg (2004, p. 408) em relação á mudança nas burocracias profissionais refere:

“ [A mudança] não provém de novos administradores que tomem os seus postos e anunciam reformas maiores, nem de tecno estruturas que procurem controlar os profissionais. A mudança parte mais do processo, lento, de mudança dos profissionais — dos processos de avaliação dos candidatos, da formação (ideais assim como competências e conhecimentos), e depois disso, da motivação dos candidatos no aperfeiçoamento dos seus conhecimentos profissionais.”

Esta desvantagem, e outras decorrentes desta dinâmica, podem ser colmatadas através de um esforço de coordenação, acrescido de uma comunicação eficaz e pela cooperação entre todos os elementos. Neste âmbito a gestão deve criar mecanismos e instrumentos capazes de dotar os elementos da organização dessas capacidades, pode criar mecanismos de comunicação bidirecionais, transversais e multidisciplinares, criar momentos de discussão e partilha de ideias, entre outros mecanismos, que aumentem a coesão da organização como um todo, que é caracterizada também como imperfeitamente conectada, conceito explorado mais à frente. Para uma compreensão das organizações de saúde, importa também ter em conta a forma como os grupos profissionais, entendem a própria organização, pois são eles os fatores determinantes, são eles o foco de mudança. São os profissionais a parte determinante dos processos de negócio, visto serem estes mesmos profissionais que os coordenam. Estas últimas afirmações podem ser

facilmente, compreendidas nas palavras de Mintzberg (2004, p. 407), “*os controlos e mudanças impostas por outras estruturas que não os profissionais, perturba a delicada relação entre o profissional e o seu cliente, uma relação fundada sobre a existência de um contacto sem entraves entre os dois*”.

Este tipo de organização caracteriza-se pela importância do centro operacional, o qual é constituído por um conjunto de unidades elementares (serviços), cada um com o seu dirigente intermédio (diretor), relativamente independente dos outros, apresentando um grau de especialização mais ou menos elevado. Cada unidade tem um relacionamento direto com os utentes, organizando-se de uma forma independente para cumprir a sua missão, o que origina uma diversidade de domínios de atividade. A autonomia conferida às unidades favorece o fenómeno de balcanização, onde cada unidade pretende atingir os seus objetivos na organização de acordo com a sua visão e a sua área de intervenção – criam uma “ilha”, onde lutam apenas pelos seus interesses, o que pode originar conflitos entre as unidades e com o topo estratégico. Atualmente, os serviços estão organizados por centros de gestão altamente competitivos entre si o que favorece ainda mais o fenómeno descrito anteriormente.

Os mecanismos de coordenação formais existem em pequeno número, porque os mais importantes são o ajustamento mútuo entre indivíduos e a standardização das qualificações. O ajustamento mútuo baseia-se na comunicação informal para promover a coordenação do trabalho, a qual depende da qualidade das relações que se estabelecem entre os responsáveis. Permite a *performance* organizacional mas pode complicar-se quando existir uma mudança/substituição de alguns responsáveis que se recusem a colaborar.

A standardização das qualificações é um complemento ao efeito do ajustamento mútuo, porque favorece uma coordenação espontânea que resulta da homogeneização de comportamentos, o que por sua vez é conseguido com a formação e a socialização. Os profissionais do centro operacional devem receber formação específica em diversas áreas do conhecimento que favoreça as relações de trabalho e a prestação de cuidados com qualidade no seu contexto de trabalho. Se cada profissional agir de acordo com a sua ética, com os seus conhecimentos e se souber o que esperar dos outros profissionais, o trabalho desenvolvido pela equipa multidisciplinar de saúde será complementar e irá satisfazer todas as necessidades do utente. A concretização de um

processo de socialização em cada grupo profissional reforçará a formação realizada. De salientar que cada grupo profissional ocupa um determinado lugar na organização, com uma forma de reconhecimento e deve ser detentor de uma ética e deontologia profissional. Por outro lado, a standardização reforça a liberdade profissional dentro da organização, sendo difícil mobilizar alguém para realizar objetivos da organização, quando o profissional já possui um espaço de intervenção, conquistado pelos conhecimentos e experiência que mais ninguém desenvolveu nessa área. Em algumas situações pode complicar a gestão global da organização. A standardização permite ainda a incorporação em órgãos de classe que favorecem a mobilização em torno de objetivos corporativistas exteriores à instituição. Na organização de saúde, a tecno estrutura é pequena e refere-se, praticamente, à dimensão económica da mesma.

A componente logística é muito desenvolvida sendo controlada pela tecno estrutura, permitindo ao centro operacional cumprir a missão da organização sem se preocupar com tarefas acessórias. Com o desenvolvimento da tecnologia nas organizações de saúde, surgiram outras necessidades logísticas, como por exemplo os meios complementares de diagnóstico, onde existem funções clínicas e logísticas difíceis de diferenciar e suscetíveis de originar conflitos.

O topo estratégico concentra a administração e é responsável pelas relações com a tutela e com a gestão financeira, devendo apoiar equitativamente os diretores das unidades, promovendo todos os meios necessários para que os profissionais da linha da frente desenvolvam uma melhor prestação de cuidados de saúde aos utentes da organização. O gestor além de ser um elemento da estrutura deve entender os conflitos internos da organização e ser imparcial relativamente aos diretores das unidades. Além do fenómeno de balcanização e da standardização, a profissionalização, a centralização e a colaboração também podem interferir com o normal funcionamento da organização. Por exemplo, na administração pode haver tendência para centralizar o poder e surgirem conflitos com os diretores das unidades que reclamam mais autonomia e poder de decisão. Por outro lado, com o aumento da profissionalização, cada profissional tem as suas qualificações, exigências, esperando também uma forma de reconhecimento do seu desempenho. Todas estas forças atuantes na organização, juntamente com a falta de colaboração de algum dos intervenientes podem provocar determinados conflitos e inferir no normal funcionamento da mesma. Como a organização tem um grande potencial de conflito, devido a diversas forças disruptivas que aumentam o *stress* dos

profissionais e, conseqüentemente diminuem a *performance* da organização é necessário manter o equilíbrio e definir diretrizes que preservem o centro operacional para que estes cumpram sua missão.

Como melhorar a performance das organizações de saúde, qual o modelo a seguir?

Segundo este modelo, são os profissionais que são o centro da organização, é deles que partem os valores da organização e a orientação das suas práticas, a identidade para com a profissão e com os valores partilhados na organização, criando a coesão necessária. Mintzberg (2004) refere que há autores que definem a burocracia profissional, como uma pirâmide invertida, onde no topo estarão os profissionais que desempenham as funções operacionais e na base os que proporcionam as condições para que essas “operações” aconteçam de acordo com as normalizações sugeridas pelos próprios profissionais.

Segundo Karl Albrecht, deve existir uma mudança de paradigma nas organizações que privilegie os utilizadores: a tradicional estrutura hierárquica deve dar lugar a uma estrutura de pirâmide invertida, onde os utilizadores se encontram no topo da pirâmide, porque todo o trabalho dos profissionais de saúde é dirigido ao seu bem-estar máximo. A figura seguinte ilustra a mudança de paradigma referida anteriormente.

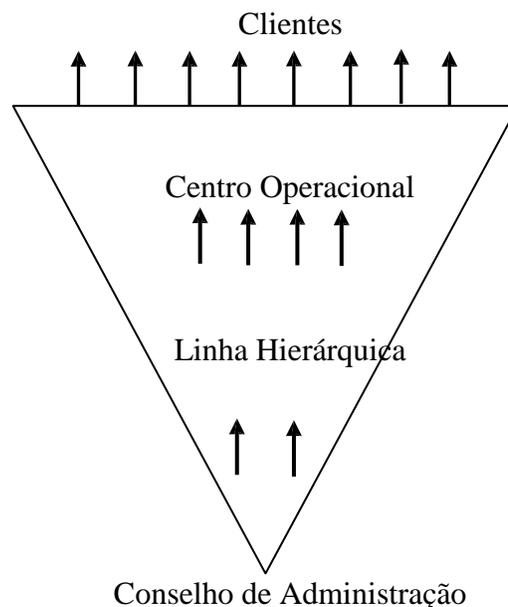


Gráfico 2: Pirâmide Invertida

Outra abordagem útil para compreendermos as organizações de saúde é a fornecida por Orton e Weick, denominada de *Loosely Coupled Systems*, ou Sistemas Imperfeitamente Conectados, que são definidos como o estado situacional em que os elementos constituintes interagem, mas onde são evidentes manifestações de separação e de identidade distintas, este é um referencial conceptualizado na década de 80. Este referencial, integra a noção de que as organizações possuem elementos interdependentes que as unem mas também, mantém características próprias e capacidade de autodeterminação. (Orton e Weick, 1990)

Esta noção traduz-nos uma imagem de disfuncionamentos, que pode dever-se, ao facto dos modelos organizacionais utilizados pelas organizações de saúde apresentarem dificuldades em integrar variáveis complexas e transversais à própria organização, uma vez que ocorreu a especialização e a autonomia/independência profissional das normas e *standards* da própria organização. Desta ideia, decorre a percepção de que, numa organização de saúde ocorrem fluxos de informação, de decisão ou outros, onde é característica comum, a imperfeita conexão entre os diversos centros operacionais. Este fator dificulta o desenvolvimento de estratégias corretas de gestão da organização de saúde como um todo. O que pode levar à completa fragmentação, até, dos estilos de liderança a aplicar nos diferentes contextos da organização, acentuando ainda mais as discrepâncias entre os diferentes serviços ou centros operacionais. Este tipo de organizações caracteriza-se por um ambiente interno fragmentado, devido à tendência para a autonomia dos profissionais. Estes fatores podem ser ultrapassados através da liderança, e/ou da partilha de valores entre os diferentes atores da organização. Orton e Weick,) referem que:

“o conceito de conexão imperfeita, ao reconhecer a existência de dimensões estruturas múltiplas, ao enfatizar a conexão e desconexão simultâneas (...) força os investigadores a aprofundar a análise da atividade humana subjacente à estrutura organizacional. Do mesmo modo (...) o conceito de conexão imperfeita pode levar os investigadores a

Como melhorar a performance das organizações de saúde, qual o modelo a seguir? Estudar a estrutura como algo que as organizações fazem, mais do que algo que elas, meramente possuem.”.

A compreensão das especificidades das organizações de saúde, caracterizadas como burocracias profissionais, e com elementos de estruturas imperfeitamente conectadas, irá proporcionar um melhor enquadramento a possíveis propostas para melhorar o seu desempenho. Se não compreendermos a estrutura e a dinâmica do objeto de estudo, será apenas por sorte que as conclusões se podem aplicar na prática.

Segundo *Cremadez* (1997) a linha hierárquica que faz a ligação entre o topo estratégico e o centro operacional está interrompida, ou seja, a administração não possui competências legais para gerir diretamente os diretores, sendo responsável pela gestão dos serviços logísticos e da tecno estrutura, estabelecendo, ainda, relações estáveis com os grupos profissionais.

Orton e Weick (1990) responsáveis pela introdução desta nova teoria – “*Loosely Coupled Systems*” ou sistemas imperfeitamente conectados, defendem que os sistemas imperfeitamente conectados são aqueles onde os elementos das organizações se relacionam entre si. Contudo possuem separações e atividades distintas. Há um estado situacional, em que os elementos constituintes interagem mas também são evidentes manifestações de separação e de identidades distintas. Por exemplo, num hospital a unidade de cardiologia e a de ortopedia têm projetos diferentes mas se um utente necessitar da intervenção de ambas as especialidades, é fundamental a interação das duas unidades, em prol do bem-estar máximo daquele utente. Esta é uma forma de organização que tem vantagens – a interação entre as unidades quando necessário e a conjugação de saberes mas também pode trazer desvantagens associadas à “má” interação entre os profissionais ou entre as unidades, isto porque está dependente dessa mesma interação, que por sua vez depende das competências de cada um, da iniciativa, do poder de tomada de decisão, etc. Devemos considerar que existem diversos grupos profissionais numa organização de saúde, onde cada um tem as suas funções que se complementam entre si e dependem do lugar e da posição que ocupam na organização. Cada profissional possui uma visão diferenciada da realidade organizacional consoante o lugar que ocupa na organização, o que pode dar lugar a um espaço de conflito que deve ser gerido para evitar alterações no cumprimento da missão da organização de saúde. Esta deve centrar a sua atenção nos utilizadores/utentes, os quais são a razão da sua existência.

Em tempos conturbados como os atuais em que os faróis orientadores estratégicos que norteiam os governos europeus tendem a ser puramente economicistas, a área da saúde deve preparar-se para o maior desafio com que alguma vez se deparou: cumprir orçamentos e ao mesmo tempo produzir uma capacidade de gestão eficiente. É fundamental que exista uma cultura de rigor e de não desperdício partilhada por todos os colaboradores das organizações de saúde. A saúde é uma das áreas de maior investimento estratégico do capital privado pois os seus acionistas já reconheceram que os projetos bem desenvolvidos nesta área produzem o retorno esperado. Cada profissional age, de acordo com os seus conhecimentos e com a sua visão, no entanto, para existir interação e evitar eventuais conflitos disruptivos, é importante pensar no que é melhor para o utente, para a organização e promover um equilíbrio entre as diferentes performances e visões dos profissionais. Os modelos de gestão constituem um suporte para a manutenção deste equilíbrio e um caminho para o cumprimento da missão da organização. Nestas organizações profissionais para além do envolvimento e empenhamento pessoal deve existir também um conjunto de valores comuns que possibilitem uma interação complementar de todos os intervenientes, favorável ao aumento da *performance* organizacional. Para compreender o funcionamento de uma organização é necessário conhecer a sua cultura: a cultura organizacional é essencial ao funcionamento da organização, sendo uma “forma de estar” dos profissionais, ou seja, há uma partilha de valores que é responsável por uma prática organizacional uniformizada.

Schein (1988) define cultura como um conjunto de pressupostos básicos partilhados por um determinado grupo de pessoas que vão solucionando os problemas de adaptação ao meio e de coesão interna. São elaboradas normas pela instituição, as quais devem ser cumpridas por todos os profissionais.

A cultura interna da organização de saúde traduz o que é a organização, isto é, a sua razão de ser e os modelos de cultura organizacional não são estáticos mas fazem parte do ciclo de vida da organização podendo mudar segundo as suas necessidades. Neste contexto, cada organização, em função dos problemas existentes deve selecionar um projeto de mudança, no qual podem coexistir um ou mais modelos de cultura organizacional mantendo o objetivo que será sempre respeitar os seus valores para cumprir a sua missão.

2.3. Gestão da Mudança

"Todos pensam em mudar o mundo, mas ninguém pensa em se mudar a si mesmo."

Leo Tolstoy

Segundo Porras e Robertson (1992) mudança organizacional por definição representa um conjunto de teorias, valores, estratégias e técnicas cientificamente estruturadas com o objetivo 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.

A mudança profunda é de tipo estratégico, representando uma rutura 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

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 conhecimentos adquiridos do que propriamente de uma ação específica. A mudança não é apenas uma substituição, mas sim o resultado do fortalecimento das capacidades existentes.

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 atração). 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, principio *top-bottom*. 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 atração, o líder primeiro deve efetuar mudanças profundas em si próprio, incluindo *self-empowerment*. Quando estas mudanças ocorrerem, os líderes comportam-se de forma diferente perante aqueles que lhe reportam diretamente 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 atualização e pela incapacidade que as organizações têm para se manter estáveis/estagnadas. A mudança é uma contínua mistura de modificações pró-ativas e reativas guiada pelas propostas do momento, em vez de descontinuidades intermitentes nos períodos de convergência

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.

Atualmente, 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 reações específicas nas pessoas, reações essas que nem sempre são conscientes com os objetivos 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 perceção dos outros para necessidade de empreender tal mudança. Dessa forma *Weick* fala-nos do processo de fiabilidade como *main stream* organizacional perante um meio envolvente turbulento em que as próprias disfunções acontecem porque estas se encontram na matriz organizacional.

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 maior 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.

Em muitas organizações, ainda se verifica uma resistência à mudança, a qual não deve ser temida, porque irá permitir a sobrevivência das organizações. Ela é fundamental para a introdução de novas tecnologias e de novos modelos que favorecem o relacionamento interpessoal, ambos importantes para o desenvolvimento organizacional.

Existem diversas teorias da mudança organizacional, mas uma das mais referenciadas é a teoria do ciclo de vida. Segundo esta teoria, o processo de mudança resulta de uma sequência de estádios preestabelecidos desde o nascimento até à morte da organização. Assim, uma organização nasce ou é criada – fase empresarial; depois possui um determinado desenvolvimento – fase de coletividade ou de celebração; seguidamente pode sofrer uma fase de declínio – fase de formalização e controlo; e, finalmente surge a falência – fase de elaboração da estrutura *Martins* (2009).

Algumas das principais características destas fases são:

Fase empresarial: predomina o modelo dos sistemas abertos, onde os indivíduos estão motivados, desenvolvem capacidades de negociação e, são empreendedores e voluntários para com a organização;

Fase coletividade: existe o modelo dos sistemas abertos e o modelo das relações humanas – os indivíduos têm prazer em estar na organização e celebram o sucesso da mesma, mas o voluntarismo não é suficiente para manter a estrutura da organização, o que exige uma reflexão da mesma;

Fase de formalização e controlo: verifica-se a existência do modelo dos sistemas abertos e do modelo dos processos internos – aqui a organização apresenta um certo desgaste, mas ainda mantém as suas normas e legitimidade perante os clientes;

Fase de elaboração da estrutura: predomina o modelo dos sistemas abertos, existindo um equilíbrio entre os outros – esta fase corresponde à remodelação da organização para que esta volte a cumprir a sua missão. Esta teoria defende que a mudança está relacionada com a evolução e diferenciação da estrutura, sendo influenciada pelo meio externo e, as mudanças de um estádio vão influenciar os estádios seguintes *Martins* (2009).

A mudança estratégica nas organizações constituir um processo complexo, porque envolve uma reflexão nas práticas de gestão, nos modelos adotados, num reajuste de recursos humanos, materiais e reestruturação de funções, o que implica definição de novas estratégias para uma melhor adaptação ao meio exterior, com o objetivo final de cumprir a missão da organização. O

tempo é determinante para a mudança, porque é ele que vai condicionar as práticas de intervenção na organização. Deve ser sempre considerado no estudo da mudança organizacional. O comportamento individual é a verdadeira alavanca da mudança organizacional e *Porras, Roberts* (1987). Ainda, segundo os mesmos autores, as organizações que apostem no desenvolvimento emocional individual, conseguem obter melhor “performance” aquando de uma situação de mudança. Existem atributos da inteligência emocional, como a receptividade, a mobilização e a aprendizagem que podem facilitar a mudança.

A mudança com sucesso conduz a um envolvimento e maior participação dos indivíduos, enquanto agentes de mudança, o que se tornará positivo numa futura mudança organizacional.

Segundo *Kotter* (1995), a mudança pode ser implementada através de uma sequência de oito passos:

1º - Estabelecer um senso de urgência: existe um conjunto de indicadores que indicam que algo está mal na organização, sendo este passo fundamental para a implementação da mudança;

2º - Criar um grupo de trabalho: com uma liderança conveniente para a consecução dos objetivos desejados;

3º - Desenvolver uma visão e uma estratégia: a visão será a imagem do futuro pretendido e a estratégia o fio condutor para a mudança ambicionada;

4º - Divulgar a visão e a estratégia a adotar: é importante uma comunicação eficaz da visão e da estratégia para conseguir o comportamento pretendido dos restantes indivíduos;

5º - Delegação de poder: é importante remover as barreiras existentes (falta de capacidades, estruturas formais fora do âmbito da visão, chefias que colocam obstáculos à implementação de novas estratégias e sistemas de informação ineficazes) para evitar que os outros indivíduos desistam da mudança;

6º - Gerar ganhos a curto prazo: se no decorrer do processo de mudança não houver um resultado a curto prazo, pode perder-se a credibilidade necessária para os indivíduos acreditarem na mudança;

7º - Consolidar os ganhos e produzir mais mudanças: na mudança bem-sucedida, recorrer à credibilidade dos resultados positivos conseguidos a curto prazo para continuar com mais projetos; a gestão de topo também pode delegar responsabilidades na gestão intermédia para ajudar na implementação da mudança;

8º - Incorporar as mudanças na cultura da organização: a transformação cultural é o último passo,

porque é preciso tempo para a mudança se tornar efetiva.

Na gestão há um pressuposto essencial – é necessário que o gestor e o gerido acreditem que ela existe.

Na proposta de mudança para a implementação da estratégia VBHC, começa-se por desenvolver a estratégia *forcing*, seguidamente aborda-se a estratégia participativa, depois uma estratégia transformadora.

2.4. Cultura Organizacional - Modelo dos Valores Contrastantes de Quinn

As organizações são estruturas complexas onde surgem vários vetores com forças que por vezes se antagonizam o que pode conduzir a conflitos de funcionamento difíceis de gerir. O modelo dos valores contrastantes de *Quinn* permite verificar a ação das forças anteriormente referidas. Este modelo traduzido em dois eixos (vertical e horizontal) permite a definição de quadrantes distintos onde estão definidas características da cultura, da eficácia, da liderança, dos objetivos e da *performance* organizacional. Assim, com a utilização deste modelo, podemos avaliar a cultura organizacional assim como o modelo de gestão predominante para determinada organização. Os dois eixos principais contrapõem a flexibilidade e dinamismo *versus* o controlo e estabilidade (eixo vertical) e a orientação interna e integração *versus* orientação externa e diferenciação (eixo horizontal).

Os quatro quadrantes representam critérios de eficácia organizacional. Representam ainda aquilo que os profissionais valorizam relativamente á *performance* organizacional. A organização, caso pretenda dirigir-se para um quadrante em detrimento de outro, deve adotar determinada estratégia. A cada quadrante foi atribuído uma designação específica das características que lhe estão associadas, dividindo-se assim pelos seguintes modelos:

- **Modelo das relações humanas** (quadrante superior esquerdo) – promove a cultura de apoio, o trabalho em equipa, enfatiza o valor dos recursos humanos, a formação e a coesão moral; os líderes são vistos como mentores ou facilitadores; esta cultura implementa-se através da estratégia participativa;

- **Modelo dos sistemas abertos** (quadrante superior direito) - corresponde à cultura de inovação e da expansão, privilegiando a criatividade, a adaptabilidade e a rapidez de resposta; nesta cultura não existe um poder centralizado e os líderes são vistos como inovadores ou intermediários; é implementada através da estratégia transformadora;

- **Modelo dos objetivos racionais** (quadrante inferior direito) – refere-se à cultura de objetivos, enfatiza a competitividade e a produtividade e a principal função é o planeamento e o estabelecimento de objetivos para maximizar os resultados, com um menor custo associado; os líderes são encarados como diretores ou produtores; implementa-se através da estratégia *telling*;

- **Modelo dos processos internos** (quadrante inferior esquerdo) – baseia-se nos estudos de Max Weber sobre burocracia e racionalização e diz respeito à cultura de regras, privilegia a formalização das estruturas e dos locais de trabalho e, a principal função é a integração e controlo que visam a estabilidade, a previsibilidade e a eficiência; espera-se

que o líder seja um monitor e coordenador de equipas; esta cultura implementa-se com a estratégia *forcing*.

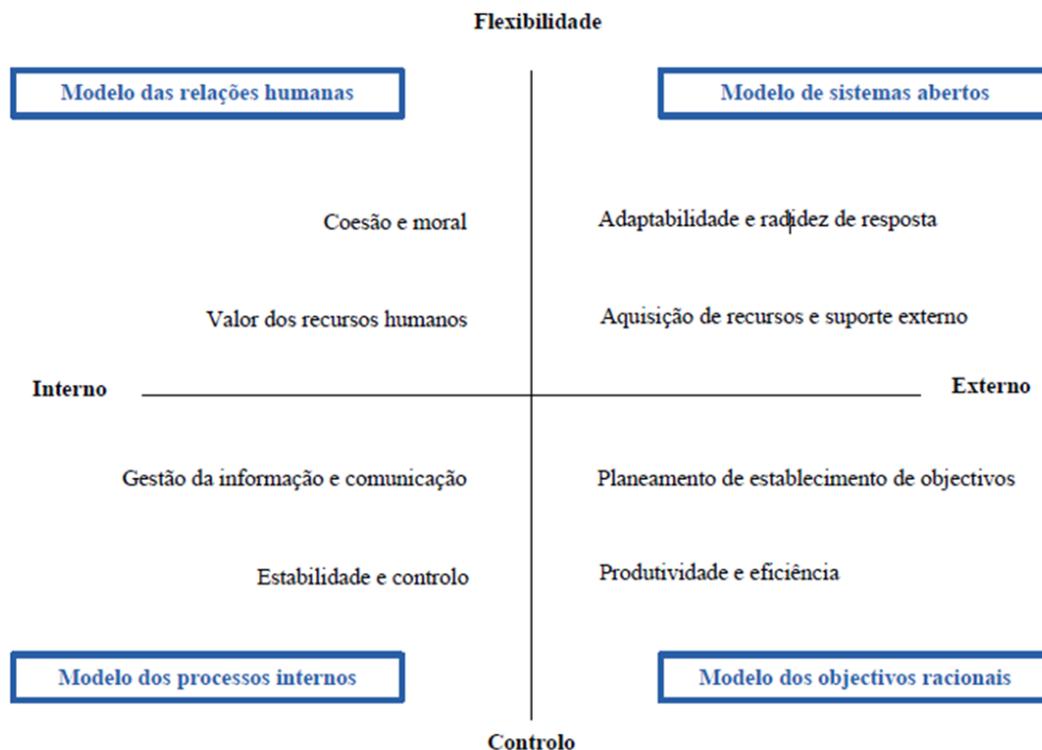


Gráfico 3: Modelos do Valores contrastantes de Quinn

Numa organização pode existir, predominantemente, uma das culturas referidas anteriormente, no entanto, algumas características de outras culturas também podem estar presentes sendo interessante na análise organizacional perceber a sua interação e de que forma ela favorece ou não, a *performance* organizacional.

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 controlo;

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

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 ação 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 possuírem 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.

Foi aplicado o questionário de cultura organizacional desenvolvido por *Quinn* à organização de saúde em estudo. Assim, foi solicitado à amostra definida de colaboradores que respondessem a este questionário definindo-se assim a cultura organizacional existente no serviço. Quanto à cultura desejada foi aplicada o mesmo questionário aos líderes do serviço/projeto mas solicitando-lhes que respondessem no futuro, ou seja, como é que gostariam que a organização fosse numa análise progressiva no corrente ano.

2.5.Oncologia: Uma realidade económica

“O Cancro é a questão mais palpitante do momento atual, aquela que, por toda a parte, chama a atenção de todas as inteligências.”

Miguel Bombarda (XV Congresso Internacional de Medicina de Lisboa, 1906)

A oncologia tem sido ao longo dos últimos anos uma área de estudo que se encontra em constante evolução. De facto, o número de incidência do cancro tem aumentado em termos globais, sendo que projeções futuras apontam para que em 2050 um em cada dois indivíduos padeça desta doença. Ao mesmo tempo tem ocorrido uma alteração do paradigma no que ao tratamento do cancro diz respeito, fruto dos avanços existentes no campo da medicina, biologia, ciências farmacêuticas e de áreas complementares que tem trazido para o mercado novos métodos de tratamento, como é o caso da imunoterapia, o que levou a um aumento exponencial dos preços dos medicamentos oncológicos.

Assim, fica patente o carácter multidisciplinar da área em causa, na medida em que para além de levantar problemáticas que são na sua essência médicas e farmacológicas, acarretam, também, problemáticas que têm no seu âmago uma essência iminentemente económica e empresarial. Desta forma, a presente análise de mercado representou um desafio aliciante, pois levou a um entendimento e aprofundamento de temáticas pouco ou nada exploradas a nível académico e cuja informação disponível era em muitos casos precária e/ ou desatualizada.

Primeiramente, foi elaborada uma caracterização sumária do sistema de saúde português, colocando um especial enfoque nos prestadores de cuidados de saúde privado, apontando as razões que permitiram o seu surgimento e evolução.

De seguida, procedeu-se análise da oncologia a nível internacional (europeu e mundial), quer em termos de incidência & mortalidade, como sobretudo ao seu *burden* de doença e económico.

2.5.1. Caracterização Sumária do Sistema de Saúde Português

A Saúde desempenha um papel primordial no quotidiano de todos os indivíduos, acarretando inúmeros desafios à sociedade recorrentes da necessária inovação tecnológica e das restrições económico-financeiras para fazer face às necessidades dos doentes.

Antes que se proceda a uma análise sumária relativa ao sistema de saúde em Portugal, convém primeiramente definir o conceito em causa. Por sistema de saúde entende-se o conjunto de recursos que múltiplas entidades detêm para oferecer uma proteção generalizada de cuidados de doença e de promoção da saúde. Numa lógica mais economicista, a classificação assenta na fonte de financiamento do sistema, isto é, pública ou privada.

Assim, dentro desta última ótica assentam dois modelos distintos: o Beveridgiano e o Bismarckiano. No primeiro, o Estado responsabiliza-se pelo financiamento, a posse e administração/gestão das instalações de saúde. Por seu turno, o modelo Bismarckiano contempla a existência de um seguro de saúde social; coexistem entidades públicas e privadas na prestação dos cuidados de saúde e por fim o Estado está obrigado a regular o setor, da gestão da rede hospitalar de domínio público e no financiamento de cuidados de saúde para os que não têm a possibilidade de ter um contrato de seguros.

Portugal adota um modelo misto, apesar de ter sido fortemente influenciado pelo modelo de Beveridge, em que certas características dos dois modelos coabitam. Por conseguinte, fica patente que o sistema de saúde existente em Portugal não se limita à ação do Serviço nacional de Saúde (SNS), reunindo também no seu âmago as seguradoras e subsistemas de saúde de base profissional quer pública quer privada que funcionam como mediadores entre os cidadãos e os prestadores de cuidados de saúde, como são o caso da ADSE e os SAMS, para citar os mais conhecidos; bem como os grupos privados de saúde diferentes dimensões, desde o pequeno consultório da vila até às redes de hospitais e clínicas que se encontram em diversos polos do país.

Todos os residentes em Portugal têm acesso aos cuidados de saúde prestados pelo Sistema Nacional de Saúde. O financiamento do sistema deriva do pagamento de impostos dos residentes nacionais, o designado financiamento público e cada vez mais através de pagamentos *out of the pocket*, como são o caso das taxas moderadoras, ou copagamentos (termo mais ajustado a realidade em análise).

A provisão dos serviços públicos diz respeito de forma predominante ao cuidado primário e ao cuidado hospitalar, ao passo que os produtos farmacêuticos, as técnicas de diagnósticas evoluídas e prática clínica privada constituem o cerne da oferta privada de saúde.

Assim, conclui-se que a diversidade é o principal traço caracterizador do sistema de saúde português. Os cidadãos contribuem para o seu sistema de saúde através do pagamento de impostos, também denominado de financiamento público; efetuam pagamentos para os seus subsistemas de base profissional; através do pagamento de prémios de seguro feitos de forma consciente e voluntária e por último fazem pagamentos diretos no momento de utilização dos cuidados de saúde. Dentro destes últimos, importa fazer uma distinção entre os pagamentos que correspondem ao usufruto do serviço prestado, isto é, uma consulta ou exame de especialidade num organismo privado; e os pagamentos parciais exigidos aos cidadãos pelo SNS, subsistemas e seguradoras. Dentro destes, incluem-se o pagamento de taxas moderadoras ou copagamentos (termo mais realista) nos serviços públicos e os medicamentos e consultas não comparticipadas pelas seguradoras e pelos subsistemas.

2.5.2. Despesa de Saúde em Portugal

Portugal vinha tendo até 2009/2010 um aumento da despesa em saúde em percentagem do PIB, no entanto fruto da grave crise económica que o país esteve sujeito e das contingências económico-financeiras daí resultantes sob a vigência do memorando de entendimento com o triunvirato de ajuda financeira (FMI, Comissão Europeia e o Banco Central Europeu) esta tendência alterou-se, encontrando-se estabilizada na casa dos 9%. De referir, que esta situação é ainda mais dramática, porque durante o período de ajuda externa o PIB nacional decresceu de forma relevante, pelo que o desinvestimento efetivo foi ainda mais significativo.

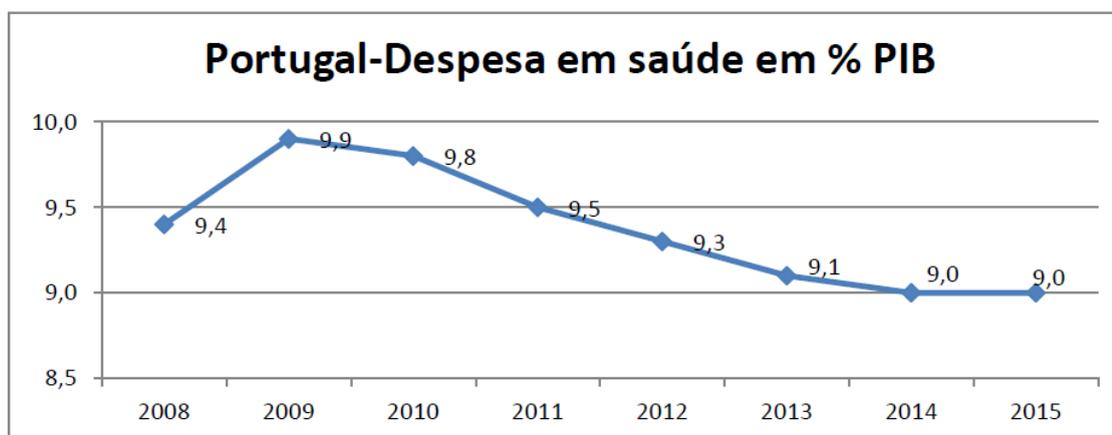


Gráfico 4: Portugal - Despesa em Saúde em % PIB

2.5.3. Oncologia no Mundo

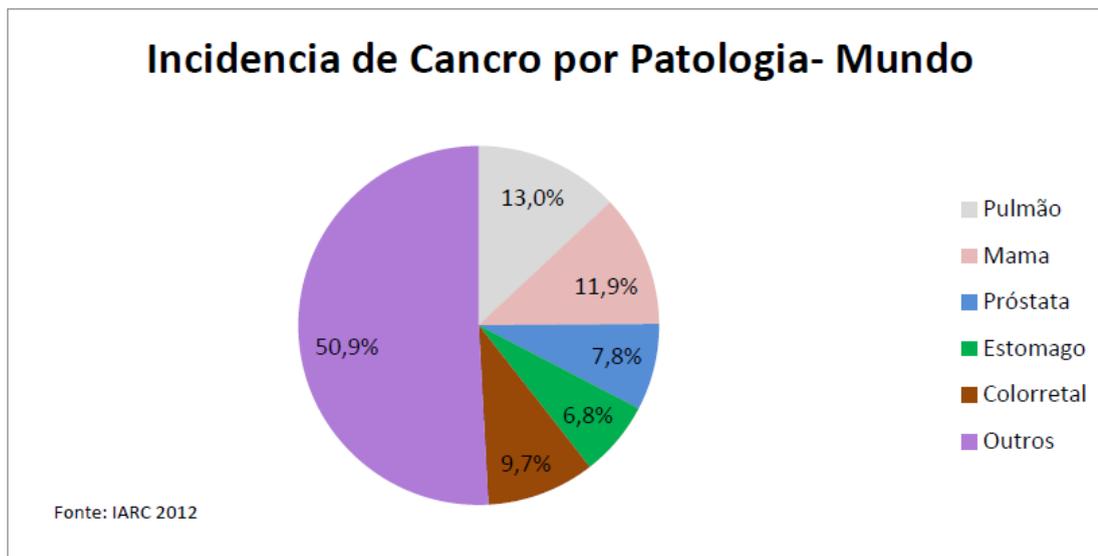


Gráfico 5: Incidência de Cancro por Patologia a Nível Mundial

O cancro é geralmente classificado como uma doença ou conjunto de doenças associadas ao envelhecimento populacional, todavia não sendo usual podem ocorrer casos desta natureza em crianças, adolescentes e adultos até aos 45 anos. A partir dessa altura começa a ser mais habitual desenvolver patologias cancerígenas, com maior enfoque para a população com mais de 75 anos de idade, onde se dá um crescimento galopante do número de neoplasias diagnosticadas, cerca de 850 mil em toda a Europa (2012).

Em termos de género, o cancro é mais predominante em indivíduos do sexo masculino com sensivelmente cerca de 7.4M¹ de novos casos por ano em todo o mundo, contra aproximadamente 6.7M² nas mulheres. Segundo as projeções do investigador Manuel Sobrinho Simões em 2050, 1 em cada 2 portugueses desenvolverá pelo menos um tipo de cancro³, considerações que poderão ser transpostas para outros países, de acordo com as tendências de diversos especialistas na área da oncologia a nível internacional⁴.

As quatro principais patologias analisadas, caso sejam agregados as neoplasias do estômago e as colorretais (pulmão, mama, próstata, GI) representaram quase 50% da incidência de cancro no mundo no ano de 2012.

¹http://gco.iarc.fr/today/onlineanalysispie?mode=cancer&mode_population=continents&population=900&sex=0&cancer=29&type=0&statistic=0&prevalence=0&color_palette=default

² *ibidem*

³ <https://www.publico.pt/2012/10/29/ciencia/noticia/daqui-a-dez-anos-metade-da-populacao-portuguesa-tera-um-cancro-alerta-sobrinho-simoes--1569281>

⁴ <https://www.bbc.co.uk/news/health-31096218>

Importa destacar, que apesar dos dados indicarem uma maior preponderância das neoplasias nos indivíduos do sexo masculino, nas camadas demográficas inferiores a 55 anos, o inverso se verifica. As razões explicativas para tal fenómeno estão ligadas ao facto dos principais tumores malignos maioritariamente/exclusivamente femininos, como são o caso da mama e das neoplasias ginecológicas se desenvolverem numa idade mais jovem, ao passo que a patologia da próstata (exclusivamente masculina) se desenvolver numa idade mais avançada.

A incidência do cancro é um indicador que remete para o número de casos diagnosticados num determinado período temporal e numa área geográfica específica. No ano de 2012, o número de novos casos de cancro diagnosticados a nível global foi de aproximadamente 14 M. A nível europeu, o valor registado foi na ordem dos 3.4M, mais 31% do que o verificado 18 anos antes, em 1995, sendo que as projeções para 2035 apontam para um aumento de sensivelmente 24,6%⁵, isto é, 4.3M de novos casos por ano.

Na origem deste fenómeno evolutivo algo exponencial, para além de fatores demográficos como o envelhecimento populacional e o aumento da população europeia no período de 1995-2012, consideram-se o aumento do número de rastreios, especialmente nas patologias com maior probabilidade de surgimento, como são o caso da mama, Próstata e colorretal; os fatores de risco, onde se incluem o sobrepeso/obesidade muito associados a maus hábitos alimentares com uso de refrigerantes e alimentos e ao sedentarismo característico do quotidiano dos países mais desenvolvidos, o consumo de álcool e tabaco, entre outros; por último, destaca-se, pelo lado positivo, os avanços ocorridos na medicina que permitiu reduzir as taxas de mortalidade de outras doenças, o que gerou um aumento da esperança média de vida e um conseqüente aumento da probabilidade de diagnóstico de problemáticas oncológicas.

2.5.4. Disease Burden

Seria muito redutor olhar para o *burden* de uma doença da estirpe do cancro como apenas o número de mortes a ela associada. Assim criaram-se certos indicadores, geralmente associados a doenças crónicas, que tenham em consideração não só a mortalidade, mas também a morbilidade. Um destes indicadores é o *Disability Adjusted Life Years* (DALY's).

⁵http://globocan.iarc.fr/old/burden.asp?selection_pop=62968&Text-p=Europe&selection_cancer=290&Text-c=All+cancers+excl.+nonmelanoma+skin+cancer&pYear=23&type=0&window=1&submit=%C2%A0Execute%C2%A0

Um DALY representa um ano de vida saudável perdida, pelo que o seu somatório pela população existente num país representa o *burden* causado por essa doença nesse determinado país. Outra forma de analisar este indicador é a seguinte: este representa o diferencial existente entre a situação de saúde ideal de uma população com o estado corrente da saúde existente nessa mesma população.

O indicador supra mencionado é composto pela soma de outros dois indicadores, o *Years of Life Lost* (YLL) que indica o número de anos potencialmente perdidos por morte prematura dessa doença e o *Years Lost to Disability* (YLD) que evidencia os anos vividos com a doença.

Interessa realçar que outros dois indicadores também têm a sua utilidade, sendo bastante utilizados para efeitos semelhantes. O primeiro diz respeito, ao *Years of Potential Life Lost* (YPLL), contudo este não tem em consideração o *burden* causado pela morbilidade. O segundo é o *Quality-Adjusted Life Years* (QALY's) que indica um ano de vida ajustado a sua qualidade ou valor.

A tabela abaixo representada demonstra a evolução no *disease burden* dos 3 principais grupos de doenças observadas no continente europeu entre os anos de 2000 e 2012. Através desta, verificou-se que o cancro figurou no período analisado a segunda posição quer em termos de DALY's em valor absoluto, em DALY's por mil habitantes, bem como em share do *disease burden*. No entanto, ao contrário das doenças cardiovasculares que ocuparam a primeira posição nos anos em causa, viu o seu DALY's em termos absolutos aumentar, isto apesar do seu valor por mil habitantes ter diminuído de 59 para 58. Desta forma, perspetiva-se que num futuro próximo as neoplasias malignas sejam o principal grupo de doenças em termos de *disease burden*, até porque o seu share em relação ao total aumentou um ponto percentual, tal como nas doenças do foro mental e comportamental, ao passo que as doenças cardiovasculares registaram um decréscimo do seu share em % do total de quatro pontos percentuais.

Anteriormente, foi enunciado que o DALY's era composto por duas componentes, uma relativa à mortalidade (YLL) e a outra à morbilidade (YLD). No caso do cancro a *disease burden* é basicamente causada pela morte prematura, na medida em que 97% deve-se à componente de mortalidade e somente 3% referem-se à morbilidade.

Disease Burden dos 3 Principais Grupos de Doença na Europa

2000				
Doença	DALY's (M)	DALY's/1000 Hab.	Share	Share of YLL
Cardiovasculares	39.112	78	25%	93%
Cancro	29.375	59	18%	97%
Mental e Comportamental	17.571	35	11%	8%

2012				
Doença	DALY's (M)	DALY's/1000 Hab.	Share	Share of YLL
Cardiovasculares	32.500	62	21%	90%
Cancro	30.228	58	19%	97%
Mental e Comportamental	18.150	35	12%	8%

Fonte: OMS- Global Health Estimates Summary Tables: Disease Burden- Estimates for 2000-2012

Tabela 1: Disease Burden dos 3 Principais Grupos de Doença na Europa

(Fonte: OMS- Global Health Estimates Summary Tables: Disease Burden- Estimates for 2000-2012)

Apesar de estarmos a lidar com realidades temporais distintas, podemos considerar que em relação ao cancro, Portugal obteve valores muito similares aos seus congéneres europeus. De facto, o valor do DALY's por mil habitantes registado em território português no ano de 2016 foi igual ao verificado no continente europeu quatro anos antes. Em termos de % da componente de mortalidade, esta também foi igual entre os dois grupos em análise, cerca de 97%. O share do cancro em % do disease burden total é que já foi superior no ano em causa para Portugal (20% contra 19%).

Por fim, importa ressaltar que em Portugal no ano de 2016, o cancro era a patologia que mais impacto detinha no disease burden total em todos os indicadores analisados, algo que não acontecia em 2012 na Europa, pois o domínio residia na área cardiovascular. Porém este dado deverá ser analisado com prudência, visto que estamos a falar de espaços temporais distintos, no entanto, as tendências na Europa era de que num futuro próximo isso também ocorresse.

Disease Burden dos 3 Principais Grupos de Doença em Portugal				
2016				
Doença	DALY's	DALY's por/1000 Hab.	Share	Share of YLL
Cardiovasculares	519.728	50	17%	84%
Cancro	612.846	59	20%	97%
Mental e Comportamental	280.621	27	9%	3%

Fonte: OMS- Global Health Estimates Summary Tables: Disease Burden- Estimates for 2016

Tabela 2: Disease Burden dos 3 Principais Grupos de Doença em Portugal

(Fonte: OMS- Global Health Estimates Summary Tables: Disease Burden- Estimates for 2016)

Analisando o disease burden das sete principais tipos de cancro na Europa, em termos de DALY's no período referente aos anos de 2000 até 2012, verifica-se um comportamento heterogéneo entre as patologias estudadas.

Os tipos de cancro maioritariamente causados pelo consumo excessivo de tabaco, ou seja, os relativos à traqueia, brônquios e pulmão são os que tiveram uma contribuição superior para o peso total do disease burden, sendo que o seu share em % do total aumentou um ponto percentual, situando-se em 2012 nos 21.9%. De referir, que a quase totalidade do disease burden se deve à morte prematura, pois o share de YLL nos anos em questão foi de 99%.

A neoplasia maligna colorretal manteve-se na segunda posição, registando um ligeiro aumento em termos absolutos e em termos de share em % do total, ao mesmo tempo que a componente da morbilidade aumentou para os 4%, o mesmo é dizer que o share de YLL, apesar de muito elevado, desceu para os 96%.

No caso da mama, o comportamento foi positivo em toda a linha. De facto, houve uma descida em todos os indicadores em análise, salientando-se o decréscimo na componente de mortalidade prematura na casa dos dois pontos percentuais, cerca de 91% em 2012.

A próstata, apesar de um ligeiro aumento do DALY's em termos absolutos e do share em % do total, teve uma diminuição de 3 pontos percentuais no share de YLL, sendo em 2012 a neoplasia maligna que registou a menor % referente à componente de mortalidade.

Por fim, importa destacar o comportamento inverso das patologias do estômago e do pâncreas. A primeira fruto de melhores hábitos de higiene alimentar na Europa viu o seu impacto ser reduzido de forma significativa, uma descida do share em % do total de 1,3 pontos percentuais. No segundo caso, o crescimento foi considerável, especialmente em termos de DALY's em valor absoluto e em share em % do total, onde o aumento foi de 1.1 pontos percentuais, isto é, de 4,8% para 5,9%. Contudo, apesar destas tendências, as componentes de morbidade e mortalidade para as patologias oncológicas mencionadas mantiveram-se inalteradas, com um share de YLL de 98% e 99% respetivamente.

Disease Burden das 7 Principais Patologias Oncológicas na Europa

2000					
Patologia	DALY's (M)	DALY's/1000 Hab.	Share	Share of YLL	
Traqueia, Brônquios e Pulmão	6.144	12	20.9%	99%	
Colorretal	3.387	7	11.5%	97%	
Mama	2.760	6	9.4%	93%	
Estômago	1.733	3	5.9%	98%	
Linfomas, Mieloma Múltiplo	1.414	3	4.8%	98%	
Pâncreas	1.398	3	4.8%	99%	
Próstata	1.327	3	4.5%	93%	
2012					
Patologia	DALY's (M)	DALY's/1000 Hab.	Share	Share of YLL	
Traqueia, Brônquios e Pulmão	6.611	13	21.9%	99%	
Colorretal	3.492	7	11.6%	96%	
Mama	2.598	5	8.6%	91%	
Pâncreas	1.780	3	5.9%	99%	
Próstata	1.420	3	4.7%	90%	
Estômago	1.394	3	4.6%	98%	
Linfomas, Mieloma Múltiplo	1.355	3	4.5%	98%	

Fonte: OMS- Global Health Estimates Summary Tables: Disease Burden- Estimates for 2000-2012

Tabela 3: Disease Burden das 7 Principais Patologias Oncológicas na Europa

Os dados relativos ao *disease burden* em Portugal, no ano de 2016, indicam que as neoplasias malignas associadas a fatores de risco como o tabaco, ou seja, cancro do pulmão, brônquios e traqueia foram as que maior impacto tiveram em termos de DALY's em valores absolutos, *per capita*, share da % total e em relação à componente da mortalidade prematura.

Em relação às outras patologias salienta-se que o comportamento das mesmas é semelhante ao verificado em 2012 nos restantes países europeus, á exceção do verificado na componente da morbilidade onde os valores são menos elevados, especialmente no caso da mama, onde o valor verificado é inferior ao observado no continente europeu no ano de 2000 (6% contra 7%).

Disease Burden das 5 Principais Patologias Oncológicas em Portugal				
2016				
Patologia	DALY's	DALY's/1000 Hab.	Share	Share of YLL
Traqueia, Brônquios e Pulmão	100.4	10	16.4%	99%
Colorretal	86.7	8	14.1%	97%
Mama	46.4	4	7.6%	94%
Estômago	56.0	5	9.1%	99%
Próstata	32.4	3	5.3%	91%

Fonte: OMS- Global Health Estimates Summary Tables: Disease Burden- Estimates for 2016

Tabela 4: Disease Burden das 5 Principais Patologias Oncológicas em Portugal

(Fonte: OMS- Global Health Estimates Summary Tables: Disease Burden- Estimates for 2016)

2.5.5. Economic Burden

Depois de analisar a *disease burden* causada pelo cancro, importa abordar o *economic burden* causado pelas doenças oncológicas. Este conceito está muito relacionado com o desenvolvimento ocorrido na incidência e mortalidade das neoplasias malignas, na medida em que o aumento do número de novos casos diagnosticados por ano leva a um aumento dos custos de diagnóstico e tratamento da doença, por sua vez, um decréscimo de mortalidade para os doentes considerados como população ativa conduzem a uma perda de produtividade laboral. Para além destes fenómenos, o progresso vigente em toda a área da oncologia acarreta um agravamento desse tal *economic burden*, visto que esse progresso

está alocado na sua essência a inovações tecnológicas tipicamente mais dispendiosas do que as existentes no mercado.

Assim, no âmago do conceito em análise estão os custos diretos do sistema de saúde, também designados somente por custos diretos de saúde; os custos diretos existentes fora do sistema de saúde, muito associados a cuidados externos para os doentes, tais como deslocações mais assíduas ao hospital, acompanhamento por parte dos familiares ou de profissionais para o efeito, sendo por isso, algo difícil de quantificá-los; e de custos indiretos, geralmente relacionados com perdas de produtividade laboral dos trabalhadores diagnosticados com cancro.

O *economic burden* tem também uma dimensão temporal que não deve nem pode ser ignorada. Os custos relacionados com a incidência ocorrem durante os primeiros meses após o diagnóstico. Estes dizem respeito a custos diretos relacionados com o próprio diagnóstico, ou seja, consultas e exames, com o tratamento inicial e com certos cuidados informais; e a custos indiretos referentes à componente da morbilidade, isto é, a perdas de produtividade. Por seu turno, os custos relacionados com a componente da mortalidade ocorrem, naturalmente, durante os últimos meses de vida. A estes associam-se os custos diretos de novas tentativas de tratamento, cuidados paliativos, cuidados informais e os custos indiretos que dizem respeito às perdas de produtividade laboral.

Ainda relacionado com a dimensão temporal do *economic burden*, há que realçar que os custos diretos e indiretos variam significativamente com a idade dos doentes oncológicos. Por conseguinte, é expectável que para crianças que padeçam destas doenças os custos associados a cuidados informais sejam superiores aos mesmos custos de uma pessoa de meia-idade.

Custo Direto de Saúde Estimado do Cancro na Europa-2014			
País	% da Despesa total em saúde	Total M€ ajustado ao PPP	Per capita € ajustado ao PPP
Áustria	6.5%	2.059	242
Bélgica	6.2%	2.415	216
Bulgária	6.8%	466	65
Croácia	6.9%	337	80
Chipre	6.3%	88	103

Dinamarca	4.5%	879	156
Estónia	5.8%	87	65
Finlândia	4.4%	650	119
França	6.2%	13.441	203
Alemanha	6.8%	21.038	255
Grécia	6.5%	1.361	126
Hungria	7.0%	1.004	102
Islândia	3.8%	35	107
Irlanda	5.0%	700	152
Itália	6.7%	9.473	155
Letónia	6.2%	128	64
Lituânia	6.2%	226	77
Luxemburgo	6.2%	174	311
Malta	6.5%	57	132
Holanda	5.7%	4.096	243
Noruega	3.4%	816	159
Polónia	6.5%	3.031	79
Portugal	3.9%	795	76
Roménia	6.8%	1.048	53
Eslováquia	6.2%	564	104
Eslovénia	6.7%	283	137
Espanha	5.8%	5.961	130
Suécia	6.8%	2.119	219
Suíça	6.2%	2.371	292
Reino Unido	5.0%	8.298	128
Europa	6.0%	87.895 ⁶	169 ⁷

Fonte: Comparator Report on Patient Access to Cancer Medicines in Europe Revisited- 2016

Tabela 5: Custo Direto de Saúde Estimado do Cancro na Europa em 2014

(Fonte: Comparator Report on Patient Access to Cancer Medicines in Europe Revisited- 2016)

Através da análise da tabela acima representada verifica-se que não existe uma tendência linear entre a percentagem de despesa direta de saúde em cancro em relação ao total da despesa em saúde com um maior ou menor estado de riqueza de um país. Do ponto de vista

⁶ Valor não ajustado ao *Power Purchase Parity* (PPP)

⁷ *ibidem*

Neste contexto, a biologia e a medicina molecular têm desenvolvido novas abordagens de tratamento mais dirigidas ao doente e não há doença, visto que o mesmo tipo de cancro difere de pessoa para pessoa, e com uma taxa de sucesso mais significativa para diversas patologias.

Os progressos no campo da genómica têm contribuído de forma muito positiva para os doentes/ clientes oncológicos através de técnicas de edição de genes, com vista ao aumento considerável da possibilidade de cura real.

A biologia molecular representa outra área de investigação com um futuro promissor nesta área, pois representa uma nova estratégia de combate ao cancro. De facto, existe o conhecimento por parte da comunidade científica que o fenótipo metabólico das células tumorais é altamente heterogéneo, pelo que se torna importante diferenciar estas, das células benignas.

Por sua vez, a imunoterapia é o segmento do setor oncológico que verifica um crescimento mais galopante e com uma perspetiva que isso se mantenha no futuro, na medida em que para muitos especialistas, esta constitui um passo importante para a eventual possível cura do cancro, *“a imunoterapia é o Ovo de Colombo”*⁹. A imunoterapia diz respeito a estratégias terapêuticas de cancro baseadas na ativação do sistema imunitário, através dos linfócitos T, um tipo de glóbulos brancos capaz de reconhecer células tumorais e de matá-las, alinhando esta vantagem ao facto de os seus resultados serem duradouros, na medida em que os linfócitos T têm uma vida mais duradoura do que as drogas químicas utilizadas na quimioterapia. Portanto, esta abordagem permitiu repensar as formas de tratamento de tumores malignos de forma totalmente disruptiva e impensável há alguns anos atrás.

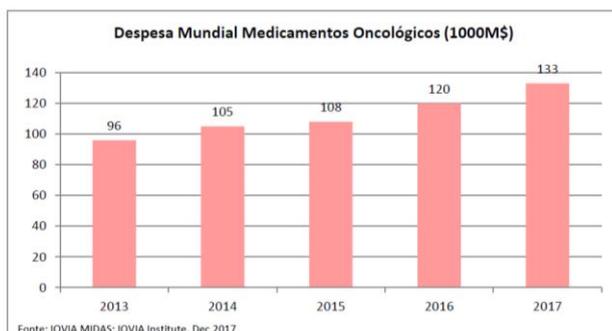


Gráfico 7: Despesa Mundial em Medicamentos Oncológicos

⁹ Professor Doutor Manuel Sobrinho Simões in Vozes ao Minuto 13/02/2018

A despesa mundial em cuidados terapêuticos e de suporte ao cancro tem evoluído consideravelmente nos últimos cinco anos, passando de 96 mil milhões de dólares em 2013 para 133 em 2017, um incremento de 38,5% num tão curto espaço de tempo.

Entre os vários fatores que contribuíram para esta evolução, salientam-se o diagnóstico cada vez mais precoce, fruto de várias campanhas de sensibilização e de rastreios por partes de entidades governamentais, bem como a inovação tecnológica registada no setor; um crescente aumento do preço de novos fármacos para o tratamento oncológico, assunto que será abordado de forma mais detalhada numa fase posterior; uma metodologia de combinação de vários medicamentos na terapia de 1ª linha; tratamentos de longa dimensão devido a maiores taxas de sobrevivência; e a utilização de outras terapias complementares.

De acordo com um estudo norte-americano¹⁰, estarão também ligados a este fenómeno o aumento do número de oncologistas e o aumento do número de prescrições per oncologista. Poderá ser feita uma analogia semelhante a Portugal, já que o número de médicos com esta especialidade aumentou entre 2010 e 2016 cerca de 50,7%¹¹

A referida despesa contínua a concentra-se nos mercados mais desenvolvidos, com os Estados Unidos da América (EUA) à cabeça, onde a estes se juntam o Japão e as cinco maiores potências económicas europeias (Alemanha, França, Reino Unido, Itália e Espanha), que representaram 74% da despesa mundial em medicamentos oncológicos, um acréscimo de dois pontos percentuais ao verificado quatro anos antes.

Importa salientar, que 80% da despesa com os fármacos em análise encontra-se concentrada no top 35 dos produtos mais vendidos, ao passo que 50% dos medicamentos oncológicos têm vendas anuais inferiores a 90 milhões de \$, o equivalente a 2% do bolo total, já que muitos destes se encontram disponíveis sob a forma de genéricos.

Por fim, perspetivas futuras¹² apontam que o mercado para medicamentos terapêuticos, sem contar com os de suporte, irá atingir uma despesa próxima dos 200 mil milhões de dólares em 2022, com um crescimento médio na ordem dos 10-13% nos próximos cinco anos, sendo que nos EUA esse valor será de 100 mil milhões \$, cerca de 50% de toda a despesa mundial nesta área.

¹⁰ Global Oncology Trends 2018 Innovation, Expansion and Disruption, May 2018

¹¹ http://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Estatisticas_por_Especialidade_2010.pdf;
http://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Estatisticas_por_Especialidade_2016.pdf

http://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Estatisticas_por_Especialidade_2016.pdf

¹² *Ibidem*

2.5.7. Oncologia em Portugal

Os tumores malignos constituem a segunda causa de morte em Portugal, logo a seguir às doenças de foro cardiovascular, contabilizando 24,7% do número total de óbitos neste país¹³. Segundo a OCDE, em 2014, 26.220 pessoas morreram de cancro, sendo que 59,7% desse montante era do sexo masculino.

O número de novos casos de cancro também tem registado incrementos em solo português¹⁴, correspondendo em 2012, de acordo com dados do *European Cancer Observatory*, a um número de 49.174 novos casos de cancro¹⁵. Em Portugal, o número de prevalência de doenças oncológicas também tem vindo a aumentar, situação que tenderá a aumentar nos próximos anos, registando, em 2012, um número de 134.272 casos¹⁶. Os fatores conducentes nesta trajetória de crescimento prendem-se, para além dos fatores de risco associados a cada tipo de cancro, com o envelhecimento da população, aumento da esperança média de vida e com as inovações tecnológicas desenvolvidas no campo oncológico que permitem a obtenção de um diagnóstico precoce e um conseqüente tratamento mais eficaz, conduzindo a um aumento da sobrevivência dos doentes diagnosticados com neoplasia malignas.

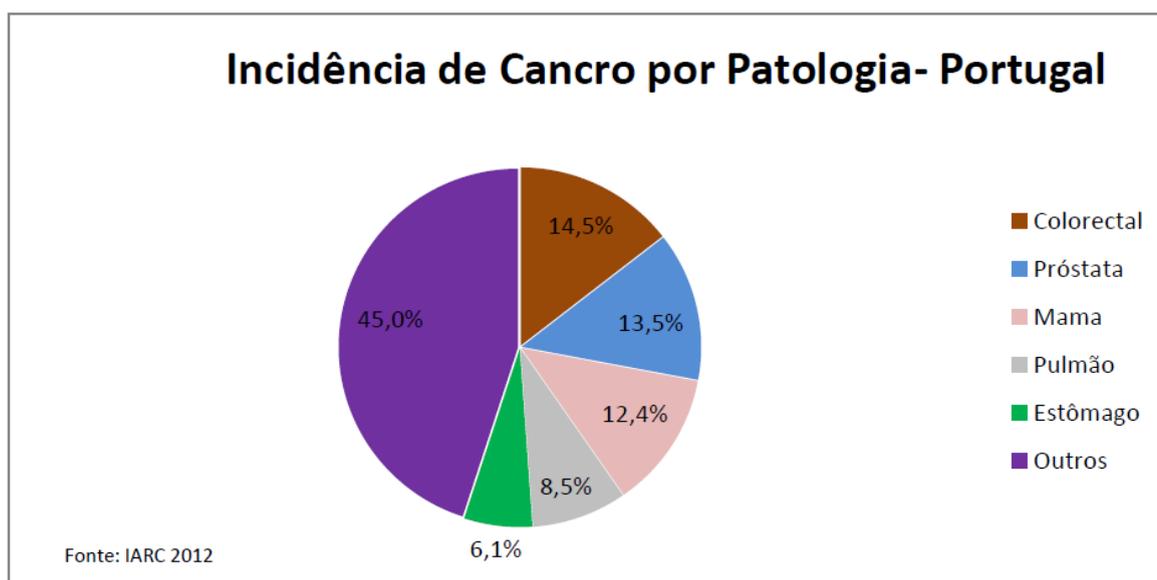


Gráfico 8: Incidência de Cancro por Patologia em Portugal

¹³ PORDATA, 2016

¹⁴ RORENO, RON 2010

¹⁵ http://gco.iarc.fr/today/onlineanalysispie?mode=cancer&mode_population=continents&population=620&sex=0&cancer=29&type=0&statistic=2&prevalence=0&color_palette=default

¹⁶ http://gco.iarc.fr/today/onlineanalysispie?mode=cancer&mode_population=continents&population=620&sex=0&cancer=29&type=2&statistic=2&prevalence=1&color_palette=default

Através do gráfico acima representado fica patente alguma heterogeneidade relativamente às três patologias com maior incidência (Colorretal, Próstata e Mama), no entanto se tivermos em consideração o facto de a divisão não agrupar as neoplasias GI todas juntas, a diferença entre este grupo e as restantes patologias é consideravelmente significativa.

3. Objetivos

A Saúde em Portugal depara-se com enormes desafios e neste momento, de acordo com toda a informação que vai surgindo na sociedade e meios de comunicação social encontra-se perante um enorme desafio, ou seja, como manter ou melhorar os cuidados de saúde com menos recursos de índole financeira? A crise que se vive na Europa influencia todos os setores da economia e a saúde não é exceção à regra. As organizações de saúde são sistemas complexos que consistem em uma variedade de serviços, com diversas especialidades, características diferentes, e onde os recursos humanos e técnicos variam e articulam-se entre si de maneira dinâmica. Essa diversidade leva a uma autonomia muito grande, mas, por outro lado, dificulta a ação conjunta e coordenação dos serviços em torno de um objetivo comum. O ónus da doença tende a aumentar, seja por razões da evolução das doenças, assim como o envelhecimento da população cujos riscos podem ser relativamente moldados.

O conceito de implementação da estratégia de VBHC leva a uma rutura no atual paradigma. Atualmente, as organizações “requerem agilidade, mobilidade, inovação e mudança necessárias para enfrentar as novas ameaças e oportunidades em ambiente de intensa mudança” (Chiavenato, 1999, p.30). As organizações de saúde devem implementar políticas inovadoras que garantam a qualidade dos serviços prestados, privilegiando a segurança dos clientes e níveis de eficiência que assegurem a sua continuidade ao longo do tempo. Neste contexto, para este estudo, foram definidos os seguintes objetivos iniciais:

Objetivo Geral:

Avaliar a cultura organizacional num contexto de implementação da estratégia de *value based healthcare*

Objetivos Específicos:

- Avaliar a cultura organizacional no período pré implementação direcionada a uma patologia específica
- Avaliar a cultura organizacional durante a implementação do conceito *value based healthcare* direcionada a uma patologia específica
- Verificar que a implementação de uma estratégia *value based healthcare* implica uma mudança da cultura organizacional
- Avaliar se os instrumentos de recolha de dados acerca da cultura organizacional medem com sensibilidade o grau de sucesso da implementação da estratégia *value based healthcare*;

4. Metodologia

A questão que se pretende investigar indica que se pretende compreender a realidade presente e como tal será utilizada a metodologia de estudo de caso. Pretende-se compreender quais os fatores que influenciam o fenómeno mencionado em capítulos anteriores.

Por outro lado, visto que se pretende realizar um trabalho de diagnóstico e análise da cultura organizacional com vista à efetividade e implementação da estratégia VBHC, cuja influência é capital para uma metodologia de mudança, serão aplicados questionários validados cuja pertinência leva a investigação a utilizar de acordo com a estratégia específica analisada.

Como técnica de recolha de dados, serão aplicados os questionários a uma amostra por clusters de 30 pessoas diretamente relacionados com uma patologia específica em oncologia. Esta amostra é constituída por 60% de médicos, 30% de enfermeiros e os restantes são profissionais da área da gestão. Média de idades é iguais 43 anos de idade com predominância do género feminino (70%) sobre o género masculino (30%)

O local de observação será um hospital, no departamento de oncologia e uma abordagem VBHC numa patologia em específico.

A análise incidirá sobre o conteúdo de um questionário aplicado a uma amostra significativa no período entre 1 de janeiro de 2017 e 31 de janeiro de 2018.

4.1. Caracterização do estudo

Considerando a lacuna de informação existente e o número reduzido de estudos sobre o tema da cultura organizacional VBHC e o seu estado atual em Portugal, foi desenhado o presente estudo de caso. Trata-se de um estudo dedicado à investigação na área da estratégia VBHC e cultura organizacional, em Portugal Continental, que procura explorar e responder às perguntas da investigação, assim como aumentar o conhecimento nesta matéria e obter uma visão mais realista e completa da problemática em estudo pelos *stakeholders*.

Define-se por *stakeholder* qualquer indivíduo ou grupo de pessoas, ou uma organização, que está envolvida ou é afetada pela decisão, desenvolvimento, implementação e gestão ao nível das políticas ou regulação da saúde. (Schemmer, 2000)

Assim, o presente estudo constitui-se como um ponto de partida para posteriores pesquisas.

4.2. População em estudo e estratégia de amostragem

De acordo com métodos acima descritos, a seleção da amostra foi efetuada com base no método de amostragem não probabilístico, intencional. Os participantes foram escolhidos propositadamente pelo investigador dado que, enquanto líderes das organizações que se pretendem estudar, espera-se que possuam um nível mais elevado de consciencialização, perceção, conhecimento e experiência nesta matéria. Por outro lado, a sua posição de decisores no seio da organização permite-lhes tomar medidas que podem influenciar o desenvolvimento e integração da estratégia VBHC.

4.3. Operacionalização da medição

4.3.1. Instrumentos de recolha de informação

O inquérito por questionário tem como objetivo caracterizar de forma diferenciada características diferenciadoras da cultura organizacional e respetivo tipo de liderança, e a representação de diferentes pontos de vista/opinião na amostra sobre o tema em estudo.

Com base no conhecimento amplo do objeto de estudo, adquirido previamente através de uma revisão competente da literatura existente, foram selecionados questionários constituídos por perguntas fechadas, com recurso a uma escala nominal do tipo Likert.

Para a avaliação da implementação das estratégias VBHC foram usadas os seguintes questionários que refletem e estudam as seguintes variáveis

Avaliação dos modelos de gestão em organizações de saúde- (Quin, 1998)	HRO – (Weick, 1999)	Commitment (Meyer, Allen 1997)	Intra e Extra Papel Individual Equipa Organizacional
Flexibilidade Controlo Externo Interno	Sensibilidade às operações Comprometimento com a resiliência Relutância em simplificar Preocupação com a falha Deferência com a competência Cultura de Reporting Cultura Justa Cultura Flexível Cultura de Aprendizagem Sensibilidade às operações Comprometimento com a resiliência Relutância em simplificar Preocupação com a falha Deferência com a competência Cultura de Reporting Cultura Justa Cultura Flexível Cultura de Aprendizagem	Afetivo Continuidade Normativo	Proficiência Adaptação Proatividade
Cultura de Equipa- (Lopes, A-1988)	Ambidextria Contextual	Aprendizagem Organizacional	
Direção Reunião Conflitos Objetivos Inovação Comunicação Descrição dos Postos de trabalho Delegação Qualidade Avaliação dos desempenhos e controlo dos resultados Espírito de Equipa Compromisso e Empenhamento	Contexto de gestão do desempenho Contexto de suporte Alinhamento Flexibilidade Ambidextria contextual Desempenho percebido	Segurança Psicológica Valorização das diferenças Abertura a novas ideias Tempo para refletir Experimentação Recolha de Informação Análise Educação e Aprendizagem Transferência de Informação Liderança que reforça a Aprendizagem	
LMX- Leader Member Exchange	Comportamentos de Liderança- Quinn,1988)	Liderança Carismática	Índice Potencial Motivador
Afeto Lealdade Contribuição Respeito Profissional Troca	Mentor Inovador Intermediário Produtor Diretor Coordenador Monitor Facilitador	Demonstra Empatia Dramatiza a Missão Projeta Autoconfiança Realça a Imagem a Competência dos se rtunidades para obter Sucesso Inspiração Respeito Autoconfiança	Variedade das Atividades Identidade da Tarefa Significado da Tarefa Autonomia Feedback

Tabela 6: Variáveis em estudo

5. Resultados

“If an egg is broken by an outside force, life ends. If an egg is broken by an inside force, life begins.”
(Anonymous)

As organizações de saúde sem entidades dinâmicas e permanentemente capazes de se readaptarem nas suas incompletas formas de interação permanente. Essa caracterização plasmática e redimensionável permitem uma modelagem e uma adaptação característica, de uma estrutura constantemente em permanente evolução face aos objetivos que os permanentes desafios se apresentam na sua interação cultural e organizacional. Assim, de forma a caracterizar a implementação da estratégia VBHC neste específico departamento, foi estudado com base nos pressupostos de Cameron e Quinn, em *“Diagnosing and Changing Organizational Culture”* a cultura organizacional existente e pretendida.

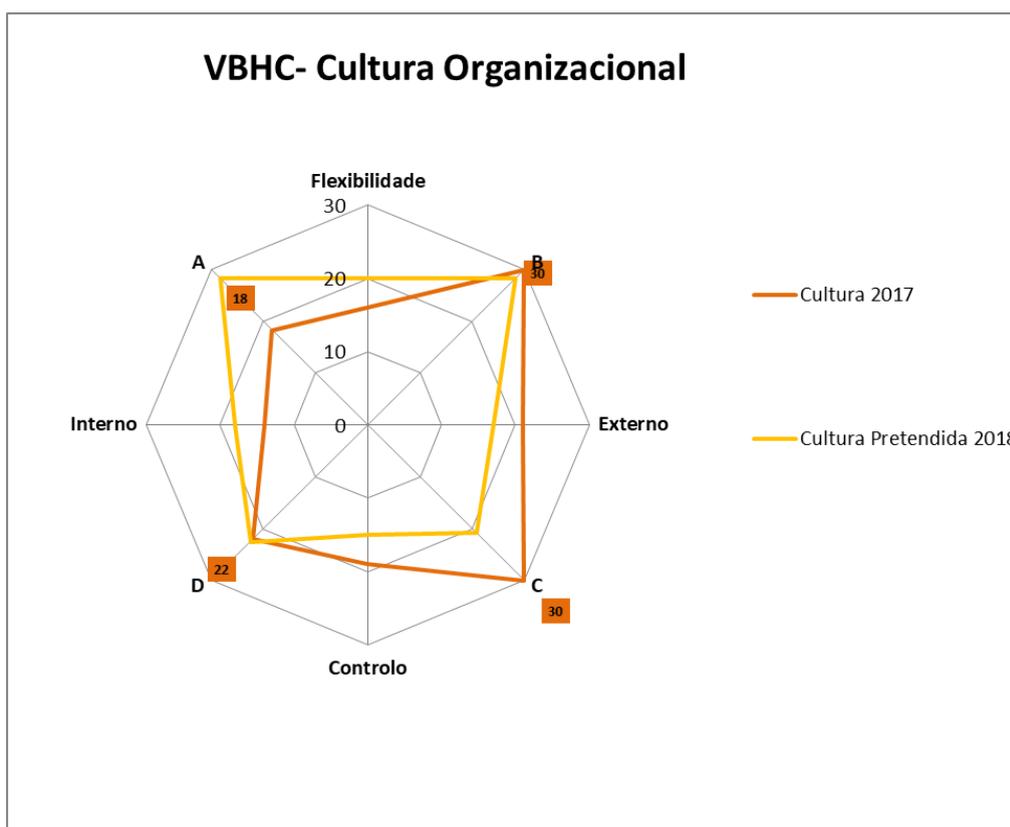


Gráfico 9: Cultura Existente e Pretendida

Da análise deste gráfico poder-se-á afirmar que está-se perante uma cultura existente em

2017 muito focalizada na maximização dos resultados de acordo com os modelos dos objetivos racionais e modelo dos sistemas abertos, com um grande enfoque na componente externa.

Da análise da perspectiva da cultura pretendida em 2018 o gráfico mostra que a amostra pretende um modelo de cultura organizacional mais focado nos modelos de relações humanos e processo internos.



Gráfico 10: Resultados da Cultura Organizacional

Da análise deste gráfico, que apresenta todas as análises das culturas existentes e pretendidas em ambos os anos, demonstra-se que a cultura pretendida para 2018 apurada em 2017, teve efetividade em 2018 na sua função preditiva, caracterizada fundamentalmente por um modelo de cultura organizacional mais focado nos modelos de relações humanas e processos internos.

5.1. Estratégia *forcing*

5.1.1. *High Reliability Organizations*

Em qualquer organização podem surgir acontecimentos inesperados, o que requer da organização uma preparação prévia para enfrentar ou resolver esses acontecimentos de uma forma rápida e eficaz. Os exemplos são praticamente diários bastando para isso analisar os meios de comunicação social. Os meios de comunicação social publicam vezes sem conta os erros cometidos na área da saúde. O objetivo é a não interferência com o normal funcionamento da organização, a manutenção do equilíbrio organizacional e o cumprimento da sua missão. As organizações que estão preparadas para lidar com o inesperado e que resolvem os problemas de forma rápida e eficaz são designadas de “*High Reliability Organizations*” (HRO).

Segundo *Martins* (2006) a fiabilidade “resulta de uma gestão continuada das oscilações da *performance*, a nível do posto de trabalho e de toda a dinâmica de interações na organização”. Assim, a fiabilidade é o resultado de uma cultura organizacional que ajuda os profissionais a lidarem com o inesperado e, neste sentido, essa cultura deve apresentar as seguintes características:

-**Cultura de relato de erros ou de “Reporting”**: o relato voluntário dos erros ou “quase erros” numa organização é importante para instalar uma cultura de segurança, verificando-se uma aprendizagem com o conhecimento adquirido nos incidentes reportados;

-**Cultura de justiça** – tem a ver como as pessoas se sentem motivadas a reportar um erro ou uma situação que está mal e, depende da forma como a organização pune e recompensa os profissionais pela postura desenvolvida;

-**Cultura flexível**: é uma cultura que se adapta à mudança;

-**Cultura de aprendizagem**: tem por base a partilha de informação (Weick 2001).

As HRO ao estarem preparadas para gerir o inesperado, encontram-se sempre num estado de alerta, ou seja, conseguem prever um determinado problema, mesmo antes de acontecer, o que é favorável a uma adaptação rápida numa situação de mudança. Têm uma preocupação contínua em manter o funcionamento normal da organização e estão prontas a responder a qualquer problema, com base na experiência adquirida em situações anteriores.

Existem cinco processos que favorecem esta atuação das organizações, também denominado “*mindfulness*”:

-**Preocupação com a falha**: as HRO encorajam o relato de erros e evidenciam a

aprendizagem associada ao relato dos mesmos;

-Relutância em simplificar as interpretações: os profissionais devem ter uma ideia de como funciona a organização e todos são importantes para a mesma, devendo ser ouvidos para se poder detetar o erro ou quase erro (“near miss”). Desta forma a organização vai aprender e evoluir.

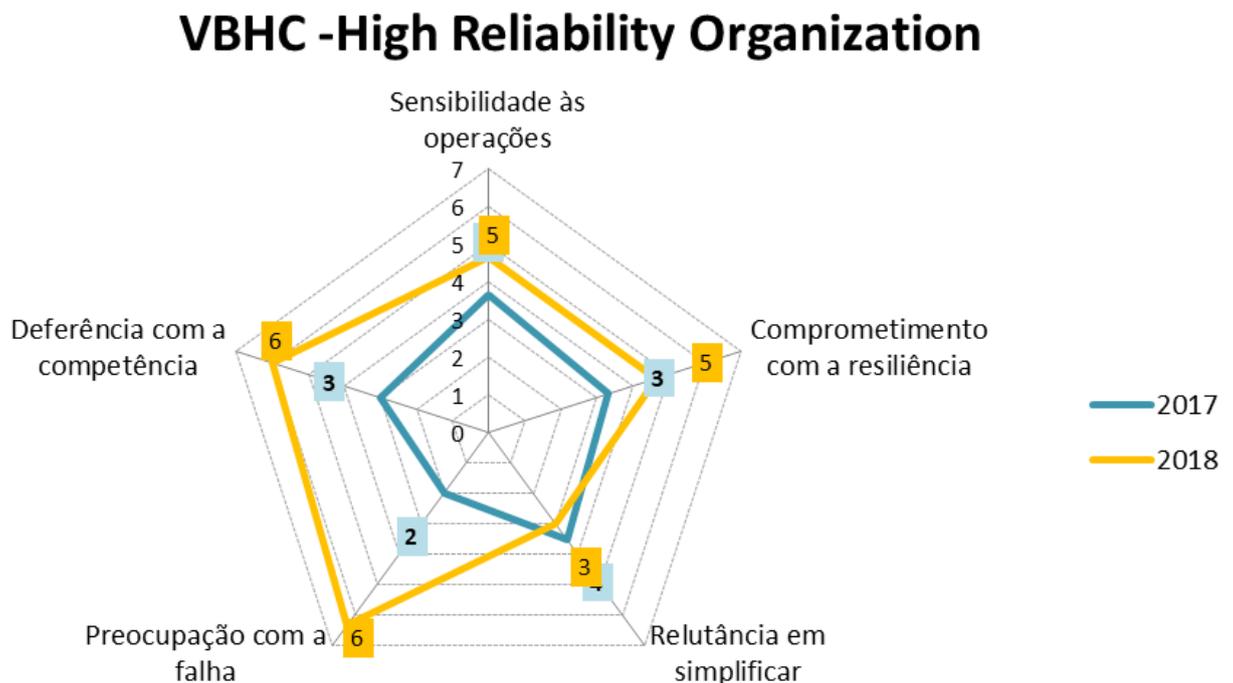
-Sensibilidade às operações: como os acontecimentos inesperados resultam de falhas nos sistemas de defesa e segurança da organização e surgem antes do erro, logo a perceção ao acontecimento inesperado permitirá evitar o erro;

-Resiliência: capacidade da organização prever e reagir a um erro ou quase erro:

-Deferência com a competência ou “expertise”: as HRO promovem a diversidade, ou seja, procuram ter profissionais com diferentes competências para que os conhecimentos sejam diversificados e, para que a atuação conjunta seja variada e flexível na organização.

A tomada de decisão é feita por aquele que possui mais qualificações e “expertise” (Weick,2001).

Vamos observar os resultados obtidos através da aplicação do questionário HRO:



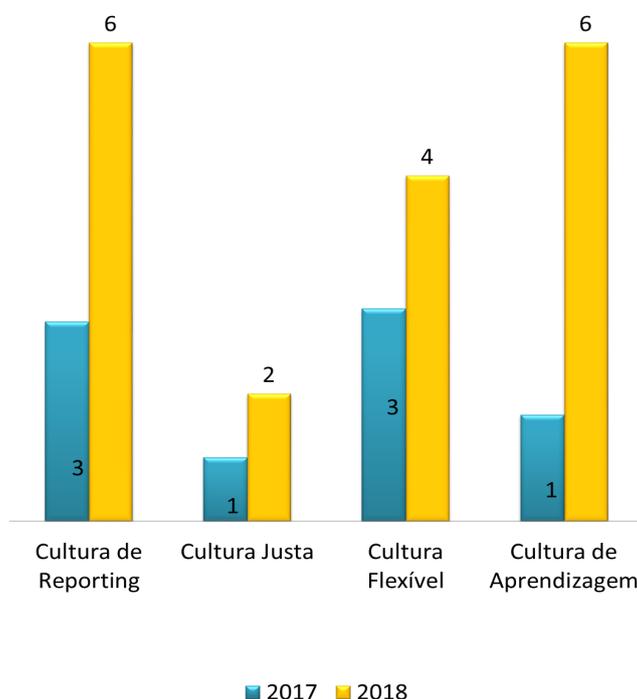


Gráfico 11: HRO

No grupo em análise, verificamos que existe uma preocupação efetiva com que profissionais possuam diferentes competências para os conhecimentos em causa face a esta componente oncológica, para que seja efetiva e exista diversidade na capacidade da organização prever e reagir a um erro, possuindo uma organização com fiabilidade mas assente numa cultura de aprendizagem reduzida, em que a preocupação com a falha é um dimensão acentuada. No entanto, constatamos que a equipa possui ainda uma baixa abertura à cultura *reporting*, havendo alguma preocupação na progressão limitada da cultura justa e flexível numa primeira fase da avaliação.

Em relação aos processos que permitem um estado de *mindfulness*, podemos observar que a deferência com a competência, sensibilidade às operações e o comprometimento com a resiliência, possuem valores consideráveis o que demonstram que a performance fiável é bastante presente.

5.1.2. Patient Focus Care - Trajetória do doente

Numa organização de saúde o objetivo da prestação de cuidados é o bem-estar do doente. Torna-se fundamental conhecer a trajetória da doença para conhecer todos os recursos

envolvidos e verificar se houve uma gestão eficiente dos mesmo, trajetória essa que refere *Strauss* (1997) como não sendo só o percurso fisiológico da doença de um determinada indivíduo, mas toda a organização do trabalho que se desenvolve ao longo deste percurso, e o impacto dessas trajetórias de doença envolvidas, e a sua organização. As diferentes doenças e trajetórias envolvem diferentes ações médicas e de enfermagem, diferentes tipos de competências e recursos, diferentes parcializações de tarefas entre os trabalhadores incluindo o doente e o(s) familiar(es) / próximo(s) envolvendo diferentes tipos de relações. Segundo *Martins* (2012) existem duas características associadas: uma consiste no inesperado e muito difícil controlo das contingências provenientes não só da própria doença, mas por vezes também da organização/mobilização das competências e recursos organizacionais, bem assim como o estilo de vida dos doentes.

No grupo em análise, descreveu-se o *patient journey* e os recursos intervenientes no acompanhamento de todas as fases de doente com uma patologia de alta incidência, frequentemente registada no Departamento de Oncologia. Um dos focos na trajetória permite alinhar corretamente os recursos, diminuindo ineficiências nos diversos processos de diagnóstico/estadiamento/tratamento desta patologia em específico e monitorização dos designados *patient experience measurements*.

5.1.3. Stream Analysis

O *Stream Analysis* foi criado por Jerry Porras e é uma técnica gráfica utilizada para diagnosticar problemas organizacionais, ou seja, planeia intervenções para resolver problemas mais complexos na organização que podem influir no seu normal funcionamento. Este instrumento baseia-se na teoria dos sistemas, a qual defende que a organização é um sistema aberto, que engloba vários subsistemas e, cada subsistema é caracterizado por uma corrente – “*stream*”, com múltiplas variáveis, frequentemente ligadas entre si, existindo uma influência mútua (Porras, 1987). Como a organização é constituída por diversos processos, existem vários “*streams*”, com muitas variáveis, as quais podem condicionar a mudança na organização.

Na base da disfunção de uma organização estão os “*core problems*” que podem ser encontrados em quatro componentes organizacionais: aspetos formais, fatores sociais, tecnologia, e espaço físico (*Martins*, 2009). Esta teoria refere que o ambiente interno pode

influenciar a configuração e a missão da organização e, por outro lado, pode afetar as relações entre os profissionais, bem como o seu desempenho na organização. Daí a importância em identificar os “core problems” e estabelecer diretrizes para o seu evitamento ou resolução.

Este modelo tem três fases: diagnóstico, intervenção/plano de mudança e monitorização/acompanhamento. A fase de diagnóstico tem cinco etapas:

-Formação da equipa de gestão da mudança: devem integrar a equipa, profissionais de vários centros de decisão, sendo responsáveis por liderar o processo;

-Recolha de informação: feita de forma sistematizada para facilitar a compreensão da estrutura e funcionamento da organização;

-Categorização dos problemas: depois de recolher a informação, devem ser identificados os problemas e categorizados em cada “stream”;

-Identificação de inter-relações entre os problemas: é importante descrever as relações causa efeito para se poderem identificar os “core problems”;

-Análise de problemas: devem ser descritas as causas e as manifestações dos problemas (Martins 2006).

No fim destas etapas deve ser realizado um *Stream Diagnostic Chart*, no qual são representados os incidentes – estes são representados por quadrados que se colocam, de acordo com a situação em causa nas quatro componentes organizacionais. As relações entre os incidentes identificam-se com setas, onde as que entram no quadrado representam as causas e as que saem revelam as consequências. Os “core problems” correspondem aos locais onde chegam mais setas, ou seja, são estes que estão na origem dos disfuncionamentos da organização (Martins 2009).

De seguida é apresentado um *Stream Diagnostic Chart*, onde são analisados os disfuncionamentos que ocorrem relativamente a vários problemas.

Ao analisar o *Diagnostic Chart*, podemos observar que a maior parte dos aspetos formais são causa de outros, relacionando-se alguns entre si. Os fatores sociais são mais resultados do que causas, ou seja, resultam de disfuncionamentos nos aspetos formais. Os principais “core problems” são os conflitos entre os diversos intervenientes, ausência de avaliações permanentes da cultura de grupo, dificuldade na articulação de tarefas e negação dos resultados evidenciados.

Mapa Diagnóstico (*Stream Diagnostic Chart*)

Aspetos Formais

- Ausência de estratégia de implementação (A1);
- Ausência de *Briefing* (A2);
- Poucas preocupações com a formalização dos processos (A3).

Fatores Sociais

- Falta de cultura de liderança (F1);
- Ausências de reuniões departamentais (F2);
- Conflitos entre os diversos intervenientes (F3);
- Dificuldade na articulação de tarefas (F4)
- Negação dos resultados evidenciados (F5).

Tecnologia

- Processo de indicadores objetivos inexistentes (T1);
- Ausência de avaliações permanentes da cultura de grupo (T2);
- Inexistência de uma aplicação informática de BI VBHC (T3);
- Ausência de um sistema de avaliação dos PROM's (T4);

Espaço Físico

- Ineficaz localização das CMDT's (E1);
- Ineficaz organização dos processos (E2).
- Ineficaz organização do espaço físico (E3)

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

- O1 – Criação de metodologia e objetivos no plano de implementação
- O2 – O departamento nas suas reuniões deve estabelecer um conjunto de normas e procedimentos face à patologia em específico
- O3 – O departamento juntamente com as direções operacionais de financiamento e estudos económicos deverá elaborar um plano operacional e adaptado á realidade económica social, de forma a definir prioridades de competitividade de mercado e valorização dos procedimentos que produzem melhores *outcomes* para os doentes
- S1 – A Liderança deverá estruturar o plano de intervenção e progressivamente conquistar a sua equipa pelo exemplo e pelo nível de *commitment* ao projeto - consistência e flexibilidade

- S2 – A liderança deve criar uma reunião formal com todos os elementos constituintes desse mesmo grupo, no qual devem ser debatidas todas as disfunções organizacionais que comportem alterações ao correto funcionamento da estrutura.
- S3 – O grupo deve iniciar um projeto de comunicação institucional, no qual deve ser implementado em dois grandes campos de comunicação do universo organizacional, ou seja, a todos aqueles que fazem parte do plano interno e do plano externo devem ter oportunidade de comunicar quais as alterações sugerem;
- T1 – O grupo deve em conjunto com a gestão organizar uma análise decomposta dos indicadores e resultados de forma a sua análise seja transparente para todos os stakeholders;
- T2 – a gestão deve semestralmente avaliar a cultura organizacional do grupo de acordo com os instrumentos em análise;
- T3 – a organização deve promover um modelo analítico de BI para análise para posterior publicação face aos resultados;
- P1 – O gestor operacional deve reorganizar o espaço reservado á consultas multidisciplinares de decisão terapêutica
- P3 – O gestor operacional deve reorganizar o juntamente com a direção do processos reorganizar os processos de otimização processo do doente- *patient pathway*

Mapa Intervenção / Acompanhamento (*Stream Planning Chart*)

Planeamento da intervenção e monitorização das mudanças:

- Reformulação dos objetivos do grupo multidisciplinar;
- Reformulação de estratégias de implementação do conceito VBHC;
- Elaboração de procedimentos operacionais *standards*;
- Definição de fluxos de informação e tarefas adequados;
- Definição de fluxos de comunicação interna adequados;

5.2.Estratégia participativa

Esta estratégia reforça a importância dos recursos humanos, promove o relacionamento interpessoal e o diálogo aberto. Incute confiança e fomenta o apoio a todos os profissionais da organização. Assim, devem ser analisadas a liderança, a motivação, o *commitment*, o intra e extra papel, as trocas líder membros e a cultura de equipa.

5.2.1.Liderança

Segundo *Yukl*, (1998) 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 objetivos e estratégias, a organização das atividades de trabalho, a motivação das pessoas para alcançar os objetivos, a manutenção das relações de cooperação, o desenvolvimento das competências e confiança dos membros, e a obtenção de apoio e cooperação de pessoas exteriores ao grupo ou organização

O comportamento dos líderes numa organização criam 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.

O modelo dos valores contrastantes de Quinn tem por base o líder pode adotar diferentes papéis para cada um dos diferentes modelos.

O modelo dos objetivos racionais que foca a sua atenção no planeamento e estabelecimento de objetivos para maximizar resultados e continuar a promover a eficiência o líder pode surgir como diretor ou produtor sendo que o diretor é responsável pela definição de objetivos e privilegia a tomada de decisões enquanto o produtor incentiva os colaboradores.

O modelo dos processos internos que engloba a integração das diferentes funções objetivando a consolidação e a continuidade da organização dando ênfase à gestão da documentação e da informação, o líder vai assegurar a estabilidade e o controlo, assumindo o papel de monitor ou coordenador sendo que o monitor privilegia o domínio da informação e verifica se os processos são realizados de acordo com as normas e os procedimentos estabelecidos e o coordenador participa na gestão de processos e no apoio à realização de planos e projetos. (Quinn,1991).

O modelo das relações humanas que valoriza os recursos humanos apostando na sua formação e na coesão moral pode adotar o papel de mentor e facilitador sendo que o líder mentor deve promover um ambiente de empatia, reconhecimento e confiança com os colaboradores para que estes desenvolvam as funções que o gestor indicar. O líder facilitador favorece a criação de um grupo coeso promovendo um ambiente cordial recorrendo sempre que necessário a técnicas de gestão de conflitos.

O modelo dos sistemas abertos que defende a adaptabilidade e rapidez de resposta, privilegiando a criatividade e a inovação, o líder pode ser considerado um inovador ou um intermediário sendo que o inovador deve estar aberto a novas ideias e mudanças e o intermediário deve ser persuasivo para exercer influências no exterior a fim de obter os recursos necessários para atingir os resultados.

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 reflete 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. Atualmente a diversidade de situações com que um dirigente se depara, em particular nas organizações de saúde, devido à multiplicidade de atividades (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 papeis que o líder pode tomar, de acordo com as orientações assumidas.

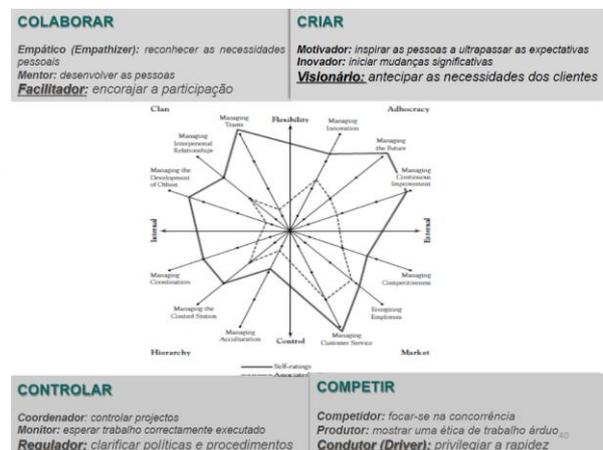
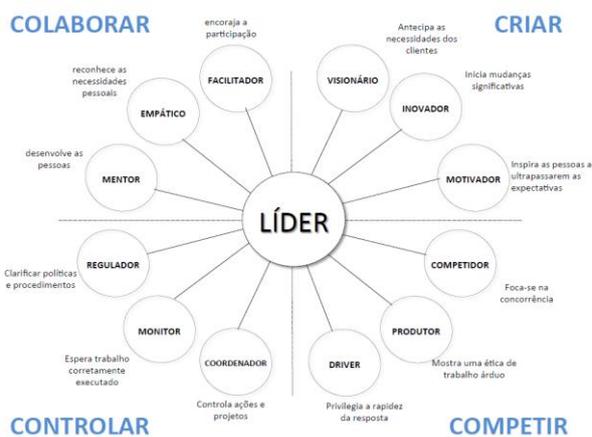
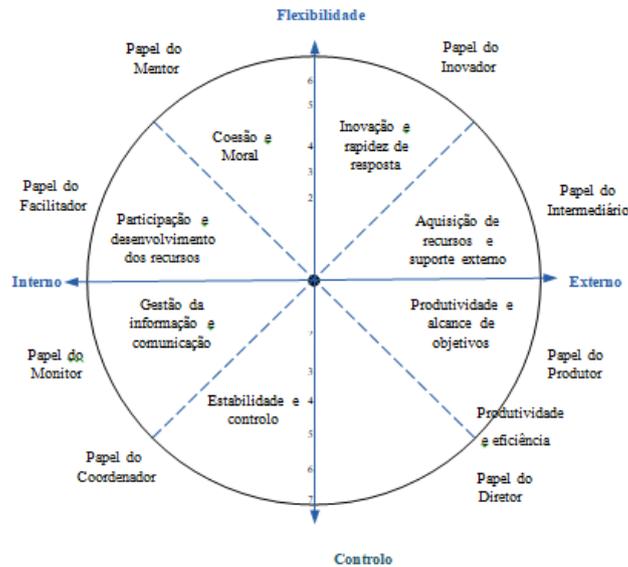


Gráfico 12: Modelos de gestão e liderança

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 diretas. 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

O líder pode assumir e apresentar características inerentes aos vários papéis mencionados.

Também para situações ou serviços diferentes, o líder poderá evidenciar características diferentes, ou seja, também é influenciado por tudo o que o rodeia. Assim, a avaliação dos comportamentos empresariais na perspectiva pessoal e dos outros torna-se necessária para uma melhor caracterização da liderança. O gráfico seguinte ilustra ambas as perspectivas obtidas da organização em análise.

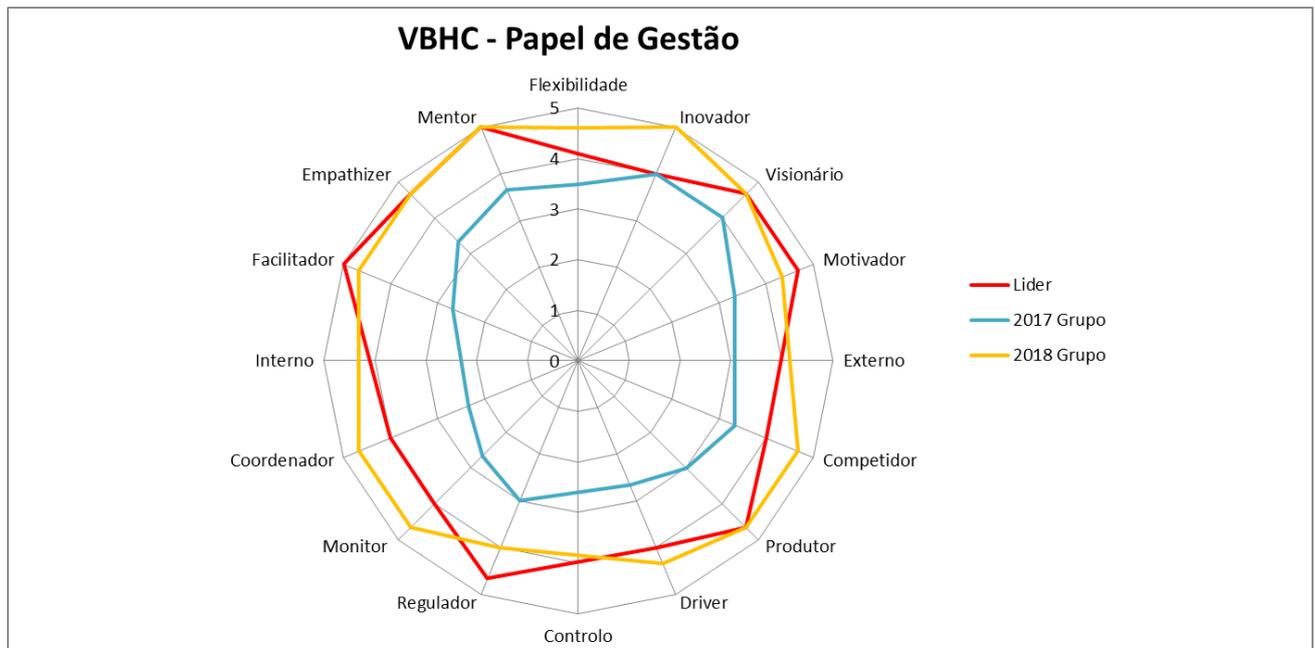


Gráfico 13: Comportamento Empresarial – Perspetiva Pessoal e dos Outros

Analisando os resultados, poder-se-á verificar que o líder considera ter um papel distribuído pelas características anteriormente mencionadas com um ligeiro ascendente para o papel de mentor e facilitador e menor ascendente para o de inovador. Da avaliação efetuada pelo grupo de colaboradores poder-se-á concluir que o líder é visto como um inovador e visionário (modelo dos sistemas abertos)

5.2.2. Liderança Carismática

Os líderes carismáticos geram entusiasmo e simpatia. Torna-se possível avaliar este processo através do modelo sincrético de liderança carismática transformacional. Assim, foi aplicado o questionário da liderança carismática da seguinte forma: questionaram-se os colaboradores sobre a forma habitual de atuação do líder. Foram obtidos os seguintes resultados:

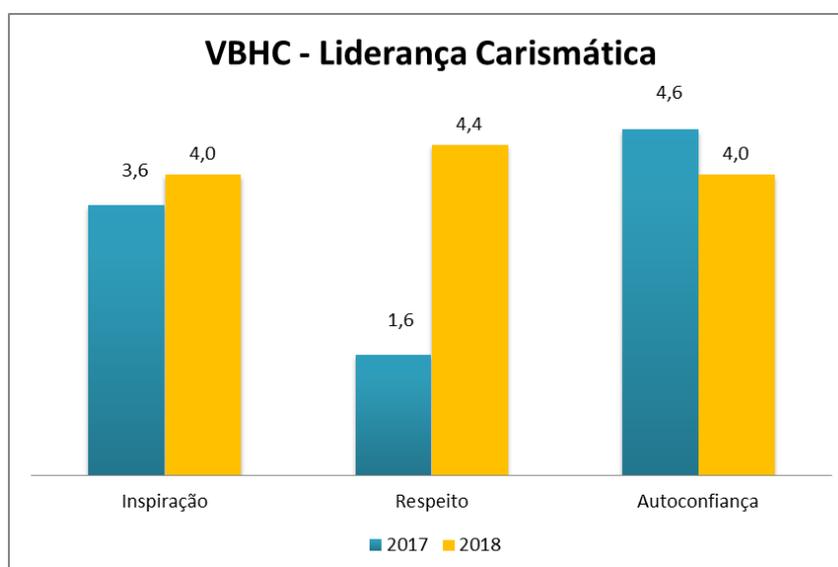
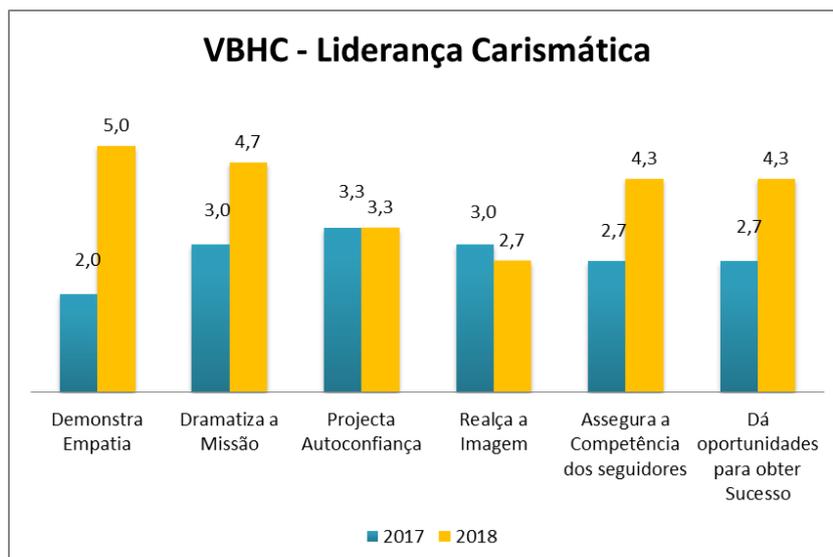


Gráfico 14: Liderança carismática

O grupo de colaboradores considera que o líder da amostra assegura pouco a competência dos seguidores e promove poucas oportunidades de aprendizagem e sucesso entendendo que o poder é cumulativo e que quanto mais dá, e realça a sua imagem menos é reconhecido. O líder dramatiza pouco a missão. O aspeto menos valorizado prende-se com o realce da demonstração de empatia.

Os valores apresentados para o grupo de colaboradores inquiridos demonstram alta inspiração e autoconfiança o que é ótimo para que se possa caminhar no sentido do modelo das relações humanas, mas pouco respeito, algo que necessitará de intervenção na forma de gestão com foco no desenvolvimento da componente de coordenador.

5.2.3. Motivação

A Motivação é um dos muitos fatores que afetam a produtividade organizacional, sendo por isso de extrema importância para o diagnóstico organizacional.

A motivação é uma força condutora da estabilidade e produtividade das empresas, isto porque influencia o comportamento do indivíduo, o que é determinante para a performance organizacional.

Segundo a teoria do *Work Design* de *Hackman e Oldham* (1980), os estados psicológicos associados ao desenvolvimento de novos conhecimentos, de responsabilidades e conhecimento de resultados podem influenciar a motivação no local de trabalho. Existem cinco características que podem influenciar a motivação: a variedade de funções, a identidade, o significado das tarefas, a autonomia e o feedback.

A variedade de funções evita a monotonia, a identidade diz respeito à forma como cada um se identifica com as suas funções e como aplica os seus conhecimentos em contexto de trabalho. O significado tem a ver com a compreensão do porquê das funções. A autonomia promove a liberdade de expressão e de desempenho de funções, enquanto o feedback depende das respostas que os colaboradores recebem relativamente ao seu desempenho profissional (Hackman & Oldham 1980).

Estes autores propuseram uma escala – Índice Potencial Motivador (IPM), que nos indica o potencial motivador de cada colaborador da organização de saúde.

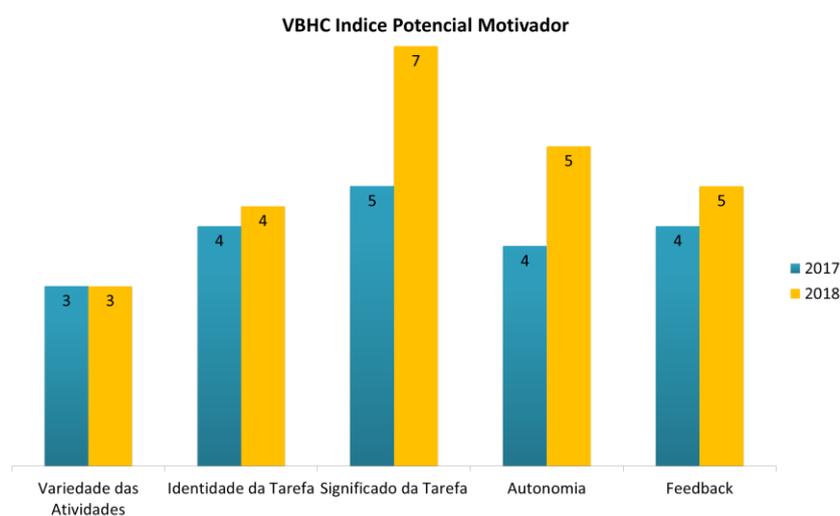


Gráfico 15: IPM de 2017 e 2018

5.2.4. *Commitment*

Os colaboradores que percecionem experiências de trabalho que convirjam para as suas expectativas satisfazendo assim as suas necessidades, tendem a desenvolver uma relação mais forte, afetiva com a organização do que aqueles que não vivenciam relações tão positivas.

O *commitment* pode ser definido como um estado psicológico que caracteriza o modo como o profissional se relaciona com a organização, o que vai influenciar o seu desempenho a nível profissional. Existem três dimensões importantes a considerar:

Commitment afetivo: dimensão considerada afetiva à organização;

Commitment de continuidade: considera-se a perceção do custo associado ao abandono da organização;

Commitment normativo: há uma obrigação de permanecer na organização.

O comportamento decorrente da insatisfação de um profissional no local de trabalho pode ser:

Lealdade - desenvolve comportamentos passivos e espera que as situações evoluam de uma forma positiva. Há um grande envolvimento por parte do profissional;

Voz - possui comportamentos afetivos, verbalizando e discutindo os problemas da organização com vista à sua resolução;

Negligência - existe uma diminuição do empenhamento pessoal, ausentando-se ou mostrando-se ausente no local de trabalho. Utiliza o trabalho para tratar de assuntos pessoais sem correr riscos de punição

Saída - o profissional pode chegar a abandonar a organização (Martins 2009).

Para analisar o *commitment*, foi utilizado o questionário baseado no modelo desenvolvido por *Meyer e Allen*, em 1997.

Perante os resultados obtidos podemos observar que a média do *commitment* afetivo, normativo, continuidade são semelhantes.

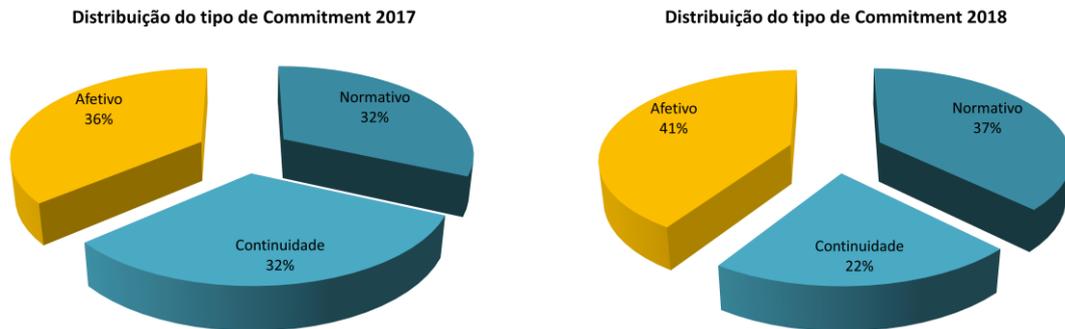
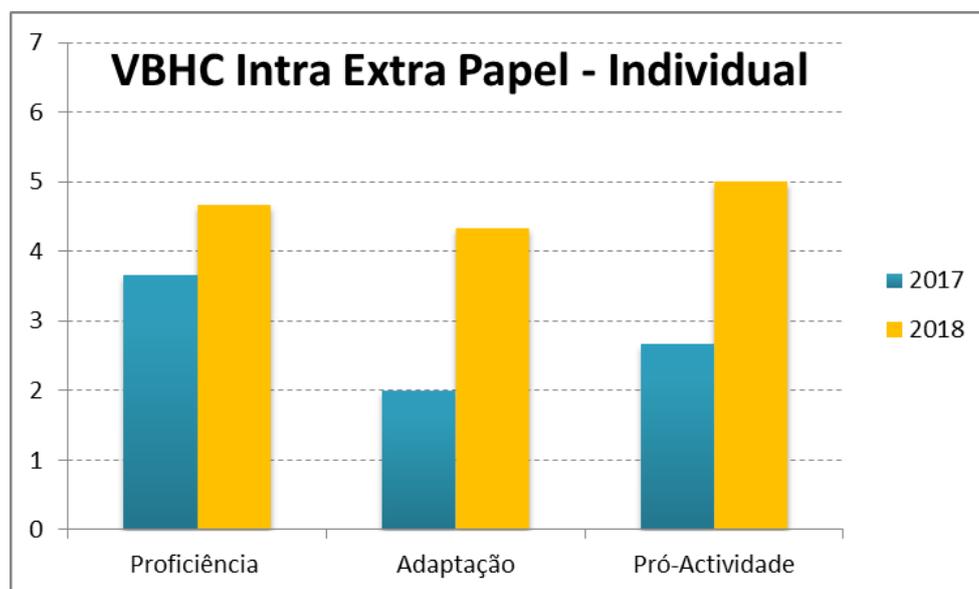


Gráfico 16: *Commitment*

5.2.5. Intra e Extra Papel

O contributo de cada colaborador pode ser avaliado através de várias dimensões: a proficiência que descreve a extensão cumpre aquilo que está estipulado que cumpra, a adaptação ou adaptabilidade que indica a capacidade com que o indivíduo lida e se modifica para enfrentar as mudanças no local de trabalho ou nos papéis que desempenha e finalmente, a proatividade que descreve a forma como os indivíduos antecipam e agem perante uma mudança no local de trabalho ou no papel que desempenham. Os indivíduos que tenham uma boa classificação nesta avaliação serão indivíduos que fazem muito mais do aquilo para o qual foram contratados. Esta dimensão também se encontra positivamente relacionada com a *performance* organizacional. Apresentam-se de seguida os resultados decorrentes da aplicação do questionário:



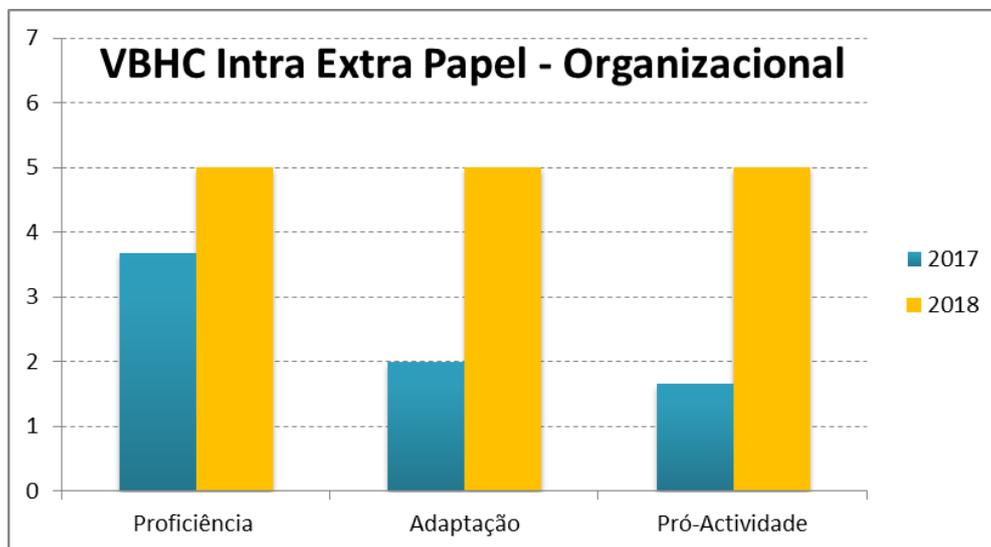
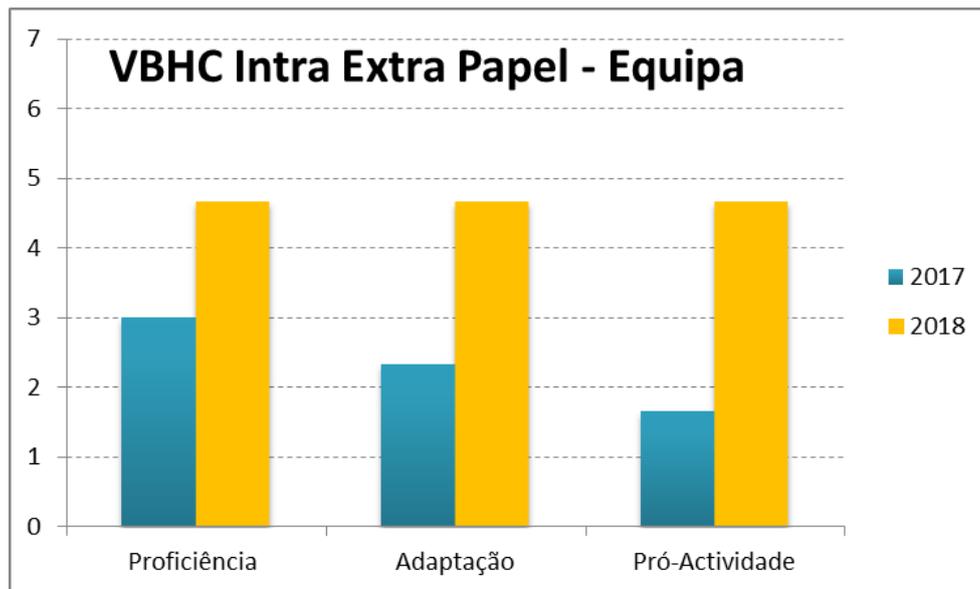


Gráfico 17: Intra e Extra Papel

A proficiência apresenta-se mais elevada do que a adaptação e a proatividade. Contudo, os valores apresentados (valores médios) para estas duas dimensões são também elevados o que poderá significar que o grupo inquirido tenha elementos muito díspares na sua performance.

5.2.6. Locus de Controlo

Este conceito traduz a extensão em que as pessoas acreditam que têm controlo sobre o seu próprio destino. Indivíduos com locus de controlo interno, acreditam que são senhores da sua vida e do seu próprio destino e que assumem usualmente posturas confiantes e determinadas visando controlar o mundo que os rodeia. Identificam geralmente uma ligação forte entre as

suas ações e as consequências. Os indivíduos com locus de controle externo são os que acreditam que não têm um controle direto sobre o seu destino e entendem-se eles próprios com um papel passivo em relação ao mundo que os rodeia. Atribuem os seus resultados pessoais a fatores externos ou á sorte. O locus de controle interno relaciona-se positivamente com bem-estar geral, satisfação, saúde física, satisfação global no trabalho, *commitment* afetivo, motivação, envolvimento no trabalho, auto desenvolvimento, carreira bem-sucedida, etc. Relaciona-se negativamente com *stress*, *burnout*, experiências negativas no trabalho, conflitos familiares, etc. Foi aplicado o questionário de *Rotter* (1966) aos colaboradores da organização de saúde em estudo tendo-se verificado uma média de 5,33 o que significa que os colaboradores detêm um locus de controle interno num grau adequado. Penso que aqui, deve incidir uma ação de manutenção para que se consigam retirar todos os aspetos positivos que advêm de um locus de controle interno com baixa pontuação. Os que acreditam que são senhores da sua vida e do seu próprio destino e que assumem usualmente posturas confiantes e determinadas visando controlar o mundo que os rodeia. Identificam geralmente uma ligação forte entre as suas ações e as consequências.

5.2.7. Trocas líder membros

As trocas líder membros referem-se às relações que o líder estabelece com os subordinados e, podem ser diferentes consoante os profissionais em causa. Alguns profissionais podem pertencer ao *in group* e verifica-se uma relação onde existe confiança, respeito e influência recíproca. Por outro lado, existe o *out group*, que engloba os profissionais aos quais o líder não atribui responsabilidades nem considera as suas sugestões (Martins 2009).

Para analisar as trocas líder membros do grupo em análise, foi utilizado um questionário baseado em dois grupos de autores: no LMX-MDM de Liden and Maslyn (1998) e no LMSX de Bernerth *et al* (2007), cujos resultados são apresentados nos seguintes gráficos:

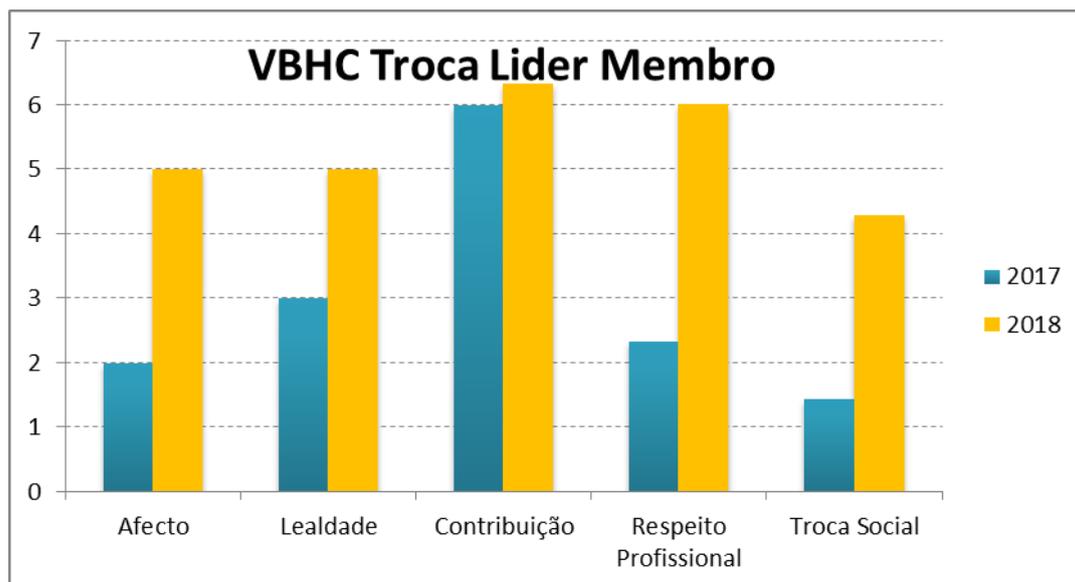


Gráfico 18: Troca Líder Membro

Perante os resultados podemos dizer que existe uma fraca troca social entre o líder e os colaboradores. O afeto apresenta uma categoria pouco pontuada. É fundamental que o líder saiba atuar e gerir todos os colaboradores para que a lealdade e respeito social não apresentem os valores tão redutores. O *in group* e o *out group* devem ser geridos sabiamente. As relações devem ser valorizadas mas não ao ponto de se perder o respeito profissional.

5.2.8. Diagnóstico da Cultura da Equipa

Para analisar a cultura da equipa foi utilizado o referencial teórico de *Blake e Mouton* (1988), através da aplicação de um questionário adotado por Albino Lopes. Estes autores defendem que o relacionamento eficaz entre a equipa permite que a mesma utilize todos os recursos para maximizar resultados. O relacionamento depende de sete características nomeadamente: crítica, iniciativa, investigação, posicionamento, tomada de decisão, resolução de conflitos e capacidade de readaptação.

O referido modelo é um referencial de duas dimensões de nove por nove, descrevendo-se no eixo dos X a preocupação com a produção e no eixo dos Y a preocupação com as pessoas. São avaliados 12 itens numa escala de nove pontos.

Uma cultura de equipa ideal deve possuir um *score* 9,9, o que corresponde a uma situação onde o líder tem uma máxima preocupação com os resultados e com as pessoas.

Os resultados obtidos evidenciam-se de seguida:

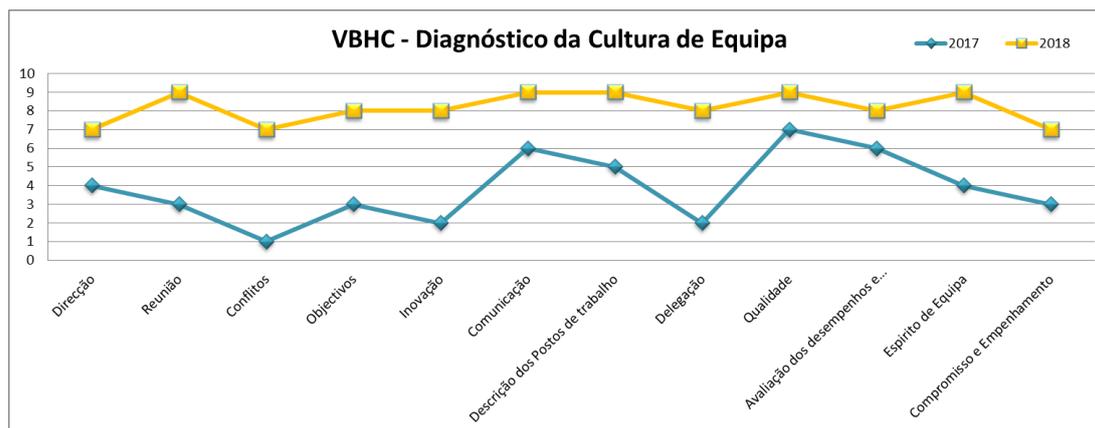


Gráfico 19: Cultura de Equipa

No grupo em estudo, observa-se uma pontuação média de 46 o que significa que se encontra no intervalo de 3,7-5,9, ou seja, existem poucos elementos do estilo 9,9. É importante atuar junto desta equipa promovendo a comunicação e o diálogo aberto relativamente a determinados procedimentos, mas também para saber o que a equipa pensa da situação atual do serviço.

5.3. Estratégia transformadora

5.3.1. *Appreciative Inquiry*

Esta estratégia tem por base uma realidade técnica, onde a inovação e as novas informações são a chave para as soluções organizacionais, de modo a dar resposta às necessidades de evolução da sociedade. Assenta em três valores: igualdade e mudança, visão e coragem e finalmente, na busca da verdade. Um dos instrumentos utilizados para se implementar esta estratégia, é o *appreciative inquiry*.

Nos anos 80, *David Cooperrider* desenvolveu o *appreciative inquiry*, que veio romper com o paradigma da intervenção organizacional focada nos problemas.

Uma abordagem desafiadora, que olha para as organizações como expressões de espírito e beleza, numa busca do melhor nas pessoas e nas suas organizações. Desafia o modelo tradicional de resolução de problemas, para a gestão de mudanças.

Envolve a prática de fazer perguntas que reforcem a capacidade de elevar o potencial positivo. Tem como finalidade descobrir o que dá vida a uma organização quando esta se encontra no seu melhor momento, ou seja determinar os pontos altos, aquilo que as pessoas

valorizam e o que desejam e esperam para aumentar a vitalidade da organização.

Este método baseia-se em cinco princípios:

O princípio Construcionista – a realidade é construído socialmente através da linguagem e dos diálogos que estabelecemos;

O princípio da Simultaneidade – questionar é intervir e promove a mudança;

O princípio Poético – organizações com espírito aberto constituem recursos inesgotáveis de aprendizagem;

O princípio Antecipatório – inspiração pelas imagens do futuro;

O princípio Positivo – as mudanças necessitam de envolvimento e união, bem como emoções positivas da parte das pessoas envolvidas.

Uma das características da metodologia do *appreciative inquiry* é o ciclo de atividades – o **Ciclo dos 4 Ds**: **Discovery** – descobrir a capacidade positiva; **Dream** – visionar novas possibilidades de melhoria, analisando momentos em que a organização estava no seu melhor, tornando-se o futuro visível através dos ideais, interligados com experiências atuais; **Design** – criação de uma organização ideal; **Destiny** – assume-se as ações necessárias para realizar o sonho. Este instrumento não foi aplicado ao serviço em análise.

A tabela resume, o método do *appreciative inquiry* adequado à minha organização tal como foi descrito acima.

<i>Discovery</i>	<i>Dream</i>	<i>Design</i>	<i>Destiny</i>
Os melhores Outcomes na perspetiva do doente	Maior Competitividade pelos resultados em saúde	Implementar estratégias de Value Based Healthcare	Análise rigorosa dos dados para publicação
Ótimo trabalho de equipa e Interação	Maior adaptação	Incutir motivação e empowerment	Reuniões de equipa
Medição dos resultados	Maior transparência de resultados na perspetiva do doente	Partilhar o planeamento e estabelecimento de objetivos	Publicação de Outcomes
Estabilidade e controlo ao nível da metodologia dos processos internos	Maior consolidação e estabilidade	Maior adaptabilidade às circunstâncias	Discussão e conhecimento sobre os planos e os objetivos do departamento

Tabela 7: *Appreciative Inquiry*

5.3.2. Ambidextra Contextual

A ambidextria organizacional é necessária para o paradoxo do sucesso ser superado, apresentando-se assim como uma chave para o sucesso. A ambidextria subdivide-se em estrutural e contextual.

A ambidextria contextual, ou seja, a capacidade comportamental do serviço de saúde demonstrar em simultâneo alinhamento e adaptabilidade no seu seio é o instrumento de análise preferencial e mais adequado. Entende-se por alinhamento, a coerência entre todos os padrões de atividade no serviço e por adaptabilidade, a capacidade de reconfigurar as atividades na organização de maneira a responder rapidamente a mudanças.

A ambidextria pode ser promovida no contexto organizacional pela gestão de desempenho, ou seja, a estimulação das pessoas a produzirem resultados de elevada qualidade e torná-las responsáveis pelos seus atos; e pelo suporte social, isto é, dar às pessoas a segurança e a elasticidade de que necessitam para obterem um bom desempenho.

A ambidextria surge assim como o elo de ligação entre o contexto e a obtenção de resultados, tal como é demonstrado no seguinte esquema:



Tabela 8: Distribuição das componentes da ambidextria

O gráfico representa a distribuição das componentes da ambidextria do grupo de patologia no departamento de oncologia. A partir dele, podemos referir que as componentes têm valores bastante semelhantes entre si, sendo o contexto de gestão do desempenho, o critério com o valor mais baixo. Existem algumas diferenças nos valores entre as várias componentes da ambidextria cujos valores são na maioria abaixo de 4, pelo podemos concluir que existe por parte do grupo do departamento, baixa capacidade comportamental de demonstrar em simultâneo alinhamento e adaptabilidade.

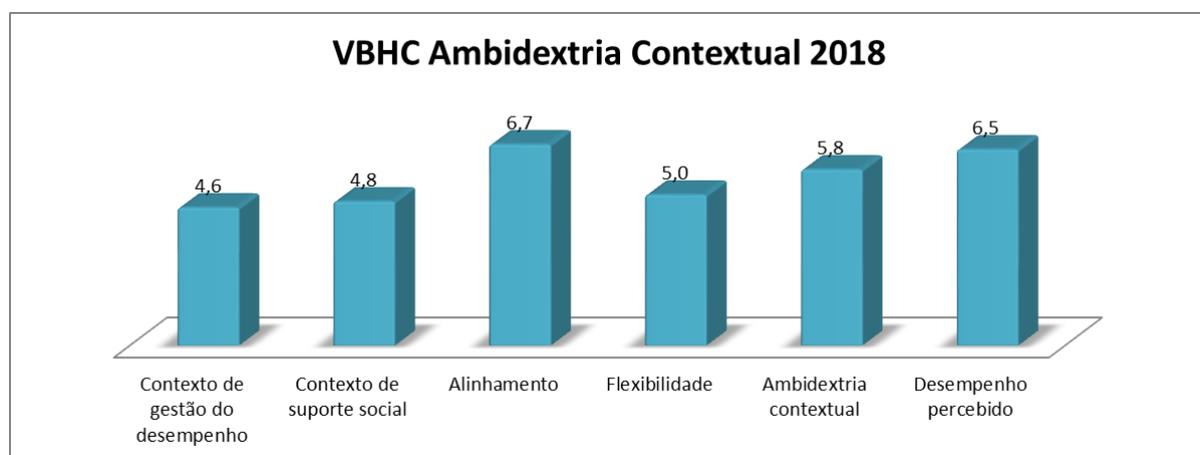
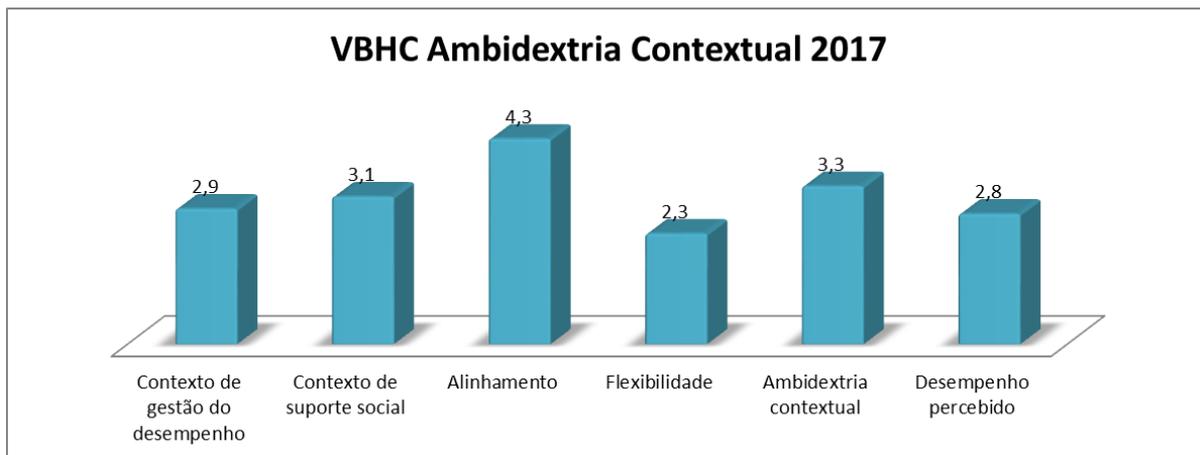


Gráfico 20: Ambidextria Contextual

5.3.3. Aprendizagem Organizacional

Na sociedade da informação, em que os processos são cada vez mais automatizados e o trabalho braçal e repetitivo tem cada vez menos espaço, o conhecimento torna-se um importante diferencial, para não dizer o mais importante bem de uma organização. O conhecimento é um diferencial, pois só ele é capaz de gerar inovação. As ferramentas, os equipamentos, as máquinas e até mesmo as informações estão disponíveis para todos. Portanto, o que diferencia uma organização da outra é sua habilidade em utilizá-las a favor do seu objetivo. A aprendizagem organizacional permite que a organização absorva as novas tecnologias, melhore continuamente os seus processos, desenvolva novos e inovadores produtos e serviços, aumentando assim seu valor de mercado, seu diferencial perante os concorrentes, sua margem de lucro e diminuindo insatisfações, desperdícios e estagnação. Um programa de aprendizagem organizacional deve-se preocupar em capturar o conhecimento existente na organização, na cabeça das pessoas, nas veias dos processos e no coração dos departamentos, organizá-lo, consolidá-lo e difundi-lo. Dessa maneira, as melhores práticas e os conceitos adotados são retidos e padronizados para toda a organização. Não se pode correr o risco de perder tal conhecimento com a ausência dos líderes. Além disso, a maioria das organizações tem como meta crescer, o que gera a necessidade de contratação de novos profissionais que não estarão automaticamente alinhados com as metodologias e as crenças da organização. Para alinhá-los, é necessário um programa de aprendizagem coeso e eficiente. Se a organização tiver um perfil de progredir a necessidade de padronização e de divulgação do conhecimento é maior ainda, e também mais complexa. Nesse sentido, a educação aponta como uma poderosa aliada. Para os indivíduos, a aprendizagem organizacional é uma maneira de evoluírem na carreira, manterem sua empregabilidade e seu valor para a empresa e ainda atua como estimulante ao mantê-los em constante movimento, quebrando a rotina de processos repetitivos e enfadonhos e dando-lhes um propósito, um significado para sua dedicação, seu trabalho e até mesmo sua vida. As organizações que beneficiam de tal motivação, reduzindo sua rotatividade e garantindo maior comprometimento de seus profissionais. Para que todos esses benefícios sejam conquistados e consolidados em uma organização, é imprescindível que se comece a perceber a importância estratégica da aprendizagem e a planejar uma gestão do conhecimento coesa, efetiva e participativa. A aprendizagem organizacional demonstra a capacidade de uma organização reagir face a uma alteração que gera uma alteração organizacional. Relativamente à aprendizagem

organizacional, conceito integrante desta estratégia, verificou-se que os maiores *gaps* foram identificados a nível da abertura a novas ideias, e à análise.

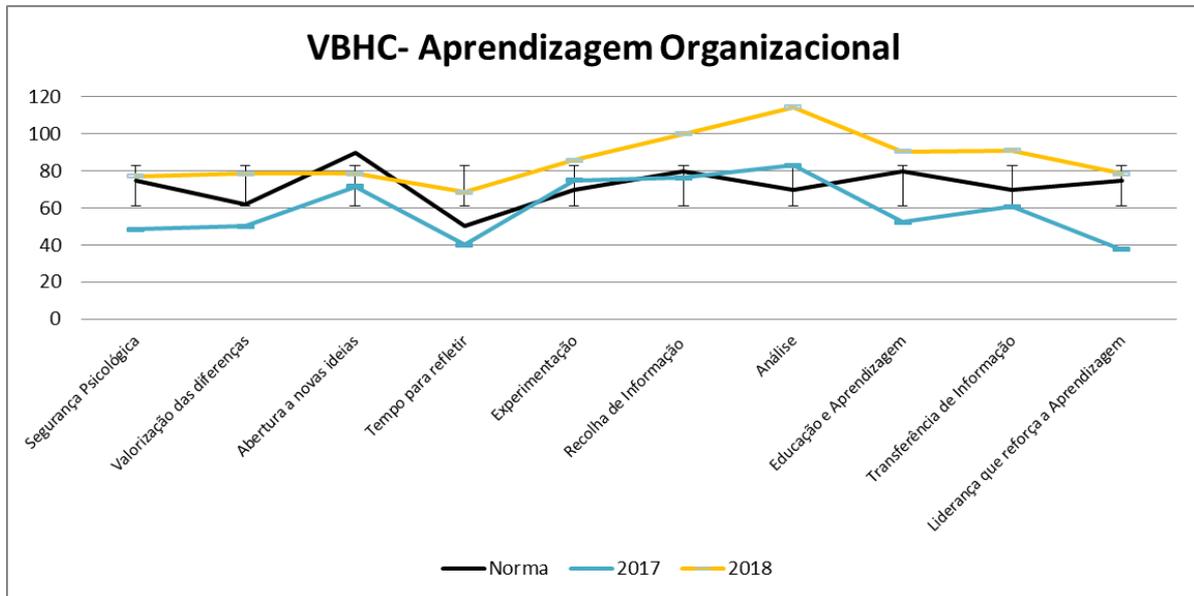


Gráfico 21: Aprendizagem Organizacional

6. Discussão

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

Alvin Toffler

Diagnosticar e caracterizar a cultura organizacional é fundamental para que se possa definir o caminho a seguir de acordo com os objetivos pretendidos. Essa cultura, imbuída de comportamentos, percepções, padrões de pensamento e ações de cada indivíduo, estará diretamente relacionada ao desempenho organizacional. O componente mais visível e central da VBHC é a mudança do foco da gestão para a centralidade do doente, para a medição dos resultados na perspectiva, com base nas atividades que compõem o ciclo de cuidado. Da mesma forma, os custos serão baseados em atividades de cuidado. Não chega quantificar atos ou episódios, ou de contabilizar em consumos agregados. Estas são, por exemplo, as perspectivas de controlo de produção ou contabilidade financeira, que continuam a existir. Mas o *Value Based Healthcare* propõe uma nova face para o prisma dos dados no sistema de saúde: propõe-se ver do ponto de vista do doente. As organizações de saúde são entidades dinâmicas e permanentemente capazes de se readaptar nas suas formas incompletas de interação permanente. Esta caracterização plasmática e escalável permite uma modelagem e uma adaptação característica de uma estrutura em constante evolução permanente para os objetivos que os desafios permanentes são apresentados em sua interação cultural e organizacional.

Os profissionais de uma organização são especialistas treinados e socialmente adaptados ao seu centro operacional, no qual têm uma relativa autonomia e controle dos processos de negócios da organização. (Mintzberg, 2004)

A partir dessas características, podemos inferir que a comunicação organizacional dos profissionais é o elemento-chave e abrangente do funcionamento organizacional baseado nos componentes da avaliação, os quais, portanto, constituem a essência da base e da matriz de organização do trabalho. A consistência do comportamento, a responsabilidade pessoal do participante, sentimento de compromisso, flexibilidade, identificação, confiança, conformidade, persuasão e atitudes não egoístas são fundamentais

É importante olhar para o sistema global e olhar para a teoria de grupo e personalidade dos elementos. É importante conhecer as regras, normas e cultura do grupo; o que cria a

fronteira, identidade e respetiva identificação e normas vigentes. Medir, analisar e investigar conceitos como consistência, flexibilidade, comprometimento, identificação, confiança, conformidade, persuasão e atitudes não egoístas será a base para apoiar qualquer responsabilidade de influência de liderança contínua. O desenvolvimento e influência de cultura organizacional VBHC na patologia específica do grupo, possibilitou avaliar seu impacto de forma objetiva na cultura de mudança e adoção.

Na prática diária da implementação de uma unidade de prática integrada (Porter, 2009) o início da metodologia é feito por uma integração vertical dos tratamentos de saúde em torno da condição de doença do doente, ao longo de todo o ciclo de cuidado. Uma das principais informações detalhadas que falta na literatura; considerando a nossa experiência na implementação no campo, é que não basta colocar todos os intervenientes do processo na mesma mesa, que diferentes grupos de médicos, enfermeiros, gerentes, doentes, irão conjugar os mesmos objetivos ou mesma linguagem, não sendo apenas o seu ego e controle de poder.

Reunindo, muitos erros em torno da implementação, principalmente por causa de uma abordagem jovem e não estratégica de um modelo teórico, com a abordagem detalhada correta para uma avaliação contínua em grupo, terminou num ponto de interrogação sobre a diferença entre a causa teórica e a realidade prática.

A primeira evidência foi que não havia nenhum grupo, nenhum líder que pudesse influenciar ou cultura de *report* devido ao medo da medição os resultados, mesmo diretamente pela perspectiva do doente.

Inicialmente, foi importante analisar o grupo em diferentes perspectivas. Surgiu portanto uma análise em diferentes alturas do tempo: pré implementação da cultura VBHC e 1 ano após, usando a mesma amostra e os mesmos instrumentos.

A definição de mudança organizacional em saúde vem sendo estudada progressivamente a partir de diferentes perspectivas, uma vez que Bechard e Harris (1977), Naddler et al. (1995), Van de Ven e Poole (1995), Burnes (1996), Weick e Quinn (1999) Wood Jr. (2000), Harvey e Brown (2001), Cunha e Rego (2002), Turner et al (2009) para Kotter e outros em nossos dias.

Assim, a necessidade de medir a cultura organizacional é um detalhe importante de uma realidade da burocracia coercitiva para uma burocracia *enabling* adotando uma cultura VBHC.

Exemplos como análises de *commitment* (Meyer, Allen-1997) e escala de Rotter (1996), classificação da compreensão da estratégia de mudança, foram particularmente importantes

para investigar, e analisar a evidência do surgimento de ligeiras alterações no decorrer da investigação, e que são muito importantes e que surgem naturalmente no desenvolvimento do estudo de campo.

O foco principal deste estudo foi a transformação clínica, analisando como, em um ambiente burocraticamente crítico como os cuidados em saúde, o surgimento de uma nova cultura organizacional VBHC pode mudar a visão do grupo adotando uma perspectiva cultural de foco de saúde em valor.

No decorrer da análise das múltiplas variáveis, de acordo com os respetivos métodos de investigação, e de acordo com a literatura científica, que foi alvo de profunda pesquisa neste trabalho, foi efetuada uma discussão acerca dos resultados encontrados.

Relembrando, a escolha do tema prendeu-se com a necessidade de conhecer o contexto de adoção da cultura organizacional VBHC e suas consequências.

Relativamente aos resultados decorrentes da análise das respostas, quer ao questionário, podem inferir-se diversas conclusões sobre as quais se debruça este capítulo.

O modelo dos valores contrastantes de Quinn e Cameron (2011) descrevem 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.

O sucesso de uma organização depende do se ajustamento e permanente identificação entre os modelos de gestão e a cultura desenvolvida numa determinada orientação face aos objetivos e determinações da visão estratégia organizacional para que o processo de “*migration path*” oriente a direção pretendida. Assim, após definição da cultura e modelo de gestão pretendidos pela organização e liderança, é fundamental que haja uma comunhão de objetivos face á cultura organizacional pretendida. Caso se atinja este objetivo comum, a sinergia será de tal ordem que a performance organizacional apresentará resultados extremamente satisfatórios.

De acordo com uma análise cuidada, face aos objetivos integrados da instituição e da cultura organizacional pretendida, pretende-se assim uma distribuição maioritariamente equitativa pelos quatro modelos, com ligeiro ascendente para os modelos definidos pelos dois quadrantes dos modelos internos. Esta equipa além de ser característica pela modelagem dos seus resultados e abertura à inovação dos seus colaboradores, necessitou objetivamente de uma definição face a uma estratégia mais orientada para os processos

internos e modelagem das relações humanas, orientando assim os resultados para uma maior estabilidade, controle, coesão e moral entre os colaboradores.

Partindo desta evidência, foi fundamental determinar o caminho a seguir para se obter a cultura desejada face a uma mutabilidade ascendente cultural com características de modelos dos processos internos, nomeadamente, a *existência de uma determinada formalização de algumas estruturas e locais de trabalho* (Weber), onde predomina um certo controlo. Os colaboradores possuem regras definidas e seguiram determinadas linhas orientadoras, que objetivaram a estabilidade, a previsibilidade e a eficiência. A gestão centrou-se no cálculo, documentação (normas e procedimentos) e gestão da informação. A maior recompensa do trabalho foi a segurança e estabilidade focalizada no tempo. Verificou-se uma orientação para o controlo e para o meio interno, onde os sistemas de informação e os mecanismos de controlo foram os meios para assegurarem os fins. Algumas particularidades patentes como o de uma cultura burocrática, onde a centralização do poder existe para manter a estabilidade interna, são alguns exemplos. O líder teve algumas funções de monitor e coordenador de equipas, havendo uma certa dependência do mesmo. Este desempenhou algumas funções relativas à gestão do trabalho e das equipas, gestão de conflitos e necessidade de algum apoio logístico e tecnológico às necessidades existentes. A estratégia Forcing foi implementada como forma preponderante para a orientação formal e cultural deste processo organizacional.

Da análise do gráfico da cultura organizacional, poder-se-á afirmar que estamos primordialmente, perante um modelo de objetivos racionais no qual se enfatiza o controlo e a focalização externa. A gestão é direcionada para o meio exterior, no sentido da obtenção dos resultados, com uma extrema relevância ao maior controlo e pouca flexibilidade, considerando o planeamento, o estabelecimento de um objetivo, a produtividade e a eficiência um mecanismo primordial. Esta cultura é típica de organizações que funcionam segundo uma lógica de mercado. Todas as funções internas e externas são direcionadas para um maior mecanismo de controlo, sendo os principais valores a competitividade e a produtividade, que visam a eficiência do trabalho produzido.

A preocupação pelos resultados é notória e pretende-se a maximização dos mesmos com o menor custo. Caracteriza-se por um tipo de cultura onde o líder é visto como um diretor, o qual é responsável pelo planeamento e estabelecimento de objetivos, assim como da procura de alternativas para a solução de problema. É um estilo de liderança que se preocupa com a avaliação de desempenho dos seus colaboradores. Denota-se, por sua vez uma orientação fortemente orientada para a tarefa, centrando a sua atenção no trabalho efetuado.

Esta análise cultural demonstra também, possuir algumas características do modelo dos sistemas abertos, nomeadamente, a existência de uma determinada flexibilidade e a focalização externa, força a prontidão, crescimento, aquisição de recursos e a sustentação externa, onde predomina uma cultura de inovação (Adocracia) no qual o foco do posicionamento externo com um elevado grau de flexibilidade e individualidade.

A maior recompensa do trabalho é a inovação e a rapidez de resposta. Verifica-se uma orientação para a expansão e mudança, onde os mecanismos de controlo não são os meios para que se assegurem os fins. O líder tem algumas funções de inovador e intermediário nas equipas, havendo uma certa independência dos mesmos.

A mutabilidade face à direção a tomar foi no caminho do modelo das relações humanas seguindo o modelo de sistemas abertos, e os resultados demonstraram uma efetividade da estratégia.

Nas análises de HRO a cultura *reporting* em 2017 apresentava um valor baixo: 3,0 tendo sido necessário intervir nesta cultura.

Significa que a equipa possui uma elevada preocupação com a execução profissional com um alto grau de desempenho mas a estrutura organizacional não cria mecanismos e abertura para o *reporting*. Em situação semelhante encontra-se a cultura de flexibilidade, situação que é relevante no processo de adaptação às exigências da mudança, podendo, ainda, considerar-se que possa eventualmente haver restrições fluxo de informação na equipa, o que leva a uma preocupação e uma prioridade na mudança de cultura de *reporting*. Este é do focus importante da intervenção estratégica de VBHC pois a necessidade de feedback acerca dos resultados é fundamental para a cultura de evolução de melhoria contínua.

Torna-se necessário intervir também ao nível da cultura justa e flexível, para que se continue a relatar o erro, sobretudo promovendo a recompensa e os corretos incentivos à incorporação da cultura VBHC. Para aumentar a flexibilidade da equipa será importante fomentar um aumento de fluxo de informação diversificada relativamente a experiências anteriores de erro, e sobre a forma como resolver determinados problemas que conduzam ao erro. A formação aqui é essencial para desenvolver na equipa comportamentos que favoreçam uma maior flexibilidade na resposta às exigências da mudança, assim como uma plataforma de *report* face a qualquer incidente de forma a ser encarado como uma ocorrência da cultura organizacional e não um processo de personificação individual do erro

De acordo, com estes valores presumimos que a equipa sabe como funciona a organização e que ela é importante para o seu funcionamento e evolução. A equipa tem a perceção que a

deteção de falhas antecipadamente evita o erro, mas uma pontuação baixa na relutância em simplificar pode significar a necessidade de desenvolver a atenção aos processos na equipa, com o objetivo de dar uma resposta mais qualificada e fiável a um problema do quotidiano. Por outro lado, a tomada de decisão num processo cuja relutância em simplificar por quem tem mais competências poderá levar a uma rigidez de progressão a adoção de novas práticas.

A atuação deve centrar-se na nãoos vários tipos de cultura de reporting, justa, flexível, de aprendizagem e na relutância em simplificar a fim de treinar a equipa e a organização a prever o erro e, principalmente a criar um conjunto de mecanismos de melhoria contínua na incorporação de uma nova metodologia que se caracteriza pela evidência dos melhores resultados na perspectiva do doente. Nesta melhoria contínua de incorporação de desconstrução do *status quo* num processo de *unfreezing* (Schein. 1999), os profissionais já vão ter experiência e vão antecipar-se, desenvolvendo uma resposta rápida que irá beneficiar o doente, no seu ciclo total de cuidado, e a organização, enquanto HRO. É fundamental lembrar que segundo Martins (2012), a fiabilidade não é o resultado da invariância organizacional (que a eficiência presume) mas, pelo contrário, resulta de um contínuo na gestão das oscilações, contingências, incidentes, ao nível das tarefas e de todas as interações na organização que esse desempenho suscita.

O modelo de gestão para o qual foi necessário percorrer, evidenciou uma preocupação pelos profissionais e demonstrou consideração pelo seu trabalho desenvolvido ao longo do ano em análise. O reconhecimento do investimento pessoal e de liderança foi importante para aumentar a motivação e o desempenho em contexto de trabalho. A coesão moral foi essencial para desenvolver uma intencionalidade comum e a formação e permitiu a aquisição de novos conhecimentos, os quais contribuiriam para a realização profissional e um melhor desempenho enquanto equipa. A estratégia participativa foi implementada para colocar o serviço em análise no rumo deste modelo. De forma progressiva e, como se de uma estrutura dinâmica se trata, a modelagem pelos sistemas abertos é o que mais se identifica como forma progressiva e complementar de estabilidade. Assim sendo, a criatividade e a inovação constituem um estímulo para a expansão. A adaptação ao meio exterior e a aposta em arriscar conduzem à obtenção de novos recursos, os quais podem contribuir para uma melhor prestação de cuidados aos clientes. O poder foi mais descentralizado e passou a haver mais flexibilidade nas relações líderes - equipa. Para este modelo, aplicou-se a estratégia transformadora.

De forma estruturante, equilibrada e global, o modelo dos objetivos racionais através da

culminou com uma avaliação integral desta dinâmica de cultura organizacional como *Learning Organization*, ou seja, a aprendizagem dentro da própria instituição com a instituição, (Martins; 2012)

Na implementação da estratégia participativa face ao modelo apresentado como existente o líder deveria ter apresentado valores mais elevados nos papéis de inovador e produtor. A autoavaliação deste líder indicou estar disposto a desempenhar outros papéis e que muito provavelmente existem algumas variáveis que o podem condicionar a mudança no entanto disponível para incorporação de mudança VBHC. É um líder que tenta harmonizar o serviço e os processos inerentes a este. Preocupa-se com a equipa mas também com os resultados. Aparenta tentar retirar o que há de mais positivo de cada papel de modo a aplicar o que de melhor existe em cada modelo. Perante esta avaliação, confirma-se que este líder pretende o modelo de gestão e cultura organizacional anteriormente diagnosticados.

Da avaliação efetuada pelo grupo de colaboradores poder-se-á concluir que o líder é visto como um inovador (modelo dos sistemas abertos) e seguidamente, como um visionário, mentor, monitor, competidor. Visto que a cultura desejada é a do modelo das relações humanas e o líder também é visto pelo grupo como um empático, poder-se-á dizer que existem condições para se avançar para o modelo desejado. Os papéis com menor pontuação atribuídos pela equipa de colaboradores são os de coordenador e facilitador o que poderá indicar que ainda não há a valorização que seria expectável dos recursos humanos.

Contudo, é de relevar que face à estratégia apresentada a maior amplitude face a uma abrangência global com incidência ao crescimento do fator de Monitor tem a sua especial relevância para um crescimento global face às perspetivas dos outros. É fundamental haver uma abrangência global e um maior equilíbrio face às perceções do líder e as correlações de liderança que os outros têm dos padrões de liderança.

Em todas as variáveis da Liderança carismática os resultados sofreram alterações que demonstram a efetividade de um conceito que assenta na essência de uma liderança que alterou o seu comportamento e teve um alto desempenho na análise deste item.

Como consequência o índice potencial motivador mediu a necessidade de algumas intervenções no âmbito da incorporação do grupo para a alteração de objetivos racionais envolvendo o espírito de equipa face ao objetivo - criação de valor adicional ao ciclo de cuidados com aporte de valor ao doente. Desta forma, a variável significado de valor sofre uma alteração muito significativa. Um dos fatores essenciais de avaliação com significado na

alteração e mudança teve como impacto o *commitment*. No plano pós implementação da estratégia participativa os colaboradores inquiridos apresentam um *commitment* afetivo alto, evidenciando-se uma relação forte com a organização onde trabalham. Estes colaboradores permanecem na instituição porque assim o desejam. Está provado que um maior *commitment* afetivo e um menor normativo influenciam positivamente a performance no trabalho. As percentagens de *commitment* normativo e de continuidade podem significar um sinal de alarme e é necessário entender para onde caminham estes colaboradores. É fundamental continuar a analisar esta situação em futuros estudos.

Os outros instrumentos de avaliação tais como o intra e extra papel, locus de controlo e troca líder membro demonstraram que não só são instrumentos com alta sensibilidade à mudança como os também demonstraram um incremento de todos os resultados na evidência desta efetividade na alteração para uma cultura VBHC, cujo líder no grupo teve uma importância capital.

De acordo com o diagnóstico da cultura de equipa foi proporcionado espaço à equipa para expressar os seus sentimentos e pensamentos, assim como, eventuais sugestões para o futuro. Foi importante assumir os conflitos, ou seja, promover espaço para a frontalidade. Os postos de trabalho foram distribuídos equitativamente pelos profissionais e os objetivos foram explicitados. Ocorreu uma continuidade na aposta na delegação de funções, mas generalizado a todos os profissionais – a todos foi dada autonomia, por forma, a não existirem discrepâncias entre os índices potenciais motivadores da equipa. As diretrizes de atuação foram claras para que os profissionais pudessem desempenhar com sucesso um bom sentido de delegação. Por outro lado, foi importante dar o feedback do trabalho desenvolvido pelos profissionais a fim de aumentar a sua segurança e promover a sua valorização enquanto recursos humanos imprescindíveis para o normal funcionamento do serviço. Os restantes aspetos também foram melhorados no sentido de promover um desenvolvimento global da cultura da equipa. Foi um caminho para um compromisso entre líder e colaboradores que favoreceu o empenhamento individual e o espírito de equipa. Os resultados de 2018 demonstraram a efetividade do conceito VBHC.

Na estratégia transformadora a ambidextria contextual demonstrou que o grupo não estava preparado para resolver problemas inesperados e adaptar-se a eles, assim como desenvolver a tarefa coerentemente e de acordo com os padrões iniciais.

No entanto foi importante, concentrar alguma atenção na componente do alinhamento, ou seja, demonstrar que as pessoas estão alinhadas na produção de resultados de qualidade. Foi fundamental a atenção à manutenção e ao aperfeiçoamento das todas as componentes, de forma a aumentar ainda mais os valores da ambidextria, sempre com o objetivo fixado na qualidade do desempenho prestado, resultados esses que se vieram a demonstrar em 2018. Relativamente à aprendizagem organizacional os resultados são evidência disso, cujos elementos em 2017 apresentavam valores abaixo da norma e após a implementação da cultura VBHC os indicadores de segurança psicológica, valorização das diferenças, abertura a novas ideias, tempo para refletir, experimentação, recolha de informação, educação e aprendizagem, transferência de inovação e liderança que reforça a aprendizagem sofrem incrementos na sua valorização significativos. De salientar que a componente análise sofreu um incremento significativo o que é justificado por uma das principais características que define o conceito de VBHC e expressa uma transparência dos resultados e por isso um ciclo de transformação e análise permanente dos resultados para no final o aporte de valor ao doente seja efetivo de acordo com os melhores *outcomes* que interessam aos doentes

7. Conclusão

“O projeto é o rascunho do futuro”

(Jules Renard).

Segundo Alvin Tofler (1999) *conhecimento em si mesmo ... acaba por ser não só a fonte do poder de mais alta qualidade, mas também o ingrediente mais importante da força e riqueza. Colocado diferentemente, conhecimento andou de ser um adjunto do dinheiro e poder e poder muscular, para ser a sua própria essência. Ele é, na realidade, o derradeiro amplificador. Esta é a chave para a mudança de poder que nos espera e que explica o porquê da batalha pelo controlo do conhecimento e dos meios de comunicação estar a aquecer por todo o mundo.*

Projetar, prever, planear, descobrir, imaginar, é o que distingue a condição humana das outras espécies. A aquisição do conhecimento é uma fonte de riqueza extrema que nos faz tornar seres muito mais completos e mais capazes de motivar, impulsionar, gerir, organizar, prever, e deslumbrar para que a concretização da análise efetivamente se aplique e resulte.

Foi com esta simples sensação que ao longo deste fantástico desafio se me deparou a evidência de estado de progressão e constatação, que penso ter feito imergir um conjunto de conhecimentos e saberes que por vontade de concretização pessoal e profissional se desenvolveu num panorama atual de realidade de um modelo tão atual como o de *value based healthcare*. Analisando a sua implementação num departamento cuja complexidade da doença oncológica apresenta, demonstrou tornar-se um verdadeiro desafio. Segundo os modelos do Prof. Michael Porter (2009) o conceito de *value based healthcare* inicia-se pela constituição de uma IPU (*integrated practice unit*). A primeira questão de investigação surge no modelo de investigação, como se podem juntar um conjunto de colaboradores cuja atividade tem muito de estrutura de silo na sua essência e podemos decompor para que o conceito tenha uma estrutura de integração vertical e resulta numa verdadeira cultura organizacional em torno do doente? Como define Edward Demming: *If You Can't Measure It, You Can't Manage It*.

Desta forma surge a necessidade da avaliação da cultura organizacional, de forma que possamos saber qual o ponto de partida e qual o objetivo mensurável de atingimento com a implementação da cultura de VBHC e quais as consequências dessa implementação.

Com esta análise e perante os objetivos a que me propus, o caminho da constatação tornou-se um sinónimo de uma realidade vigente, com necessária evidência de alteração e mudança de

cultura organizacional. Com os instrumentos e os conhecimentos fornecidos pude analisar uma realidade, que por vezes imbuída no cerne da sua vivência, tornou-se praticamente difícil de emergir desta esfera translúcida e abranger as fronteiras circundantes, podendo visualizar a globalidade do funcionamento real desta grupo tão atual mas tão peculiar e diferenciado. A partir da definição da cultura existente foi possível construir um diagnóstico e definir estratégias de mudança organizacional pertinentes e respeitantes à organização estudada.

Através deste percurso pude constatar que estávamos perante um grupo burocrático profissional, primordialmente assente num modelo de objetivos racionais, no qual se enfatiza o controlo e a focalização externa. A gestão era direcionada para o meio exterior, no sentido dos resultados, com uma extrema relevância ao maior controlo, com pouca flexibilidade, considerando o planeamento, o estabelecimento de um objetivo, a produtividade e a eficiência como um mecanismo primordial. Uma cultura típica na lógica de mercado em que as funções internas são direcionadas para o meio externo, sendo os principais valores a competitividade e a produtividade, que visam a eficiência do trabalho produzido, a preocupação pelos resultados é notória caracterizando-se por um tipo de cultura onde o líder é um diretor; estilo de liderança que se preocupa com a avaliação de desempenho dos seus colaboradores.

O sucesso de uma organização depende do seu “*migration path*” de forma a orientar a direção pretendida e dessa forma com implementação de um conjunto de estratégias verificou-se uma orientação para o controlo e para o meio interno, onde os sistemas de informação e os mecanismos de controlo foram os meios para se assegurarem os fins. Em termos de liderança o líder teve assim que assumir algumas funções de monitor e coordenador de equipas. Na proposta de mudança para a cultura VBHC, começou-se por desenvolver a estratégia *forcing* e de acordo com os instrumentos de análise assim como o H.R.O, fluxograma do doente, e *stream analysis*, puderam verificar-se algumas disfunções organizacionais, que após as devidas estratégias com uma análise progressiva e intensa pudemos reverter algumas dessas disfunções.

Verificou-se que existia uma preocupação efetiva com que os profissionais possuíssem diferentes competências para os conhecimentos, para que fossem efetivos e existisse diversidade na capacidade da organização prever e reagir a um erro, possuindo uma organização com fiabilidade assente numa cultura de aprendizagem acentuada, em que a preocupação com a falha torna-se um tónus acentuado. No entanto, constatou-se que a equipa possui ainda uma baixa abertura à cultura *reporting*, havendo preocupação nas limitações da cultura justa e aprendizagem. Algumas disfunções como a análise do

fluxograma e disfunções na cadeia organizacional de Jerry Porras, em que foram analisadas e propostas alterações para o padrão de disfunção.

Seguidamente abordou-se a estratégia participativa, em que se aplicou alguns instrumentos de trabalho, concluindo-se que atualmente já possuímos uma liderança carismática, uma alta taxa de motivação e *commitment* afetivo, o que demonstrou a preocupação dos profissionais com o departamento e sua evolução; assim como a inter relação entre os líderes e os membros intervenientes demonstraram uma alta taxa de pertença ao in-goup, com um baixo locus de controlo interno. Atualmente isto demonstra um conjunto de profissionais comprometidos com o departamento, com a instituição capazes de intervir numa vertente estrutural de evolução da própria cultura organizacional para estabilizar a performance organizacional como um ligeiro desvio para os modelos de flexibilidade e controlo interno, embora situações como a necessidade de mais reuniões, sejam uma maior necessidade para um líder monitor no acompanhamento do *commitment* normativo.

De forma progressiva uma estratégia transformadora foi aplicada, havendo a constatação de algumas alterações face ao processo de aprendizagem e re estruturação face à mudança em que é necessário intervenções no âmbito da ambidextria contextual.

Em suma, após toda esta análise progressiva da cultura organizacional e padrão de mudança para uma cultura de *value based healthcare*, posso concluir que:

Foi possível avaliar a cultura organizacional num contexto de implementação da estratégia de *value based healthcare*, assim como avaliar a cultura organizacional no período pré e durante a implementação direcionada a uma patologia específica com sucesso.

Foi possível comprovar que a implementação de uma estratégia *value based healthcare* implica uma mudança da cultura organizacional e que os instrumentos de recolha de dados acerca da cultura organizacional medem com sensibilidade o grau de sucesso da implementação da estratégia *value based healthcare* verificando que não chega assumir teoricamente a constituição de um grupo em torno do tratamento do doente com uma patologia específica (*integrated practice unit*), é necessário ter a correta estratégia de implementação e monitorização da cultura de *value based healthcare*.

Neste momento, sabemos onde está a organização em que trabalhamos perfeitamente integrada numa cultura organizacional de VBHC. Também sabemos para onde queremos ir. Resta-nos o *migration path*.

Com este percurso de análise educativa espero metodologicamente ter incorporado a principal mensagem do Prof. Luis Martins em que a estrutura de uma organização pode ser definida, simplesmente, “*como a forma como se soma para voltar a dividir*”.

Finalizo, com uma citação que me acompanha e define a forma como palavras sábias orientam um conceito tão atual como o de *value based healthcare*:

“ A configuração que uma organização toma (design organizacional) é o que as pessoas acreditam que a organização é, e o que as pessoas acreditam que a organização é, constitui a base para o que as pessoas fazem, e o que as pessoas fazem nas organizações é, com efeito, o design da organização ”

Weick “Organization Redesign as Improvisation”, 1993

8. Referências Bibliográficas

AJZEN, I. - The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50:2 (1991) 179-211.

APHP – Sector Privado da Saúde em Portugal. [Em linha]. Lisboa: APHP, 2017. [Consult. 30 Jun. 2018]. Disponível em http://www.aphp-pt.org/pdf/EstudoSector_Privado_da_Sa%C3%BAde_em_Portugal.pdf

BARBIER, Jean-Marie – *Elaboração de projectos de acção e planificação*. Porto: Porto Editora, 1993.

BLAKE, R.R. et al. - *Culture d'équipe (team building) la grille des équipes gagnants*, Páris, Les éditions d'organisations, 1988

BOTELHO, M. A. - A pessoa e os cuidados de saúde: compreensão ética e sentido fenomenológico. *Enfermagem*. 35/36 (Julho/Dezembro 2004) 8-12.

CAMERON, K. S. ;Quinn, R. (2006). *Diagnosing and Changing Organizational Culture*. The Jossey-Bass Business & Management Series

Carvalho Ferreira, J.M.; Neves, J; Caetano,A. (2011). *Manual de Psicossociologia das Organizações*. Escolar Editora

CHIAVENATO, I. – *Gestão de pessoas*. Rio de Janeiro: Elsevier, 1999.

CRESPO DE CARVALHO, J; Rita Martins,A (2012). *Gestão da Mudança na Saúde*- Ed. Sílabo.

DEROSIER J. *et al.* - Using Health Care Failure Mode and Effect Analysis: The VA National Center for Patient Safety's Prospective Risk Analysis System. [Em linha]. *Jt Comm J Qual Improv.* 28:5 (2002) 248-67. [Consult. 20 Abr. 2018]. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12053459>

FESTINGER, L. & Carlsmith, J.M. (1959). Cognitive consequences of forced compliance. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 58, 203-210.

FIRMINO M. B. - *Gestão das Organizações*. 3ª ed. Lisboa: Escolar Editora, 2008.

FRAGATA J., MARTINS L. - O Erro em Medicina: perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade. 3ª reimpressão da edição de Novembro/2004. Coimbra: Almedina, 2008.

HACKMAN J. R., OLDHAM G. R. - Work Redesign. New York: Addison Wesley Publishing Company, 1980.

HESBEEN, W. - Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures: Lusociência, 2000.

HIRSCHMAN, A. O. - Exit, Voice and Loyalty: responses to decline in firms, organizations, and states. Massachusetts: Harvard University Press; 1970.

JONSSON, B. *et al.* - Comparator report on patient access to cancer medicines in Europe revisited. [Em linha]. Lund: IHE Report, 2016. [Consult. 30 Jun. 2018]. Disponível em https://lup.lub.lu.se/search/ws/files/11713673/IHE_Report_2016_4_.pdf

KOTTER J. P. - Leading Change: why transformation efforts fail. [Em linha]. Harvard Business Review. 73 (1995) 59-67. [Consult. 20 Mai. 2018]. Disponível em <https://hbr.org/product/leading-change-why-transformation-efforts-fail-hbr-bestseller/R0701J-PDF-ENG>

LOPES DIAS, A; Varela, M; Costa, JM. (2013). Excelência Organizacional. Bnomics

MEYER J. P., ALLEN N. J. - Commitment in the workplace: Theory Research and Application. Thousand Oaks: Sage Publications, 1997.

MINTZBERG, H. - Estrutura e Dinâmica das Organizações. 3ª ed. Lisboa: D. Quixote, 2004.

PEIXOTO, B. - Mercado Oncológico: Tendências e Desafios. [Em linha]. Coimbra : Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra. Monografia elaborada no âmbito do unidade curricular de Acompanhamento Farmacêutico do Mestrado Integrado em Ciências

Farmacêuticas. [Consult. 30 Jun. 2018]. Disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/31427/1/Monografia%20Bruno%20Peixoto.pdf>

PINA E CUNHA, M., REGO, A., GUINOTE, A. – Poder: Veneno e Remédio. Lidel, 2017.

PINA E CUNHA, M. *et al.* - Manual de Comportamento Organizacional e Gestão. 8ª ed. Rh Editora, 2016.

PORRAS J. I. - Stream Analysis: a powerful way to diagnose and manage organizational change. Reading, Mass: Addison-Wesley Series on Organization Development, 1987.

PORRAS J. I., SILVERS R. C. - Organization development and transformation. [Em linha]. Annual Review of Psychology. 42 (1991) 51-78. [Consult. 12 Mai. 2018]. Disponível em <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.ps.42.020191.000411>

PORTER, M., TEISBERG, E. O. - Redefining healthcare. Harvard Business Books, 2006.

PORTER, M. A. - Strategy for health care reform: toward a value-based system. New England Journal of Medicine, 2009.

PORTER, M. - Managing healthcare costs and value. Strategic Finance, 2017.

PORTER, M., LEE, T. - The strategy that will fix health care. Harvard business review, 2013.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS. - Programa Nacional para as Doenças Oncológicas 2015: Doenças Oncológicas em Números. [Em linha]. Lisboa: DGS, 2016. [Consult. 25 Jun. 2018]. Disponível em <https://www.dgs.pt/...de.../portugal-doencas-oncologicas-em-numeros-2015-pdf.aspx>

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS. - Programa Nacional para as Doenças Oncológicas 2017. [Em linha]. Lisboa: DGS, 2017. [Consult. 25 Jun. 2018]. Disponível em <https://www.dgs.pt/em-destaque/relatorio-do-programa-nacional-para-as-doencas-oncologicas-2017.aspx>

QUINN, R. E. Beyond Rational Management: Mastering the Paradoxes and Competing

Demands of High Performance. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1991.

ROTTER, J. B. - Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement” *Psychological Monographs*, 1966.

SLIWKA, D. - Organizational structure and innovative activity. [Em linha]. *Economics of Governance*. 4:3 (2003) 187-214. [Consult. 13 Jun. 2018]. Disponível em <https://link.springer.com/article/10.1007/s10101-002-0054-y>

SCHEIN E. H. - *Organizational Psychology*. 3ª ed. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall, 1988.

SCHEIN EH - *The Corporate Culture Survival Guide: sense and nonsense about culture change*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1999.

THOMAS K. W. - Conflict and Conflict Management. In DUNNETTE, M. D. - *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Chicago: RandMcNally, 1976.

WEICK, K.E., SUTCLIFFE, K. M. - *Managing the Unexpected: Assuring high performance in an age of complexity*. 1ª ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2001.

UNIDADE CURRICULAR DE GESTÃO ESTRATÉGICA E LIDERANÇA EM SAÚDE (Apontamentos). Prof. Luís Martins ISCTE, 2009.

WHO. INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. – *Biennial Report 2014–2015*. [Em linha]. Lyon: WHO, 2015. [Consult. 30 Jun. 2018]. Disponível em http://governance.iarc.fr/SC/SC52/SC52_2.pdf