



GESTÃO DA MUDANÇA NA SAÚDE: DA REVISÃO À ACCÇÃO

Ana Rita Cascavel Martins

Projecto de Mestrado em Gestão

Orientador:

Prof. Doutor José Crespo de Carvalho, ISCTE Business School

Fevereiro 2012

*“They say that
time changes things,
but you actually have to
change them yourself.”*

Andy Warhol

GESTÃO DA MUDANÇA NA SAÚDE: DA REVISÃO À ACCÇÃO

Ana Rita Cascavel Martins

RESUMO

Para sobreviver no ambiente de incerteza e mudança actual, as organizações necessitam de implementar mudanças organizacionais, de forma a adaptarem-se. No entanto, grande parte destas iniciativas falham, o que reflecte a incapacidade das organizações, incluindo as organizações de saúde, de implementar as suas mudanças com sucesso.

Este problema pode dever-se, em parte, à falta de conhecimento sobre os conceitos de mudança organizacional e gestão da mudança e, portanto, a sua solução pode passar pela capacitação das organizações e dos seus colaboradores para a gestão da mudança. Uma das formas de atingir este objectivo é providenciar recursos que promovam a aprendizagem a partir da literatura e a tomada de decisões baseada na evidência.

Tendo em conta esta linha de pensamento, o objectivo principal do trabalho é realizar uma revisão da literatura sobre mudança organizacional e gestão da mudança na saúde, com o intuito de elaborar um manual com informações gerais sobre o tema, dirigido a gestores e profissionais de saúde e adaptado ao contexto desta área. O manual pretende despertar o interesse dos leitores por esta área e motivá-los a facilitar e participar nos processos de mudança das suas organizações, não devendo ser encarado, no entanto, como um recurso orientador, por si só, da condução da mudança.

São ainda sugeridas outras práticas para a capacitação das organizações, como a elaboração de um manual complementar, com informações mais detalhadas, e a criação de uma rede de informação na internet, para profissionais de saúde e de gestão da mudança.

Palavras-chave: mudança organizacional, gestão da mudança, revisão da literatura, saúde.

ABSTRACT

In order to survive in an environment of uncertainty and change, organizations need to implement changes. However, most of these initiatives fail, reflecting the inability of organizations, including health care organizations, to implement changes successfully.

This problem may be due in part to lack of knowledge about the concepts of managing organizational change and, therefore, the solution can be empowering organizations and their employees to manage change. One way of achieving this is to provide resources that promote learning from the literature and making decisions based on evidence.

Following this line of thought, the main goal of this paper is to review the literature on organizational change and managing change in health care, in order to develop a manual with general information on the subject, aimed at managers and health professionals and adapted to the context of this area. The manual is intended to arouse the interest of readers in change management and to motivate them to facilitate and participate in the processes of change in their organizations. It should not be seen, however, as a guiding resource, by itself, for operating the change initiative.

Other practices are also suggested for the empowerment of organizations such as developing a complementary manual with more detailed information and creating an information network on the internet for health and change management professionals.

Keywords: organizational change, change management, review of the literature, health.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Doutor José Crespo de Carvalho os meus mais sinceros agradecimentos pela confiança, compreensão e incentivo dado, por me ter proporcionado uma segunda oportunidade e por ter tornado a elaboração da tese uma experiência positiva.

Ao Prof. Doutor José Cruz Filipe e à Prof. Doutora Ana Lúcia Martins, por uma segunda oportunidade.

À Joana Borges, pela amizade, paciência, sugestões e apoio dado ao longo de toda a experiência de mestrado.

Ao Nuno Santos, por estar presente e por me fazer rir nos momentos certos.

À minha família, por tudo.

ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS	III
ÍNDICE DE FIGURAS	IV
SUMÁRIO EXECUTIVO.....	V
1. INTRODUÇÃO	1
2. METODOLOGIA	4
2.1. Método	4
2.2. Técnica de Recolha de Informação.....	5
2.3. Fontes de Informação.....	5
3. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA.....	7
3.1. Sistemas de Saúde.....	7
3.2. Evolução do NHS na Última Década	8
3.3. Evolução do SNS na Última Década	10
3.4. O SNS e a Crise Actual.....	13
3.5. A Mudança Organizacional no NHS e no SNS	16
3.6. Conclusões	17
4. MUDANÇA ORGANIZACIONAL: O ESTADO DA ARTE.....	19
4.1. Teorias de Mudança Organizacional	21
4.1.1. Classificação segundo a taxa de ocorrência	23
4.1.2. Classificação segundo a extensão ou impacto.....	24
4.1.3. Classificação segundo a forma como ocorre ou o grau de planeamento	26
4.1.4. Classificação segundo os aspectos focados.....	31
4.1.5. Abordagem de sistema	33
4.2. Modelos de Gestão da Mudança	34
4.3. Elementos Essenciais da Gestão da Mudança	40
4.3.1. Diagnóstico organizacional	40
4.3.2. Visão e objectivos	41
4.3.3. Aspectos humanos da mudança.....	42
4.3.4. Liderança	46
4.3.5. Comunicação.....	47
4.3.6. Monitorização.....	48
4.3.7. Cultura organizacional e consolidação da mudança	48
4.4. Insucesso das Iniciativas de Mudança	49

4.5. Conclusões	51
5. GESTÃO DA MUDANÇA NA SAÚDE: REVISÃO.....	53
5.1. Modelos de Gestão da Mudança na Saúde	55
5.1.1. Modelos orientados para os sistemas de saúde	56
5.1.2. Modelos orientados para as organizações de saúde	56
5.2. Conclusões	60
6. GESTÃO DA MUDANÇA NA SAÚDE: ACÇÃO	61
6.1. Gestão da Mudança nas Organizações de Saúde: Manual para Leigos	62
6.1.1. Introdução à mudança	62
6.1.2. O <i>Porquê</i> da mudança	65
6.1.3. O <i>O Quê</i> da mudança	68
6.1.4. O <i>Quem</i> da mudança	69
6.1.5. O <i>Como</i> da mudança	71
6.1.6. O <i>E Se</i> da mudança.....	72
6.1.7. Considerações finais.....	73
6.2. Conclusões	73
7. CONCLUSÃO	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Relação entre os objectivos e os capítulos do trabalho	4
Quadro 2: Principais medidas políticas e reformas do NHS entre 2000 e 2010	9
Quadro 3: Principais medidas políticas e reformas do SNS entre 1999 e 2009	12
Quadro 4: Medidas impostas pela Troika para o sector da saúde	14
Quadro 5: Medidas de saúde relacionada com gestão da mudança.....	18
Quadro 6: Definições de mudança organizacional	19
Quadro 7: Discurso tradicional e discurso emergente sobre mudança organizacional ..	21
Quadro 8: Teorias e abordagens de mudança organizacional	22
Quadro 9: Vantagens e inconvenientes da mudança planeada	28
Quadro 10: Vantagens e inconvenientes da mudança emergente.....	30
Quadro 11: Características da teoria E, da teoria O e da combinação de ambas.....	32
Quadro 12: Comparação de 4 modelos de mudança planeada	37
Quadro 13: Comparação de 4 modelos de mudança emergente.....	38
Quadro 14: Modelos holísticos de mudança.....	39
Quadro 15: Obstáculos psicológicos à mudança e medidas para ultrapassá-los	44
Quadro 16: Métodos para lidar com a resistência à mudança	45
Quadro 17: Princípios de consciencialização e capacitação das organizações para a mudança	56
Quadro 18: Comparação de 3 manuais de revisão da gestão da mudança na saúde	58
Quadro 19: Comparação de 3 manuais de orientação da gestão da mudança na saúde .	59

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Modelo analítico prospectivo para a governação da saúde	15
Figura 2: Tipos de mudança organizacional segundo Nadler e Tushman (1990)	25
Figura 3: Tipos de mudança organizacional segundo Dunphy e Stace (1993)	26
Figura 4: Aplicação da abordagem holística aos modelos de gestão da mudança	36
Figura 5: Cinco dimensões da mudança organizacional	65
Figura 6: Modelo PESTELI	67
Figura 7: Modelo dos 7-S de McKenzie	67
Figura 8: Análise SWOT	67
Figura 9: Plano de comunicação	69
Figura 10: Matriz de avaliação e comunicação com os <i>stakeholders</i>	70
Figura 11: Plano de envolvimento dos <i>stakeholders</i>	70
Figura 12: Diagrama de causa-efeito	72
Figura 13: Plano de acção consolidado	72
Figura 14: Plano de gestão do risco	73
Figura 15: Sugestões de futuras práticas para a capacitação das organizações	78

SUMÁRIO EXECUTIVO

Na sociedade em que vivemos, indivíduos e organizações só têm uma certeza: a incerteza é uma constante. Incerteza que resulta da mudança, em ritmo cada vez mais rápido, da generalidade das dimensões individuais, organizacionais e sociais. Para sobreviver neste ambiente de incerteza e mudança, as organizações necessitam de implementar mudanças organizacionais, de forma a adaptarem-se. No entanto, grande parte destas iniciativas falham, o que reflecte a incapacidade das organizações, incluindo as organizações de saúde, de implementar mudanças com sucesso.

Este problema pode dever-se, em parte, à falta de conhecimento sobre os conceitos de mudança organizacional e gestão da mudança, aprendidos e discutidos maioritariamente em escolas de gestão, psicologia, sociologia e economia. Por esta razão, informações e orientações importantes que a literatura oferece não estão a ser utilizadas pelos gestores de saúde para a implementação de mudanças com sucesso.

Tendo em conta esta linha de pensamento, o objectivo principal do trabalho é realizar uma revisão da literatura sobre gestão da mudança na saúde, com o intuito de elaborar um manual com informações gerais sobre o tema, dirigido a gestores e profissionais de saúde e adaptado ao contexto desta área. O corpo do trabalho é constituído por cinco partes: metodologia, contextualização do problema, o estado da arte da gestão da mudança, revisão da gestão da mudança na saúde e elaboração do manual de gestão da mudança na saúde.

Na primeira parte, são referidos os aspectos referentes à metodologia do trabalho. O método utilizado foi o descritivo e a técnica de recolha de informação foi a pesquisa documental, principalmente em publicações de saúde, manuais de gestão da mudança e artigos sobre mudança organizacional e gestão da mudança.

Na segunda parte, é feita a contextualização do problema, ou seja, da incapacidade das organizações de saúde de implementar mudanças com sucesso, num contexto político caracterizado por um grande número de medidas e reformas de saúde, que condicionam a evolução dos sistemas de saúde e, consequentemente, das organizações.

Relativamente ao sistema de saúde português, verifica-se que, apesar das inúmeras tentativas de reforma na última década e do lançamento do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, que foca a importância da gestão da mudança no sector, a acção do governo não contempla a capacitação das organizações de saúde para a condução das mudanças necessárias com sucesso, ao contrário do sistema de saúde inglês.

No terceira parte, apresenta-se a revisão bibliográfica realizada sobre o tema da mudança organizacional. São referidos os diversos tipos de mudança, nomeadamente a abordagem planeada e a abordagem emergente, dominantes na literatura, os principais modelos de gestão da mudança e os elementos essenciais para o sucesso da mudança, presentes na generalidade dos modelos estudados: diagnóstico, visão e objectivos, valorização dos aspectos humanos, liderança, comunicação, monitorização, cultura organizacional e consolidação da mudança.

Embora não haja um consenso sobre a melhor forma de gerir mudanças organizacionais, muitos autores referem que a elevada taxa de insucesso se deve a factores como: (1) existência de inúmeras teorias e abordagens contraditórias e confusas na literatura, (2) adopção de modelos de gestão considerados “*best practice*” pelos gestores, sem compreenderem os conceitos e processos subjacentes, (3) falta de conhecimento contextual da organização e da mudança e (4) falta de atenção às dinâmicas humanas.

Na quarta parte, são também apresentados alguns modelos de gestão da mudança na saúde e referidos os desafios adicionais para as organizações de saúde no que se refere à gestão da mudança, dos quais se destacam, para além das mudanças no contexto político referidas anteriormente: (1) poder e autonomia dos profissionais de saúde (2) exigências crescentes dos utentes, governo e investidores e (3) falta de informação necessária para gerir os processos de mudança nas organizações de saúde.

A solução para esta elevada taxa de insucesso, passa, segundo diversos autores, pela capacitação das organizações e dos seus colaboradores para a gestão da mudança. Uma das formas de atingir este objectivo é providenciar recursos que promovam a aprendizagem a partir da literatura e a tomada de decisões baseada na evidência.

Neste contexto, é apresentado, na quarta parte, o manual “Gestão da Mudança nas Organizações de Saúde: Manual para Leigos”, que se destina a gestores e profissionais de saúde, leigos na área da gestão da mudança, e tem como principal objectivo providenciar informações gerais sobre os principais conceitos, abordagens, técnicas e ferramentas da gestão da mudança, adequados ao contexto da saúde.

Este manual pretende despertar o interesse dos leitores por esta área e motivá-los a facilitar e participar nos processos de mudança das suas organizações, não devendo ser encarado, no entanto, como um recurso orientador, por si só, da condução da mudança, uma vez que o seu conteúdo não é suficiente para uma compreensão profunda dos conceitos e das técnicas e ferramentas a utilizar.

Com a elaboração do manual, baseado nas revisões bibliográficas realizadas sobre os temas da mudança organizacional e da gestão da mudança na saúde, foram alcançados os quatro objectivos propostos inicialmente.

A grande limitação deste trabalho foi a sua natureza teórica e a falta de uma componente prática. Por esta razão, é sugerida, em primeiro lugar, uma análise e discussão do manual com outros profissionais das áreas da saúde e da gestão da mudança e, posteriormente, a sua distribuição a todos os gestores e profissionais de saúde.

Outras práticas sugeridas para promover a capacitação das organizações de saúde para a mudança são a elaboração de um manual complementar com informações mais detalhadas sobre os conceitos, teorias, técnicas e ferramentas de gestão da mudança, assim como da sua evidência e aplicabilidade, e a criação de uma rede de informação na internet, onde profissionais de ambas as áreas poderão debater questões actuais, analisar casos particulares e aconselhar de forma directa.

1. INTRODUÇÃO

Na sociedade global em que vivemos, indivíduos e organizações só têm uma certeza: a incerteza é uma constante. Incerteza que resulta da rápida evolução das tecnologias, da circulação da informação *on time* à escala mundial, da alteração acelerada de comportamentos e mentalidades, da desregulação de mercados, da livre circulação de pessoas e capitais, das novas necessidades dos consumidores. Em suma, incerteza que resulta da mudança, em ritmo cada vez mais rápido, da generalidade das dimensões individuais, organizacionais e sociais (Ferreira e Martinez, 2008).

Para sobreviver neste ambiente de incerteza e mudança, as organizações necessitam de implementar mudanças organizacionais, de forma a adaptarem-se (Turner *et al.*, 2009). No entanto, grande parte destas iniciativas falham (Beer e Nohria, 2000), o que reflecte uma incapacidade das organizações de implementar mudanças com sucesso.

Segundo Ferreira e Martinez (2008), este problema afecta também as organizações portuguesas, podendo dever-se a factores como a aversão ao risco e pessimismo dos gestores portugueses, a estagnação dos processos nas organizações ou a falta de conhecimento sobre a área da gestão da mudança. Este último factor é particularmente relevante nas organizações de saúde, uma vez os conceitos de mudança organizacional e gestão da mudança são aprendidos e discutidos maioritariamente em escolas de gestão, psicologia, sociologia e economia (Iles e Sutherland, 2001). Por esta razão, informações e orientações importantes que a literatura oferece sobre os processos de mudança e a sua gestão não estão a ser utilizadas pelas organizações de saúde para implementar as mudanças necessárias com sucesso.

Tendo em conta esta linha de pensamento, o objectivo principal do trabalho é realizar uma revisão da literatura sobre gestão da mudança na saúde, com o intuito de elaborar um manual com informações gerais sobre o tema, dirigido a gestores e profissionais de saúde e adaptado ao contexto desta área.

Os objectivos de investigação são:

1. Descrever o contexto em que se inserem as organizações de saúde portuguesas.

2. Realizar uma revisão bibliográfica sobre as principais teorias, abordagens e modelos de gestão da mudança.
3. Realizar uma revisão bibliográfica sobre os principais modelos de gestão da mudança na saúde.
4. Elaborar um manual de gestão da mudança na saúde com informações gerais sobre os principais modelos, abordagens, técnicas e ferramentas, dirigido a gestores e profissionais de saúde e adequado ao contexto da saúde.

O corpo do trabalho é constituído por cinco partes: metodologia (capítulo 2), contextualização do problema (capítulo 3), o estado da arte da gestão da mudança (capítulo 4), revisão da gestão da mudança na saúde (capítulo 5) e elaboração do manual de gestão da mudança na saúde (capítulo 6).

No segundo capítulo são referidos os aspectos referentes à metodologia do trabalho. O método utilizado foi o descriptivo que, segundo Reto e Nunes (2001), tem como objectivo principal caracterizar o estado da arte de um determinado tema de interesse. A técnica de recolha de informação utilizada foi a pesquisa documental, realizada em bibliotecas e, principalmente, em bases de dados electrónicas. Por último, as fontes de informação consistiram em relatórios e publicações de saúde, manuais de gestão da mudança na saúde e obras e artigos sobre mudança organizacional e modelos de gestão da mudança.

No terceiro capítulo, é feita a contextualização do problema, com uma breve descrição da evolução dos sistemas de saúde inglês e português na última década, nomeadamente a nível das principais medidas políticas e reformas implementadas. Para o sistema de saúde português, a cargo do Serviço Nacional de Saúde, é também feita uma contextualização no ambiente actual de crise e, por fim, uma comparação com o sistema inglês no que respeita às estratégias implementadas na área da gestão da mudança.

No quarto capítulo, apresenta-se a revisão bibliográfica realizada sobre o tema da mudança organizacional, os seus conceitos, teorias e abordagens. São referidos os diversos tipos de mudança identificados por diferentes autores, os principais modelos de gestão da mudança e os elementos essenciais para o sucesso da mudança, presentes na generalidade dos modelos estudados.

De seguida, no quinto capítulo, são referidos os desafios adicionais para as organizações de saúde no que se refere à gestão da mudança e são também apresentados alguns modelos de gestão da mudança na saúde, com ênfase nos modelos dirigidos às organizações de saúde.

O sexto capítulo é dedicado à apresentação do manual “Gestão da Mudança nas Organizações de Saúde: Manual para Leigos” e à forma como foi elaborado. Este manual apresenta informações gerais sobre os principais conceitos e abordagens de mudança organizacional, revistos nos capítulos anteriores, bem como algumas técnicas e ferramentas a serem utilizadas consoante o tipo e contexto da mudança.

Por fim, são discutidas algumas questões importantes que foram surgindo ao longo do trabalho e apresentadas sugestões para futuras práticas.

2. METODOLOGIA

2.1. MÉTODO

Na elaboração deste trabalho, o método utilizado foi o descritivo, que, segundo Reto e Nunes (2001), tem como objectivo central caracterizar o estado actual de um determinado tema de interesse.

Assim, com o intuito de caracterizar o estado da arte da mudança organizacional e da gestão da mudança na saúde, foi realizada uma revisão da literatura, que procura condensar o que de mais importante foi escrito sobre o assunto e analisar essa mesma informação (Serrano, 2004).

Ao longo do trabalho, é visível a relação entre os objectivos formulados inicialmente e o corpo do trabalho, dividido em capítulos, como se pode verificar no Quadro 1.

Quadro 1

Relação entre os objectivos e os capítulos do trabalho

OBJECTIVOS	CAPÍTULOS / TEMAS
1. Descrever o contexto em que se inserem as organizações de saúde portuguesas	3. Contextualização do Problema
2. Realizar uma revisão bibliográfica sobre as principais teorias, abordagens e modelos de gestão da mudança	4. Mudança Organizacional: O Estado da Arte
3. Realizar uma revisão bibliográfica sobre os principais modelos de gestão da mudança na saúde	5. Gestão da Mudança na Saúde: Revisão
4. Elaborar um manual de gestão da mudança na saúde com informações gerais sobre o tema, destinado a gestores e profissionais de saúde e adequado ao contexto desta área	6. Gestão da Mudança na Saúde: Ação

Para alcançar os objectivos 2 e 3 (capítulos 4 e 5), que constituem a maior parte do corpo de trabalho, foi realizada uma revisão bibliográfica, com base num conjunto vasto de fontes de informação.

Relativamente aos objectivos 1 e 4 (capítulos 3 e 6) não foi realizada uma revisão bibliográfica com o intuito de analisar tudo o que foi escrito sobre o assunto, mas uma descrição geral:

- do contexto em que as organizações de saúde estão inseridas, baseada em fontes de referência na área da saúde, com o intuito de contextualizar o problema;
- das principais informações sobre gestão da mudança na saúde, baseada nas revisões bibliográficas anteriores (capítulos 4 e 5), com o intuito de elaborar um manual destinado a gestores e profissionais de saúde.

2.2. TÉCNICA DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

A técnica de recolha de informação utilizada foi a pesquisa documental, realizada em bibliotecas e, principalmente, em bases de dados electrónicas, nomeadamente a Biblioteca do Conhecimento Online (b-on) e a ProQuest.

De acordo com Serrano (2004), a pesquisa bibliográfica em bases de dados electrónicas apresenta as seguintes vantagens: (1) mais exaustiva, disponibilizando um maior número de referências bibliográficas e a possibilidade de obter o texto integral, (2) mais actualizada, uma vez que a informação se torna acessível a partir do momento em que é inserida na base de dados e (3) mais flexível, apresentando um conjunto mais extenso de campos de indexação.

2.3. FONTES DE INFORMAÇÃO

Por último, as fontes de informação consistiram em:

- Relatórios e publicações de entidades de referência nacional e internacional na área da saúde, como por exemplo, o Observatório Português dos Sistemas de Saúde, a Direcção-Geral da Saúde e o *European Observatory on Health Systems and Policies*.

- Manuais de gestão da mudança publicados por entidades internacionais relacionadas com a área da saúde, como por exemplo, o *National Health System* (Inglaterra), o *Canada Health Infoway* (Canadá) e o Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (Brasil).
- Obras e artigos, originais e de revisão, sobre mudança organizacional, gestão da mudança e gestão da mudança na saúde.

3. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

Actualmente, as organizações necessitam de implementar mudanças organizacionais para se adaptarem e sobreviverem no ambiente actual de incerteza e mudança (Moran e Brightman, 2001; Senior, 2002; Beer *et al.*, 1990; Todnem By, 2005). As organizações de saúde enfrentam desafios adicionais, em parte, devido ao ambiente político que se tem vivido nas últimas décadas, especialmente no que se refere às medidas e reformas políticas no sector da saúde, que condicionam a evolução dos sistemas de saúde e, consequentemente, das organizações de saúde de uma forma geral (Barros *et al.*, 2011; Boyle, 2011; Rego e Nunes, 2010).

3.1. SISTEMAS DE SAÚDE

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), um sistema de saúde inclui todas os serviços cujo fim primário seja promover, restaurar ou manter a saúde (WHO, 2000). Deste modo, para que um sistema de saúde seja um sistema sustentado, tem de ir ao encontro das necessidades e expectativas da população, devendo ter, para isso, recursos económicos suficientes, uma capacidade instalada em recursos físicos e apoio político e institucional. Devem também incorporar na sua filosofia de valores, objectivos gerais e funções específicas para orientar e conduzir as políticas de saúde no âmbito de um governo que envolve a sociedade, o sector social e o sector privado (OPSS, 2007).

O reconhecimento da relação dinâmica existente entre os sistemas de saúde, o nível de saúde das populações e o desenvolvimento económico dos países, levou a que a OMS promovesse uma conferência, em Tallinn, na qual se debateu o carácter prioritário dos sistemas de saúde em termos de políticas públicas. A conferência reuniu representantes dos governos de países europeus, dando origem à carta de Tallinn (WHO, 2008).

Num contexto de mudança demográfica e epidemiológica, desigualdades socioeconómicas significativas, escassez de recursos, grande desenvolvimento tecnológico e expectativas elevadas por parte dos cidadãos, a carta de Tallinn, que pretende constituir-se como um quadro de referência estratégica, recomenda que os diferentes países europeus desenvolvam e implementem medidas que:

- assegurem os princípios da solidariedade, equidade e participação;
- facilitem o investimento multi-sectorial em áreas que influenciem a saúde;
- promovam a eficiência na utilização dos recursos, a transparência e a responsabilização;
- tornem os sistemas de saúde mais sensíveis às necessidades dos cidadãos e estimulem a sua participação na elaboração e implementação das políticas;
- favoreçam a aprendizagem e cooperação entre países;
- garantam que os sistemas de saúde são capazes de responder a crises.

Para a governação da saúde, o desafio é, deste modo, conciliar a promoção e a protecção da saúde dos cidadãos com a necessidade de incentivar o crescimento económico da comunidade. Observa-se, no entanto, que a procura deste equilíbrio é feita de formas distintas nos diferentes países europeus, reflectindo a diversidade dos contextos políticos, socioeconómicos e culturais, em que se insere a evolução dos sistemas de saúde (OPSS, 2007).

Para uma melhor compreensão das principais determinantes da evolução do sistema de saúde português, a cargo do Serviço Nacional de Saúde (SNS), optou-se por referir, de forma sucinta, o exemplo do sistema de saúde inglês, a cargo do *National Health Service* (NHS). A apreciação dos resultados de dez anos da política de saúde do NHS permite que os seus sucessos e insucessos tenham alguma importância para o debate da saúde noutras sistemas de saúde, nomeadamente no português (OPSS, 2007).

3.2. EVOLUÇÃO DO NHS NA ÚLTIMA DÉCADA

O programa de reformas desenvolvido pelo governo inglês na última década provou ser forte mas algumas características básicas do NHS permaneceram inalteradas: é dependente do financiamento através de impostos; a responsabilidade de garantir o acesso aos cuidados de saúde recai sobre o governo central e o sector público é ainda o principal prestador de cuidados, embora o papel do sector privado na prestação se tenha expandido (Boyle, 2011). O acesso a cuidados hospitalares não-urgentes permanece sob o controle dos GP's (*general practitioners*) e é feita uma distinção entre comissionamento e prestação. O Quadro 2 resume os principais marcos no desenvolvimento do NHS entre 2000 e 2010 (Boyle, 2011).

Quadro 2

Principais medidas políticas e reformas do NHS entre 2000 e 2010 (Boyle, 2011)

ANO	MEDIDAS POLÍTICAS E REFORMAS
2000	O <i>NHS Plan</i> define aumentos de financiamento significativos e rápidos, com o intuito de expandir a capacidade do NHS e aumentar o número de colaboradores. Um acordo é assinado permitindo uma maior utilização dos prestadores do sector privado para diminuir as listas de espera e aumentar a capacidade do NHS no sector hospitalar.
2001	Foi criada a <i>NHS Modernization Agency</i> para apoiar o sistema na modernização dos serviços e melhorar as experiências e resultados para os pacientes.
2002	São criadas <i>Strategic Health Authorities</i> e introduzidos <i>Primary Care Trusts (PCT)</i> para assumirem a responsabilidade pelo comissionamento de todos os serviços locais de saúde. A escolha do paciente relativamente ao hospital é reintroduzida. Começa o processo de comissionamento dos centros de tratamento do sector privado e das instalações extra-diagnóstico.
2003	<i>Health and Social Care Act 2003</i> introduz uma nova forma de organização dos serviços hospitalares (<i>Foundation Trusts</i>) com maior autonomia. O pagamento por resultados é introduzido como meio de pagamento hospitalar. A prática baseada no comissionamento é introduzida para complementar as funções de comissionamento dos PCT.
2004	A legislação abre caminho a empresas privadas para prestarem serviços de clínica geral e aumentar o papel do sector sem fins lucrativos na prestação de cuidados de saúde. <i>NHS Improvement Plan</i> é publicado e novos objectivos para os tempos de espera são definidos.
2006	O Departamento de Saúde emite um conjunto de orientações sobre como os serviços devem ser comissionados e os prestadores se devem comportar. É criado o <i>World Class Commissioning Framework</i> , juntamente com <i>Commissioning Framework for Health and Well-Being</i> .
2007	O novo <i>Mental Health Act</i> é elaborado, a fim de salvaguardar os direitos das pessoas com problemas de saúde mental. O relatório <i>Trust, Assurance and Safety: Regulation of Health Professionals</i> é publicado.
2008	O relatório <i>High Quality Care for All</i> é publicado, indicando que o <i>National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)</i> seria convidado a desenvolver um conjunto de orientações para todos os serviços.
2009	O compromisso do governo para uma maior utilização do sector privado parece diminuir com o anúncio do NHS como sendo o “prestador preferido”.
2010	O novo governo de coligação conservador-liberal democrata publica um relatório que assinala grandes reformas no futuro.

São aspectos relevantes da experiência inglesa dos últimos anos o substancial aumento do financiamento e dos recursos humanos do NHS e uma considerável melhoria do

acesso da população inglesa aos cuidados de saúde na sequência da grande diminuição dos tempos de espera nos serviços de saúde (OPSS, 2008).

Em 2008 foi elaborado o relatório *High Quality Care for All* (DOH, 2008), com o intuito de rever o NHS e determinar as reformas futuras necessárias para fazer face às grandes mudanças na sociedade, incluindo o envelhecimento da população, desenvolvimento tecnológico, aumento das exigências da população e alteração na natureza das doenças. Os objectivos propostos foram: ajudar as pessoas a manterem-se saudáveis, capacitar os pacientes, providenciar os tratamentos mais eficazes e assegurar a segurança dos pacientes. Estes objectivos reflectem os do *NHS Plan*, não havendo portanto uma alteração da direcção da mudança no NHS (Boyle, 2011).

3.3. EVOLUÇÃO DO SNS NA ÚLTIMA DÉCADA

O SNS é formado por todas as entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde, designadamente os estabelecimentos hospitalares, as unidades locais de saúde, os centros de saúde e os agrupamentos de centros de saúde (ACES). Todos os serviços e estabelecimentos do SNS, independentemente da respectiva natureza jurídica, estão sob a tutela do membro do governo responsável pela área da saúde e regem-se por legislação própria (Rego e Nunes, 2010).

É importante conhecer a evolução do sistema de saúde português num passado mais recente, para compreender melhor os factores que mais influenciam o seu desenvolvimento e configuração actual. Ao longo dos últimos 30 anos pode ser claramente identificado um esforço sustentado para melhorar a saúde e os serviços de saúde. De uma forma geral, estes esforços incidiram no aumento do financiamento da saúde, na expansão dos serviços de saúde, quer em termos de instalações quer na adopção de novas tecnologias médicas e de informação, na melhoria do acesso a medicamentos e na melhoria da organização e gestão do SNS (OPSS, 2003).

Até ao ano de 2002, grande parte das mudanças no SNS foram incrementais e implementadas de forma incompleta, por limitações de gestão, resistência à mudança e debilidades do sistema político e da governação. Porém, durante um novo ciclo político, de 2002 a 2005, observou-se um aumento da intensidade na acção governativa, que

procurou um claro contraste entre o espírito de acção do novo governo e a imagem de inacção dos governos que o tinham precedido, intenção bem traduzida na expressão “Portugal em acção” (OPSS, 2009). Durante este período, várias medidas e reformas foram implementadas, tendo sido também lançado o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (DGS, 2004).

Apesar deste ciclo ter sido caracterizado por um maior dinamismo, determinação e discurso de acção por parte do Ministério da Saúde, a gestão da mudança baseou-se em certezas e opções *a priori* e foi acompanhada por um *blackout* informativo relativamente aos seus fundamentos teóricos e empíricos e a outros aspectos críticos das reformas da saúde (OPSS, 2009).

Em 2005, um novo governo apresentou um conjunto de objectivos e de medidas assentes na primazia do cidadão no sistema de saúde, com pontos indutores de maior eficiência e melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde. Os centros de saúde voltaram a surgir como elemento estruturante e propulsor da mudança, havendo promessas de modernização das suas instalações e equipamentos. Porém, as tomadas de decisão isoladas, a ausência de discussão de prioridades com os actores locais e alguma descoordenação na implementação criaram um ambiente de grande contestação social (OPSS, 2009).

No início de 2008, uma nova equipa apresentou como principais objectivos o acesso facilitado e adequado aos cuidados de saúde e a devolução da confiança aos cidadãos e aos profissionais de saúde, colocando no centro do sistema de saúde os cuidados de saúde primários (OPSS, 2009).

O Quadro 3 resume as medidas políticas e reformas do SNS entre 1999 e 2009 (Barros *et al.*, 2011).

Em suma, os últimos anos têm sido ricos no número de reformas iniciadas. Algumas começaram de novo, desenvolvendo-se numa nova direcção (como, por exemplo, a reforma dos cuidados primários), outras continuaram sob diferentes governos e outras só recentemente foram lançadas. No futuro próximo, o sistema de saúde português deverá ser caracterizado principalmente pela consolidação das reformas em curso. Os

principais desafios políticos virão das etapas de implementação, visto algumas das respostas serem susceptíveis de provocar protestos de grupos-chave (profissionais de saúde, associações do sector, associações de doentes). A nível macro, o Ministério da Saúde enfrenta a questão de lidar com pressões para um aumento das despesas de cuidados de saúde, num contexto de contenção da despesa pública, devido às condições económicas actuais (Barros *et al.*, 2011).

Quadro 3

Principais medidas políticas e reformas do SNS entre 1999 e 2009 (Barros *et al.*, 2011)

ANO	MEDIDAS POLÍTICAS E REFORMAS
1999	<p>São estruturados os serviços de saúde pública, a nível regional e local.</p> <p>São criados os centros de responsabilidade integrados nos hospitais do SNS, permitindo a descentralização da tomada de decisão, do planeamento e do controlo dos recursos e introduzindo a componente empresarial na gestão destas unidades.</p> <p>É estabelecido o regime dos centros de saúde.</p>
2002	<p>O novo regime de gestão hospitalar é aprovado, introduzindo mudanças profundas na Lei das Bases da Saúde e dá-se expressão institucional a modelos de tipo empresarial (EPE).</p> <p>São estabelecidas parcerias público-privadas com os novos hospitais, de forma a melhorar a eficiência e a relação custo-benefício do investimento público.</p>
2003	<p>Foi criada a rede de cuidados de saúde primários.</p> <p>Surgem as taxas moderadoras, com o objectivo de moderar, racionalizar e regular o acesso à prestação de cuidados de saúde, reforçando o princípio de justiça social no SNS.</p> <p>Nasce a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), que traduz a separação da função do Estado como regulador e supervisor, em relação às suas funções de operador e financiador.</p>
2004	É apresentado o Plano Nacional de Saúde 2004-2010.
2005	A entrada e o preço dos medicamentos não sujeitos a receita médica são liberalizados, a fim de melhorar o acesso aos cuidados, reduzir os preços e aumentar a competição.
2006	<p>É criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, visando dar resposta ao progressivo envelhecimento da população, ao aumento da esperança média de vida e à crescente prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes.</p> <p>São encerradas salas de partos e vários serviços de urgência de cuidados primários (em alguns casos, apenas no período nocturno).</p>
2007	Surgem as primeiras unidades de saúde familiar, dando corpo à reforma dos cuidados de saúde primários, com o objectivo de obter ganhos em saúde, através da aposta na acessibilidade, na continuidade e na globalidade dos cuidados prestados.
2008	Assiste-se a mais um passo importante na reforma dos cuidados de saúde primários, com a criação dos agrupamentos de centros de saúde (ACES) do SNS.
2009	Há uma reestruturação da organização dos serviços operativos de saúde pública a nível regional e local, articulando com a organização das administrações regionais de saúde e dos agrupamentos de centros de saúde.

3.4. O SNS E A CRISE ACTUAL

A actual crise financeira, económica e social tornou-se uma realidade na vida de um número crescente de pessoas através de fenómenos como a diminuição do poder de compra, o desemprego e o consequente risco de pobreza. A resposta à crise tornou-se o tema central de todas as discussões, bem como da agenda do espaço europeu. Neste contexto, Portugal tornou-se um país “intervencionado” através da Troika (Fundo Monetário Internacional, Banco Central Europeu e União Europeia) e, como tal, sujeito a um conjunto de medidas que visam restabelecer a confiança dos mercados e criar as condições para que o país possa cumprir os seus compromissos internacionais (OPSS, 2011).

As medidas acordadas no memorando de entendimento caracterizam-se, de uma forma geral, pela imposição de um calendário apertado de reformas que atingem todos os sectores de actividade, incluindo o da saúde. O Quadro 4 apresenta as medidas apontadas pelo OPSS (2011) como sendo as mais difíceis de implementar.

Segundo o OPSS (2011), não existem sistemas de saúde preparados para responder aos tremendos desafios que resultam de uma crise económica, financeira e social destas dimensões, salientando a necessidade de um processo rápido de aprendizagem sobre como responder aos seus efeitos no domínio da saúde. Esta aprendizagem exige uma análise retrospectiva daquilo que foi feito recentemente, nomeadamente a nível das medidas políticas e reformas adoptadas, mas também a antecipação da forma como as medidas previstas no memorando de entendimento vão ser implementadas, assim como os seus prováveis efeitos. A situação actual exige, deste modo, uma nova atitude prospectiva na governação da saúde.

Com a finalidade de identificar e analisar as principais medidas a adoptar na governação da saúde, o OPSS (2011) desenvolveu e fundamentou um modelo de análise prospectiva, que permite acompanhar a evolução da situação a partir de cenários pré-definidos (ver Figura 1). A representação deste modelo analítico procura mapear uma tipologia relativamente simples das principais medidas políticas de saúde, nas actuais circunstâncias, e focar a relação entre as medidas conjunturais, com efeitos a curto prazo, e as medidas mais estruturantes de longo prazo.

Quadro 4

Medidas impostas pela Troika para o sector da saúde (OPSS, 2011)

MEDIDAS
1. Implementar um modelo auto-sustentável nos subsistemas de saúde públicos.
2. Implementar regras para a prescrição de medicamentos e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT), de acordo com as directivas internacionais.
3. Proceder a alterações no que respeita à margem de lucro, estabelecendo uma margem comercial regressiva, assim como estabelecer um lucro fixo às farmácias e empresas de distribuição de produtos farmacêuticos, tomando como exemplo os outros Estados-Membros.
4. Nos casos em que eventualmente as margens de lucro não produzam as poupanças estimadas pelo novo sistema, será necessária a aplicação de uma contribuição sob forma de reembolso, de acordo com a margem de lucro.
5. Estabelecer o preço máximo do 1º genérico disponível no mercado. É pretendido que o 1º genérico seja definido em 60% do valor do medicamento de marca com o mesmo composto activo.
6. Fomentar junto dos médicos a necessidade de prescrição de medicamentos genéricos em detrimento dos medicamentos de marca, dado que estes são mais dispendiosos.
7. Aumentar a concorrência entre prestadores de saúde privados estabelecendo diversas medidas.
8. Estabelecer uma revisão e fiscalização periódicas aos preços pagos aos prestadores de saúde privados.
9. Diminuir o custo de transporte de doentes.
10. Reduzir os custos operacionais dos hospitais em cerca de 200 milhões de euros até 2012.
11. Reequilibrar a distribuição de médicos de família de modo a que esta seja mais uniforme, possibilitando acesso aos utentes de famílias mais carenciadas, e garantir a correcta distribuição destes profissionais por todo o país.
12. Definir e implementar novas regras para aumentar a mobilidade dos médicos de família e outros profissionais de saúde no país.

As *medidas restritivas* são o conjunto de acções de comando e controlo que permitem conter, no imediato, o crescimento da despesa no sector da saúde, incidindo no volume de recursos financeiros, humanos e materiais, nas remunerações e nos preços. Por sua vez, uma *governação da saúde de qualidade* corresponde a uma governação prospectiva e adaptativa, baseada no conhecimento, realização dos objectivos do sistema, transparência na informação e decisões, enquadramento dos actores sociais (minimizando resistências às mudanças) e inclusão das pessoas.

Para além destes dois conceitos, o modelo apresenta vários componentes que enquadram as diferentes medidas políticas, como, por exemplo, a componente

Organização e Profissões. Esta representa o desenvolvimento organizacional e profissional, associado à capacidade de reconhecer e analisar as necessidades de mudança face às novas realidades do sistema de saúde, consolidando as reformas já realizadas e desenvolvendo novos instrumentos de gestão e de governação clínica e organizacional. Tem como objectivos assegurar o acesso, qualidade e segurança no SNS, a integração de cuidados e a satisfação dos profissionais e utilizadores (OPSS, 2011).

Figura 1

Modelo analítico prospectivo para a governação da saúde (OPSS, 2011)



O acompanhamento destes momentos críticos para o SNS não pode ser feito, exclusivamente, pelo sistema político e pelos seus parceiros internacionais, devendo envolver, da forma mais extensa e profunda possível, todas as organizações de saúde e o conjunto da sociedade portuguesa. De acordo com o OPSS (2011), será a extensão e a qualidade desse envolvimento que sinalizará a capacidade do país de responder positivamente aos desafios que tem de enfrentar e eventualmente de transformar a actual crise numa oportunidade.

3.5. A MUDANÇA ORGANIZACIONAL NO NHS E NO SNS

De acordo com o relatório de saúde *A First Class Service* (DOH, 1998), o NHS enfrentava mais desafios do que nunca em 1998, como por exemplo os grandes avanços médicos, um público mais informado e exigente, mudanças na estrutura familiar, mudanças na vida profissional e uma população cada vez mais envelhecida. Por esta razão, “nenhuma organização, por melhor que seja, se pode dar ao luxo de ficar parada” (DOH, 1998).

Uma das medidas de ação do governo inglês, apresentada no mesmo relatório, foi a criação de uma comissão que ficaria responsável por realizar uma revisão da evidência na área da gestão da mudança, com o intuito de disponibilizar essa mesma informação a todos os profissionais do NHS e a capacitar as organizações para conseguirem responder aos desafios representados pelas mudanças constantes na sua envolvente.

Consequentemente, foi publicado o manual *Organisational Change: A review for healthcare managers, professionals and researchers* (Iles e Sutherland, 2001), com o objectivo de providenciar um recurso e um instrumento de referência para ajudar os leitores (gestores de saúde, profissionais e investigadores) a percorrer a literatura actual sobre gestão da mudança e a considerar a evidência existente sobre as diferentes abordagens e modelos de mudança.

O governo português, no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (DGS, 2004), focou a importância da mudança ao eleger dois grupos de estratégias de implementação: a obtenção de mais saúde para todos e a gestão da mudança. De acordo com este plano, “para se desenvolverem com eficiência e de uma forma participada e informada as intervenções necessárias para melhorar o estado de saúde dos portugueses, é necessário promover uma mudança de cultura, de hábitos de trabalho e de formas de responsabilização” (DGS, 2004). Para tal, são definidas orientações estratégicas sob três perspectivas: centrar a mudança na cidadania, capacitar o sistema de saúde para a inovação e reorientar o sistema de saúde.

No mesmo plano, é referida a importância da definição e adequação de uma política de recursos humanos. Segundo a DGS (2004), a política de recursos humanos deve

contemplar aspectos laborais e profissionais, mas também valorizar as pessoas, a história das suas profissões, as suas expectativas e motivações, adequando instrumentos de incentivos a diferentes grupos de interesses.

3.6. CONCLUSÕES

No ambiente actual de mudança e incerteza (Moran e Brightman, 2001; Senior, 2002; Beer *et al.*, 1990; Todnem By, 2005), a mudança organizacional é fundamental para a sobrevivência e sucesso das organizações (Luecke, 2003; Turner *et al.*, 2009; Beer e Nohria, 2000). Tendo em conta o problema formulado no início do trabalho, ou seja, a incapacidade das organizações de saúde de implementar mudanças com sucesso, muitos autores defendem que a solução passa pela capacitação das organizações e dos seus colaboradores para a gestão da mudança (Todnem By, 2007; Andrews *et al.*, 2008).

Ao analisar a evolução do sistema de saúde português na última década, verifica-se que as organizações de saúde estão inseridas num contexto político caracterizado por um grande número de medidas e reformas de saúde (Barros *et al.*, 2011), que influenciam, por um lado, o funcionamento das organizações (regulação, parcerias público-privadas) e, por outro, o comportamento da população (acesso aos cuidados de saúde). Estas medidas reforçam a importância da necessidade das organizações serem capazes de adoptar mudanças organizacionais, com vista à adaptação e sobrevivência.

A importância da capacitação das organizações de saúde para a mudança é também realçada por diversas entidades relacionadas com a saúde, como a WHO e a OPSS. Um resumo das principais medidas relacionadas com a gestão da mudança, defendidas pelas entidades referidas neste capítulo, é apresentado no Quadro 5.

A revisão da evidência na área da mudança organizacional (Iles e Sutherland, 2001), encomendada pelo governo inglês, com o intuito de disponibilizar um recurso a todos os profissionais do NHS sobre as principais abordagens, modelos, técnicas e ferramentas de gestão da mudança, foi um passo importante para capacitar as organizações, de forma a conseguirem responder às exigências do governo e dos utentes e acompanhar as mudanças no ambiente actual (McAuliffe e Vaerenbergh, 2006; Gittins e Standish, 2010).

Quadro 5

Medidas de saúde relacionada com gestão da mudança

AUTORES	DEFINIÇÃO
WHO (2008)	<ul style="list-style-type: none"> Promoção da aprendizagem e cooperação entre países Capacitação dos sistemas de saúde para responderem a crises
OPSS (2011)	<ul style="list-style-type: none"> Reconhecimento e análise das necessidades de mudança face às novas realidades do sistema de saúde Desenvolvimento de instrumentos de gestão e de governação clínica e organizacional
DOH (1998)	<p><i>NHS Plan:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Desenvolvimento de orientações e <i>frameworks</i> para todos os serviços Publicação dos manuais “<i>Organisational Change</i>”
DGS (2004)	<p>Plano Nacional de Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> Foco na gestão da mudança e na modernização dos serviços Definição e adequação da política de recursos humanos

O governo português, por sua vez, apesar de ter definido orientações estratégicas na área da gestão da mudança, não apresentou medidas concretas de capacitação das organizações de saúde (DGS, 2004). No entanto, é de salientar a preocupação demonstrada com a definição e adequação de uma política de recursos humanos. Ao criar este tipo de estratégias, a DGS está a promover a valorização dos profissionais de saúde, cujo desempenho influencia significativamente a qualidade da prestação de serviços e, consequentemente, a satisfação dos utentes (Golden, 2006; Applebaum e Wohl, 2000; Iles e Sutherland, 2001).

4. MUDANÇA ORGANIZACIONAL: O ESTADO DA ARTE

“Nada é permanente, excepto a mudança”

Heráclito (450 a.C.)

Apesar de a mudança ser uma ideia antiga e difundida, como demonstra a frase do filósofo Heráclito (450 a.C.), o estudo da mudança organizacional surgiu apenas no início do século XX, tendo o aparecimento de organizações de maior dimensão e complexidade, após a Segunda Guerra Mundial, aumentado o interesse nesta área (Iles e Sutherland, 2001).

Actualmente, existe já um vasto conjunto de conhecimentos sobre a mudança no contexto organizacional, tendo sido apresentadas inúmeras definições teóricas, como pode ser observado no Quadro 6.

Quadro 6

Definições de mudança organizacional

AUTORES	DEFINIÇÃO
Bechkar e Harris (1977)	Passagem do estado actual para um estado futuro, através de uma fase de transição.
Nadler <i>et al.</i> (1995)	Resposta da organização às transformações que vigoram no ambiente, com o intuito de manter a congruência entre os componentes organizacionais (trabalho, pessoas, estrutura e cultura).
Van de Ven e Poole (1995)	Observação empírica de alterações no tamanho, qualidade ou estado de uma ou mais dimensões da organização ao longo do tempo.
Burnes (1996)	Alterações que ocorrem nas organizações ao nível dos indivíduos, grupos e de toda a organização.
Wood Jr. (2000)	Qualquer transformação de natureza estrutural, estratégica, cultural, tecnológica, humana ou de outro componente, capaz de gerar impacto em partes ou no conjunto da organização.

Grande parte da literatura sobre gestão publicada nos últimos anos faz uma referência inicial ao facto de vivermos num mundo de mudanças rápidas e turbulentas, como a obra de Harvey e Brown (2001):

“In the past, managers aimed for success in a relatively stable and predictable world. However, in the hyper turbulent environment of the 21st century, managers are confronting an accelerating rate of change. Today’s learning organization must be able to transform and renew to meet these changing forces.”

Os autores referem dois aspectos importantes da mudança: (1) a mudança de um mundo relativamente estável e previsível para um mundo turbulento e (2) a necessidade de aprendizagem e adaptação por parte das organizações face ao ritmo cada vez mais acelerado de mudança (Balogun e Haley, 2004; Beer *et al.*, 1990; Burnes, 2004; Luecke, 2003; Moran e Brightman, 2001; Senior, 2002). Segundo a maioria dos autores, a aprendizagem e adaptação referidas implicam o reconhecimento da mudança organizacional como uma resposta essencial e inevitável para a sobrevivência das organizações no mundo actual (Applebaum e Wohl, 2000; Beer e Nohria, 2000; Luecke, 2003; Todnem By, 2007; Turner *et al.*, 2009).

Perante esta realidade, os gestores actuais procuram cada vez mais compreender a natureza e os processos subjacentes à mudança, assim como as técnicas e ferramentas que facilitam a sua condução (Burnes, 2004; McAuliffe e Vaerenbergh, 2006). A literatura apresenta, porém, um conjunto vasto de teorias e abordagens confusas e contraditórias, que têm sido também alvo de mudanças nos últimos anos (Beer e Nohria, 2000; Burnes, 2004; Klarner *et al.*, 2008; Todnem By, 2005).

O discurso tradicional sobre mudança organizacional, prevalente nos anos 50, 60 e 70, foi gradualmente substituído por uma conceptualização significativamente diferente nas últimas décadas (Oswick, 2005). O conceito de desenvolvimento organizacional foi originalmente formulado há mais de 50 anos por Lewin (1951), cujo trabalho pioneiro deu origem a muitos outros trabalhos sobre o tema nos anos 60 e 70 (Beckhard, 1969; Cummings e Huse, 1975; French e Bell, 1973; Schein, 1969).

No entanto, nos últimos vinte anos, os textos sobre desenvolvimento organizacional têm sido substituídos por textos sobre gestão da mudança (Cameron e Green, 2004; McCalman e Paton, 2000; Hayes, 2002), tendo este movimento representado mais do que uma simples renomeação. Segundo Oswick (2005), significou uma alteração na forma de pensar sobre a mudança organizacional, que resultou maioritariamente da

necessidade de resposta das organizações às exigências do ambiente e que teve implicações nos diferentes aspectos da mudança, como pode ser observado no Quadro 7.

Quadro 7

Discurso tradicional e discurso emergente sobre mudança organizacional (Oswick, 2005)

DIMENSÕES DA MUDANÇA	DISCURSO TRADICIONAL	DISCURSO EMERGENTE
Período de prevalência	Dos anos 50 aos anos 80	A partir dos anos 80
Abordagem à mudança	Macro-centralizada (desenvolvimento organizacional)	Micro-dispersa (gestão da mudança)
Ambiente externo	Mundo relativamente estável e previsível	Mundo turbulento e em rápida mudança
Stakeholders-chave	Consultores e representantes do sistema	Gestores locais e trabalhadores
Natureza do processo de mudança	Orientação para a mudança discreta	Orientação para a mudança contínua
Foco da mudança	Problemas (encontrar soluções para os aspectos negativos)	Melhoria (amplificar e replicar os aspectos positivos)
Alvos da mudança	Objectos tangíveis e artefactos (regras, processos, estrutura organizacional)	Fenómenos intangíveis (imagem, identidade, gestão do conhecimento, aprendizagem organizacional, visão)
Preocupação primária	Mudança <i>hard</i> (demonstrar as mudanças tangíveis)	Mudança <i>soft</i> (gerir as expectativas e percepções da mudança)
Estratégia de mudança	Reactiva e incremental	Proactiva e emergente

Os discursos sobre mudança organizacional, defendidos por Oswick (2005), integram algumas das teorias e abordagens sobre mudança organizacional predominantes na literatura disponível sobre o tema, como as abordagens contínua, incremental, *soft* e emergente.

4.1. TEORIAS DE MUDANÇA ORGANIZACIONAL

Para abordar as diferentes teorias e abordagens predominantes na literatura sobre mudança organizacional, no presente trabalho é adoptado o esquema de Senior (2002) e Todnem By (2005; 2007), que apresenta três classificações de mudança: (1) segundo a taxa de ocorrência, (2) segundo a extensão ou impacto e (3) segundo a forma como ocorre ou o grau de planeamento. Uma quarta classificação abordada na literatura é

adicionada, devido à sua relevância para o tema do trabalho: (4) segundo os aspectos focados. No Quadro 8, encontram-se alguns dos autores que defendem as diferentes teorias de mudança consideradas.

Quadro 8

Teorias e abordagens de mudança organizacional

CLASSIFICAÇÃO	TIPOS DE MUDANÇA	AUTORES
	Episódica/descontínua	Guimaraes e Armstrong (1998) Luecke (2003) Weick e Quinn (1999) Todnem By (2005)
1. Segundo a taxa de ocorrência	Contínua	Luecke (2003) Todnem By (2005) Weick e Quinn (1999)
	Equilíbrio pontuado	Balogun e Haley (2004) Burnes (2004) Gersick (1991)
2. Segundo a extensão ou impacto	Radical	Nadler e Tushman (1990)
	Incremental	Nadler e Tushman (1990)
	Planeada	Burnes (2004) Cunha e Rego (2002) Huse (1980) Lewin (1951) Lippit <i>et al.</i> (1958) Porras e Robertson (1992)
3. Segundo a forma como ocorre ou o grau de planeamento	Emergente	Burnes (2004) Cunha e Rego (2002) Kanter <i>et al.</i> (1992) Kotter (1996) Luecke (2003) Pettigrew e Whipp (1991)
	Contingencial	Burnes (1996) Dunphy e Stace (1993) McAuliffe e Vaerenbergh (2006)
	Hard	Beer e Nohria (2000) Luecke (2003) Sirkin <i>et al.</i> (2005)
4. Segundo os aspectos focados	Soft	Beer e Nohria (2000) Luecke (2003)
	Holística	Beer e Nohria (2000) Checkland (2000) Luecke (2003) Turner <i>et al.</i> (2009)

4.1.1. Classificação segundo a taxa de ocorrência

As principais abordagens de mudança identificadas na literatura, de acordo com a sua taxa de ocorrência na vida organizacional, são a mudança episódica ou descontínua e a mudança contínua (Luecke, 2003; Weick e Quinn, 1999).

Segundo Luecke (2003), a mudança descontínua é definida por eventos únicos que decorrem de iniciativas de grande dimensão, separadas no tempo e seguidas por longos períodos de consolidação e calma. Para Weick e Quinn (1999), o conceito de mudança episódica abrange todas as alterações organizacionais que tendem a ser pouco frequentes, descontínuas e intencionais. De um modo geral, estas mudanças ocorrem durante um período de divergência, ou seja, quando as organizações se afastam das suas condições de equilíbrio, e em períodos distintos, sendo precipitadas tanto por factores externos como internos.

Este tipo de abordagem encontra-se associado a organizações com estruturas hierárquicas fortemente pesadas, formais e burocráticas, que tendem a enveredar pela manutenção dos seus processos e rotinas de trabalho. A mudança surge apenas face a pressões da envolvente externa e a resultados menos desejados, havendo uma preferência por uma adaptação a curto prazo em detrimento de uma adaptação a longo prazo (Ferreira e Martinez, 2008).

Os defensores da mudança descontínua consideram-na mais eficaz em termos financeiros, uma vez que não tem os custos associados a um processo com inúmeras iniciativas de mudança e um fim indeterminado e gera menos confusão que a mudança contínua (Guimaraes e Armstrong, 1998; Todnem By, 2005).

Apesar da mudança descontínua ser ainda aplicada em algumas iniciativas de mudança, parece haver um consenso entre os autores de que os seus efeitos não duram no tempo (Grundy, 1993; Love *et al.*, 1998; Luecke, 2003; Taylor e Hirst, 2001).

A mudança contínua, por sua vez, corresponde à situação em que as organizações monitorizam, detectam e respondem continuamente ao ambiente externo e interno através de pequenos passos, num processo contínuo (Luecke, 2003). Para Weick e

Quinn (1999), as mudanças contínuas tendem a ser constantes, cumulativas e evolutivas.

Neste âmbito, estamos perante organizações caracterizadas por organogramas em estrutura horizontal, grande flexibilidade de funções e culturas de inovação e desenvolvimento, que legitimam as acções da mudança e promovem comportamentos reactivos e proactivos. As mudanças surgem, assim, como resposta a factores internos e externos, conduzindo a um conjunto de aprendizagens organizacionais e a uma cultura de desenvolvimento contínuo (Ferreira e Martinez, 2008).

Poole e Van de Ven (2004), ao discutirem a distinção entre mudança episódica e contínua, estabelecem correlações com dicotomias apresentadas por outros autores, como a mudança de primeira ordem *versus* de segunda ordem (Meyer *et al.*, 1993) e a mudança radical *versus* incremental (Nadler e Tushman, 1990).

Cunha *et al.* (2007) defendem que a escolha da abordagem depende, fundamentalmente, do grau de desajuste da organização à envolvente e, por conseguinte, da amplitude da mudança organizacional necessária e do tempo disponível para a sua implementação. Uma solução integradora dos dois tipos de mudança é apresentada no modelo do equilíbrio pontuado proposto por Gersick (1991), segundo o qual períodos de relativa estabilidade e calma são pontuados por breves períodos de aceleração do ritmo de mudança (Balogun e Haley, 2004; Burnes, 2004).

4.1.2. Classificação segundo a extensão ou impacto

Em relação à classificação da mudança organizacional segundo a sua extensão ou impacto na organização, são identificadas diversas teorias (Dunphy e Stace, Nadler e Tushman, 1990; 1993; Senior, 2002).

Cunha *et al.* (2007) referem dois tipos de mudança: radical e incremental. A primeira acontece através de um grande episódio de forte impacto na organização, enquanto a segunda ocorre por meio de pequenos episódios, tendo cada um, se individualmente considerado, um impacto limitado.

Para Nadler e Tushman (1990), as mudanças incrementais são pouco profundas, envolvendo apenas uma parte da organização, e as mudanças estratégicas são, por seu lado, muito profundas, afectando a organização como um todo. Estas últimas podem implicar a quebra de um padrão e a criação de uma configuração totalmente nova.

Os autores referem ainda que pode existir um posicionamento temporal da mudança, relativamente a factores-chave externos. Algumas transformações surgem como resposta a acontecimentos exteriores, denominando-se mudanças reactivas. Outras são iniciadas, não como resposta a acontecimentos externos concretos, mas sim como elementos de planeamento, antecipando eventuais alterações na envolvente, denominando-se mudanças antecipatórias (Ferreira e Martinez, 2008).

A combinação das duas dimensões (extensão e posicionamento temporal face a acontecimentos externos) define quatro tipos de mudança organizacional: afinação, adaptação, reorientação e recriação, ilustradas na Figura 2 (Nadler e Tushman, 1990).

Figura 2

Tipos de mudança organizacional segundo Nadler e Tushman (1990)

		Incremental	Estratégica
Antecipatória	Reactiva	AFINAÇÃO	REORIENTAÇÃO
		ADAPTAÇÃO	RECRIAÇÃO

Dunphy e Stace (1993) e Senior (2002) definem ainda quatro tipos diferentes de mudança: mudança convergente, ajustamento incremental, transformação modular e transformação corporativa (ver Figura 3).

O ajuste fino descreve um processo contínuo, com o objectivo de alinhar a estratégia, processos, pessoas e cultura da organização, manifestando-se geralmente a nível departamental (Dunphy e Stace, 1993; Senior, 2002). O ajuste incremental envolve alterações distintas na estratégia e processos organizacionais, não incluindo, no entanto, mudanças radicais (Senior, 2002). A transformação modular caracteriza-se por grandes

mudanças num ou em vários departamentos. Ao contrário do ajustamento incremental, este tipo de mudança pode ser radical mas foca-se apenas numa parte da organização e não na sua totalidade (Senior, 2002). Por último, a transformação corporativa define a mudança que afecta a organização como um todo e caracteriza-se por alterações radicais na sua estratégia (Dunphy e Stace, 1993).

Figura 3

Tipos de mudança organizacional segundo Dunphy e Stace (1993) e Senior (2002)

	Incremental	Radical
Departamental	AJUSTE FINO	TRANSFORMAÇÃO MODULAR
Total	AJUSTE INCREMENTAL	TRANSFORMAÇÃO CORPORATIVA

4.1.3. Classificação segundo a forma como ocorre ou o grau de planeamento

Duas abordagens principais sobre a forma como a mudança organizacional ocorre predominam na literatura, moldando grande parte do desenvolvimento da teoria da gestão da mudança: a mudança planeada e a mudança emergente.

De acordo com Poole e Van de Ven (2004), o contraste entre mudança planeada e mudança não planeada reside no grau em que a mudança pode ser coreografada ou controlada. As teorias de mudança planeada especificam formas de gerir e controlar os processos de mudança, enquanto as teorias de mudança não planeada implicam que a mudança é em certa medida uma força com “vida própria”, susceptível de ser canalizada, mas não controlada ou gerida.

A abordagem planeada pressupõe, deste modo, a crença de que a mudança organizacional pode ser planeada e gerida através de um conjunto sequencial de passos ou etapas (Burnes, 2004; Lewin, 1951). Esta abordagem, derivada do discurso tradicional do desenvolvimento organizacional, encara a mudança como episódica e

impulsionada por factores externos, descrevendo os passos que uma organização tem de seguir, de forma a atingir o resultado necessário ou desejado (Burnes, 1996; Porras e Silvers, 1991; Todnem By, 2005). É também considerada uma abordagem *top-down* (Burnes, 1996), em que a mudança é conduzida e imposta pelos gestores seniores, visto serem estes os únicos com capacidade de ter uma visão geral da organização e de prever o seu futuro (McAuliffe e Vaerenbergh, 2006).

A mudança planeada teve origem no trabalho de Lewin (1951) e foi aceite e considerada eficaz por muitos autores (French e Bell, 1984; Huse, 1980; Lippit *et al.*, 1958; Porras e Robertson, 1992), procurando explicar os processos subjacentes à mudança e reforçando a importância de entender as diferentes fases que uma organização tem de percorrer, de forma a mover-se de um estado insatisfatório para o estado desejado (Eldrod II e Tippett, 2002).

O trabalho de Lewin (1951) serviu de base a grande parte da teoria sobre mudança organizacional nas décadas seguintes. De uma forma geral, o autor e os seus seguidores na área do desenvolvimento organizacional argumentam que o modelo de mudança planeada é a melhor forma (“*the best way*”) de mudar as organizações (Burnes, 1996).

No entanto, esta abordagem tem sido alvo de crítica crescente desde os anos 80 (Burnes, 1996; Kanter *et al.*, 1992) por diversas razões:

- Baseia-se no pressuposto de que a organização opera em condições constantes e que, portanto, se pode mover de forma planeada de um estado estável para outro (Bamford e Forrester, 2003). Os defensores da abordagem planeada ignoram, desta forma, a natureza complexa e dinâmica dos processos da organização e do ambiente em que se insere (Wilson, 1992).
- Foca-se na mudança de pequena extensão, não sendo aplicável a situações que requerem uma mudança rápida e transformacional (Burnes, 1996; Senior, 2002). Nestes casos, torna-se impossível para os gestores identificarem, planearem e implementarem as respostas necessárias (Kanter *et al.*, 1992).

- Depende fortemente dos gestores de topo e no pressuposto de que estes conseguem prever e compreender as consequências das suas acções (Wilson, 1992).
- Presume que todas as partes envolvidas numa mudança particular têm vontade e interesse na sua implementação, parecendo ignorar possíveis conflitos organizacionais e políticos (Burnes, 1996).

O Quadro 9 apresenta um resumo das vantagens e inconvenientes da mudança planeada, de acordo com Cunha e Rego (2002).

Quadro 9

Vantagens e inconvenientes da mudança planeada (Cunha e Rego, 2002)

VANTAGENS	INCONVENIENTES
Focaliza a atenção nos objectivos que se pretendem alcançar.	O planeado nem sempre é implementado.
Normalmente está alinhada com a distribuição do poder, o que pode facilitar a sua implementação.	A informação pode ser distribuída assimetricamente entre sub-unidades, conduzindo a perspectivas diferentes do problema e do processo.
Fornece uma aparência de racionalidade, que pode aumentar a sua legitimidade.	Mais adequada para responder a ameaças do que para explorar oportunidades.
Permite uma análise comparativa das vias de implementação, facilitando a escolha das mais satisfatórias.	Pode induzir a adopção de práticas que funcionaram bem noutros contextos mas que não se adequam às especificidades da organização.
A via considerada mais adequada é mais facilmente explicitada e transmitida.	Atrasos na implementação, impasses e lutas políticas podem neutralizar a utilidade da mudança.
A legitimidade do processo permite conduzir mais facilmente a mudança.	Pode ser formulada por gestores desconhecedores das contingências e das particularidades locais.

Em resposta às críticas feitas à abordagem planeada da mudança, a mudança emergente foi ganhando importância e espaço na literatura a partir dos anos 80. Segundo esta abordagem, a mudança é um processo orgânico, que não pode ser planeado e que se desenvolve tendo em conta múltiplas variáveis da organização (Burnes, 1996).

Para Burnes (1996; 2004), a mudança não deve ser encarada como uma série linear de eventos com um período de tempo definido, mas como um processo contínuo de

adaptação a um ambiente imprevisível, multi-facetado e em rápida mudança. Esta abordagem é considerada um processo de aprendizagem, permitindo às organizações lidar com a complexidade e incerteza do ambiente em que se inserem (Altman e Iles, 1998; Beer *et al.*, 1990; Dunphy e Stace, 1993).

A mudança emergente promove assim o conhecimento profundo da estratégia, estrutura, sistemas, pessoas, estilo e cultura e de como estes aspectos podem funcionar como bloqueadores ou, alternativamente, impulsionadores de um processo de mudança bem sucedido (Burnes, 1996). Pode advir de factores externos, como a economia, comportamento dos concorrentes e clima político, ou internos, como o poder relativo dos diferentes grupos de interesse, distribuição do conhecimento e clima de incerteza, que influenciam a mudança em direcções fora do controlo dos gestores (Iles e Sutherland, 2001). Um grande desenvolvimento foi, deste modo, a adopção de uma abordagem a partir da base (*bottom-up*), em vez do topo (*top-down*), no planeamento e implementação da mudança (Burnes, 2004).

Dado que a abordagem emergente é relativamente recente, comparativamente à abordagem planeada, alguns autores consideram que há falta de coerência e harmonia nas técnicas utilizadas (Bamford e Forrester, 2003). De acordo com Burnes (1996), a aceitação e validade desta abordagem depende da crença que se tem ou não de que todas as organizações operam em ambientes dinâmicos e imprevisíveis, aos quais têm constantemente de se adaptar. O mesmo autor argumenta, no entanto, que o modelo emergente não oferece mais escolha que o modelo planeado, uma vez que os seus defensores procuram impor a sua “*the best way*”, no lugar da defendida pela mudança planeada.

O Quadro 10, à semelhança do anterior, apresenta um resumo das vantagens e inconvenientes da mudança emergente, segundo Cunha e Rego (2002).

Como desafio às duas teorias referidas anteriormente, surgiu uma terceira alternativa, definida como teoria contingencial da mudança. Esta defende que não existe uma melhor forma de gerir a mudança organizacional e que são necessárias diferentes abordagens, dependendo da situação e da organização (Dunphy e Stace, 1993). Os autores argumentam, deste modo, que, não só as organizações operam num ambiente

em constante mudança, como também são todas diferentes, não lidando necessariamente com as mesmas variáveis.

Quadro 10

Vantagens e inconvenientes da mudança emergente (Cunha e Rego, 2002)

VANTAGENS	INCONVENIENTES
Cria disponibilidade para a mudança planeada.	A sua acumulação é lenta, adaptativa.
Facilita a adesão aos bons resultados da mudança planeada.	É mais apropriada para a exploração de oportunidades do que para a resposta a ameaças.
É sensível às particularidades locais, contextuais.	Limita-se à cultura e à tecnologia existentes, não questionando o <i>status quo</i> cultural e tecnológico.
Cria espaço para a improvisação.	Pode revelar-se insuficiente para responder às transformações dos concorrentes.
Satisfaz as necessidades de autonomia, controlo e expressão individual.	É mais difusa do que focalizada.
Proporciona <i>feedback</i> imediato.	Ocorre mais ao nível das operações do que da estratégia.
Facilita a aprendizagem organizacional.	Os seus efeitos passam frequentemente despercebidos, não tendo um início e um final claros.

As duas abordagens de mudança dominantes na literatura podem assim ser encaradas como formas que se adequam a diferentes variáveis situacionais, em vez de dois sistemas de ideias opostos (Burnes, 1996). O modelo planeado é mais adequado a situações relativamente estáveis e previsíveis, onde a mudança pode ser conduzida a partir do topo. O modelo emergente, por outro lado, é mais adequado a situações imprevisíveis e que evoluem rapidamente, sendo praticamente impossível conduzir a mudança do topo (Burnes, 2004).

Da mesma forma, McAuliffe e Vaerenbergh (2006) defendem que os gestores actuais devem estar preparados para adoptar uma abordagem contingencial, escolhendo ou desenvolvendo o modelo que se adequa à situação particular das suas organizações. Esta teoria é uma rejeição da abordagem “*one best way for all*”, que caracteriza a mudança planeada e a mudança emergente, sendo substituída pela abordagem “*one best way for each*” (Burnes, 1996).

Esta teoria tem sido criticada, de uma forma geral, por assumir que as organizações e os gestores não têm influência e escolha sobre as variáveis situacionais. Burnes (1996) defende que as organizações têm influência e escolha, não só sobre a sua estrutura, mas também sobre as contingências e sobre os objectos e processos da própria mudança. Por exemplo, os gestores podem seleccionar a tecnologia a ser utilizada (Perrow, 1983), o ambiente em que operam e a própria dimensão da organização (Clegg, 1984). Desta forma, sendo possível manipular as variáveis situacionais, em vez de adaptarem a sua abordagem de mudança à situação, as organizações podem influenciar as contingências, de forma a alinhá-las com o seu estilo de gestão e com a sua cultura organizacional (Burnes, 1996).

4.1.4. Classificação segundo os aspectos focados

Beer e Nohria (2000) identificam, no seu estudo, duas teorias básicas de mudança, baseadas nos aspectos focados pelos gestores ou líderes: a teoria E e a teoria O.

Segundo os autores, a teoria E está associada a uma abordagem *hard* da mudança, focada na estrutura e processos da organização, sendo o valor dos accionistas o único indicador legítimo do sucesso organizacional. Este tipo de mudança geralmente envolve o uso de incentivos económicos, despedimentos, *downsizing* e reestruturação, sendo mais frequente no contexto de mercados financeiros, caracterizados por alterações drásticas e rápidas (Luecke, 2003).

A principal limitação deste tipo de abordagem é o distanciamento que os gestores criam em relação aos seus colaboradores, podendo mesmo vir a considerá-los parte do problema. Desta forma, não há um investimento nos recursos humanos da organização, o que inevitavelmente acaba por limitar a sua capacidade de desempenho sustentável (Beer e Nohria, 2000).

Por outro lado, a teoria O está associada a uma abordagem *soft*, focada nos comportamentos e atitudes dos colaboradores, tendo como objectivo desenvolver uma cultura organizacional e as capacidades humanas (como o trabalho de equipa e a comunicação) através da aprendizagem organizacional. Este tipo de mudança ocorre

geralmente em organizações com contratos psicológicos com os seus colaboradores baseados num forte compromisso (Beer e Nohria, 2000; Luecke, 2003).

O aumento de produtividade por parte dos recursos humanos, obtido com este tipo de abordagem, não melhora, no entanto, a situação da organização nos casos em que é necessária uma mudança estrutural (Beer e Nohria, 2000).

Beer e Nohria (2000) defendem a gestão simultânea das teoria E e O, de modo a alcançar rápidas melhorias no valor económico e desenvolver uma cultura organizacional aberta e de confiança, permitindo, assim, a melhoria do desempenho da organização de forma sustentável (Luecke, 2003; Turner *et al.*, 2009). No Quadro 11 são apresentadas as características da teoria E, da teoria O e da combinação de ambas.

Quadro 11

Características da teoria E, da teoria O e da combinação de ambas (Beer e Nohria, 2000)

DIMENSÕES	TEORIA E	TEORIA O	COMBINAÇÃO
Objectivos	Maximizar o valor dos accionistas	Desenvolver capacidades organizacionais	Aceitar o paradoxo entre o valor económico e a capacidade organizacional
Liderança	Gerir a mudança a partir do topo (<i>top-down</i>)	Encorajar a participação a partir de baixo (<i>bottom-up</i>)	Definir uma direcção a partir do topo e envolver as pessoas de baixo
Foco	Enfatizar a estrutura e sistemas (<i>hard</i>)	Criar uma cultura organizacional: comportamento e atitudes dos colaboradores (<i>soft</i>)	Focar simultaneamente o lado <i>hard</i> e o lado <i>soft</i> da organização
Processo	Planejar e estabelecer programas	Experimentar e envolver	Planejar, com vista à espontaneidade
Sistema de recompensa	Motivar através de incentivos financeiros	Motivar através do compromisso (pagamento como troca justa)	Usar incentivos para reforçar a mudança e não para conduzi-la
Uso de consultores	Os consultores analisam problemas e apresentam soluções	Os consultores apoiam os gestores na criação das suas soluções	Os consultores são recursos especialistas que capacitam os colaboradores

Checkland (2000) e Turner *et al.* (2009) defendem também que a combinação das abordagens *hard* e *soft* de mudança organizacional é necessária para a sua implementação com sucesso, denominando esta combinação de abordagem holística da mudança.

Segundo Checkland (2000), a abordagem *hard* providencia a estrutura necessária para facilitar a mudança organizacional, sendo, no entanto, insuficiente para implementá-la com sucesso. Para o autor, o sucesso da mudança requer também uma abordagem *soft*, que permite criar a oportunidade de conversação com os colaboradores para avaliar as oportunidades e problemas da organização, estimular a aprendizagem e criar uma ação comum e motivada (Jackson, 2003).

Sirkin *et al.* (2005) partilham esta ideia, argumentando, no entanto, que grande parte da teoria sobre gestão da mudança mais recente tem focado os aspectos *soft* da mudança, como a cultura, liderança e motivação, em detrimento dos aspectos *hard*. Os autores defendem que os aspectos *soft* não afectam directamente os resultados de muitas das iniciativas de mudança e que é necessário focar primeiro os aspectos *hard*, e só depois os *soft*, para uma mudança com sucesso.

4.1.5. Abordagem de sistema

Apesar de algumas teorias disponíveis na literatura considerarem a mudança racional, controlada e sequencial, este fenómeno é, na prática, caótico, envolvendo frequentemente alterações de objectivos, actividades descontínuas e resultados inesperados (Dawson, 1996; Cummings e Huse, 1989). A mudança deve ser, deste modo, compreendida tendo em conta os sistemas dinâmicos complexos onde ocorrem (Iles e Sutherland, 2001).

Os sistemas são conjuntos de elementos interligados que formam um todo, sendo a sua actividade o resultado da influência de um elemento sobre outro (Checkland, 2000). As abordagens de sistema, nas quais a organização é vista como um conjunto de subsistemas em interacção, realçam a complexidade dos processos de mudança, visto que uma mudança num subsistema resulta, quase inevitavelmente, em mudanças reactivas, intencionais ou não, noutras subunidades dependentes (McAuliffe e Vaerenbergh, 2006). Segundo o autor, as abordagens de sistema podem, desta forma, incluir tanto abordagens planeadas como emergentes, uma vez que a introdução de uma mudança planeada numa parte da organização é capaz de produzir mudanças emergentes noutra parte (McAuliffe e Vaerenbergh, 2006).

4.2. MODELOS DE GESTÃO DA MUDANÇA

As teorias e modelos sobre mudança organizacional providenciam às organizações informação válida para a condução das mudanças, ajudando-as a compreender as razões pelas quais ocorrem e a forma como ocorrem (Turner *et al.*, 2009). No entanto, na maior parte das vezes são vistos como uma fórmula de sucesso ou como uma forma dos líderes controlarem a magnitude e rapidez da mudança nas suas organizações (Turner *et al.*, 2009). Por esta razão, tem havido uma proliferação de modelos, com o objectivo de ajudar indivíduos e organizações a lidarem com esta realidade.

Duas abordagens básicas da mudança servem de base a grande parte dos modelos de mudança organizacional: a mudança planeada e a mudança emergente, descritas anteriormente (Kezar, 2001; Todnem By, 2005).

A abordagem planeada da mudança surgiu com o trabalho de Lewin (1951), que defende que um processo de mudança bem sucedido envolve três passos: descongelamento do nível presente, movimento para um novo nível e congelamento neste novo nível. Este modelo de gestão reconhece a necessidade de rejeitar velhos comportamentos, estruturas, processos e cultura, antes de adoptar com sucesso novas abordagens (Bamford e Forrester, 2003).

Posteriormente, o modelo de 3 passos de Lewin foi desenvolvido por outros autores, que aumentaram o número de passos, na tentativa de acrescentar valor prático à abordagem. São exemplos o modelo de 7 fases de Lippit *et al.* (1958), que foca mais o papel e a responsabilidade do agente da mudança do que na evolução da própria mudança, e o modelo, também de 7 fases, de Huse (1980) (ver Quadro 12). De acordo com estes autores, para compreender a mudança planeada, não é suficiente a compreensão dos processos inerentes à mudança, mas também os estados por que a organização tem de passar, de forma a mover-se de um estado presente insatisfatório para um estado futuro desejado (Burnes, 1996).

Bullock e Batten (1985) desenvolveram um modelo integrado de quatro fases, baseado na revisão e síntese de mais de 30 modelos de mudança planeada, que explica a mudança através de duas dimensões: fases, que são estados distintos por que a

organização passa, e processos, que correspondem aos métodos utilizados para mover a organização de um estado para outro.

Diversos autores, defensores da abordagem emergente, sugeriram também modelos orientadores para a implementação da mudança nas organizações. Pettigrew e Whipp (1991) propuseram um modelo de mudança que envolve cinco actividades inter-relacionadas: avaliação do ambiente, liderança eficaz, coerência, ligação entre a mudança estratégica e operacional e valorização dos recursos humanos. Segundo os autores, estas actividades permitem às organizações lidar com a incerteza, tornando-se sistemas abertos de aprendizagem. Este modelo sugere que o sucesso da mudança depende da interacção entre três dimensões: (1) o contexto organizacional ou o *porquê* da mudança (ambiente interno e externo), (2) o conteúdo ou o *o quê* da mudança (visão e objectivos) e (3) o processo ou *como* da mudança (implementação).

Embora alguns autores, como Pettigrew e Whipp (1991), argumentem que não há regras universais para a condução da mudança, outros autores, como Kanter *et al.* (1992), Kotter (1996) e Luecke (2003) sugerem sequências de acções que as organizações devem seguir na implementação de mudanças emergentes. Mento *et al.* (2002) propuseram também um modelo de 12 etapas, baseado em três modelos teóricos conhecidos e num caso prático de uma grande empresa. No Quadro 13, é feita a comparação entre as diferentes fases destes quatro modelos de mudança.

Na literatura sobre modelos de gestão da mudança emergente, parece haver um consenso relativamente aos elementos necessários para a mudança organizacional: diagnóstico, visão e objectivos, valorização dos aspectos humanos, liderança, comunicação, monitorização, cultura organizacional e consolidação da mudança (Galpin, 2000; Kanter *et al.*, 1992; Kotter, 1996; Luecke, 2003; Mento *et al.*, 2002). Estes elementos não são suficientes para conduzir uma mudança organizacional mas são fundamentais para o seu sucesso (Turner *et al.*, 2009).

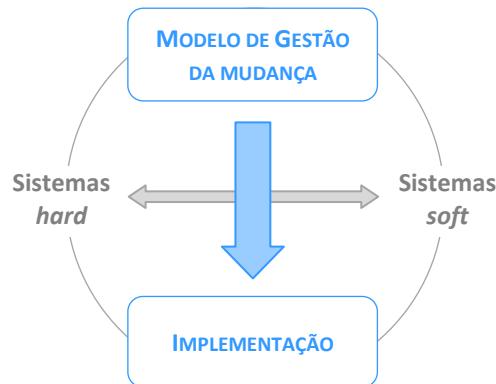
A análise dos modelos de mudança emergente, apresentados no Quadro 13, confirma a importância dada pelos autores a estes elementos, especialmente à visão, liderança, cultura organizacional e consolidação da mudança, que se encontram presentes em todos eles.

Graetz *et al.* (2002) defendem que, na prática, é necessário compreender as vantagens e limitações da generalidade dos modelos de gestão da mudança e aplicá-los com bom senso, tendo em conta, não só os aspectos técnicos, mas também os aspectos sociais, políticos e emocionais da organização (Doyle *et al.*, 2000; Turner *et al.*, 2009). Consequentemente, preparar os colaboradores para compreenderem e trabalharem sinergicamente entre os aspectos *hard* e *soft* da mudança organizacional é fundamental para o sucesso da sua implementação (Beer e Nohria, 2000).

Procurando demonstrar a importância do lado humano da mudança, Galpin (2000) apresenta um modelo de gestão da mudança, que diferencia e concilia os aspectos *soft* e os aspectos *hard*. Turner *et al.* (2009) reforçam também a importância da aplicação da abordagem holística aos modelos de gestão da mudança, apresentando um modelo que foca tanto os sistemas *hard* como os sistemas *soft* (ver Figura 4 e Quadro 14).

Figura 4

Aplicação da abordagem holística aos modelos de gestão da mudança (Turner *et al.*, 2009).



Quadro 12

Comparação de 4 modelos de mudança planeada

LEWIN (1951)	LIPPIT ET AL. (1958)	HUSE (1980)	BULLOCK E BATTEN (1985)
1. Descongelamento do equilíbrio organizacional existente	1. Diagnosticar o problema 2. Avaliar a motivação e a capacidade para a mudança 3. Avaliar os recursos e a motivação dos agentes da mudança 4. Definir objectivos progressivos de mudança, desenvolver planos de acção e definir estratégias 5. Definir e clarificar o papel dos agentes da mudança	1. Reconhecimento (exploração em conjunto pelo agente da mudança e pelo sistema-cliente) 2. Entrada (desenvolvimento de um contrato e expectativas mútuas) 3. Diagnóstico (identificação de objectivos específicos) 4. Planeamento (identificação das etapas de acção e possíveis resistências à mudança)	1. Exploração (tomar consciência da necessidade de mudança, procurar ajuda externa e estabelecer contratos de consultoria) 2. Planeamento (recolher informações para garantir o diagnóstico correcto das necessidades; definir os objectivos de mudança e as acções para alcançar os objectivos, obter o apoio dos elementos-chave)
2. Movimento para uma nova posição		5. Acção (implementação das etapas de acção)	3. Acção (implementar as mudanças, obter o apoio de todos os colaboradores afectados e avaliar as actividades de implementação)
3. Congelamento numa nova posição de equilíbrio	6. Manter a mudança, sendo a comunicação, o <i>feedback</i> e a coordenação de equipa elementos essenciais 7. Terminar gradualmente a relação com os agentes da mudança, à medida que a mudança é integrada na cultura organizacional	6. Estabilização e avaliação (determinação do sucesso da mudança e da necessidade de novas medidas ou a conclusão) 7. Conclusão (abandonar o sistema ou interromper um projecto e começar outro)	4. Integração (consolidar as mudanças para que se tornem parte das actividades normais da organização, reforçando comportamentos e diminuindo a dependência de consultores)

Quadro 13

Comparação de 4 modelos de mudança emergente

KANTER ET AL. (1992)	KOTTER (1996)	MENTO ET AL. (2002)	LUECKE (2003)
1. Analisar a organização e a necessidade de mudança		2. Definir a iniciativa de mudança (avaliar a organização e a necessidade de mudança)	1. Mobilizar energia e empenho para a identificação conjunta de problemas da organização e de soluções
		3. Avaliar o clima de mudança	
4. Criar um sentido de urgência	1. Estabelecer um sentido de urgência		
2. Criar uma visão partilhada e uma direcção comum	3. Desenvolver uma visão e estratégia	1. Desenvolver a ideia de mudança (pensamento criativo)	2. Desenvolver uma visão partilhada de como organizar e gerir a mudança
3. Separar do passado			
5. Apoiar um papel de liderança forte	2. Criar uma coligação orientadora	8. Formar uma equipa de líderes	3. Identificar a liderança
6. Obter patrocínios políticos		5. Obter um patrocínio forte	
7. Elaborar um plano de implementação		4. Elaborar um plano de mudança	
		6. Preparar a audiência alvo (diferentes níveis de apoio)	
	6. Criar ganhos de curto-prazo	9. Criar pequenos ganhos para motivar	4. Focar nos resultados, não nas actividades
8. Desenvolver estruturas de capacitação	5. Promover a acção em toda a organização		5. Começar a mudança na periferia e permitir a sua propagação para outras unidades
9. Comunicar, envolver as pessoas e ser honesto	4. Comunicar a visão da mudança	10. Comunicar constantemente e estrategicamente a mudança	
10. Reforçar e institucionalizar a mudança	7. Consolidar os ganhos e promover mais mudança 8. Ancorar as novas abordagens na cultura	7. Criar uma adequação cultural e consolidar a mudança	6. Institucionalizar o sucesso através de políticas, sistemas e estruturas formais
		11. Monitorizar o progresso do esforço de mudança	7. Monitorizar e ajustar as estratégias como resposta aos problemas que surgem
		12. Integrar as lições aprendidas	

Quadro 14

Modelos holísticos de mudança

GALPIN (2000)		TURNER ET AL. (2009)	
ETAPAS	ASPECTOS SOFT	MODELO DE SISTEMAS HARD	MODELO DE SISTEMAS SOFT
1. Estabelecer a necessidade de mudança	1. Criar de uma infra-estrutura para a mudança	1. Definir o resultado desejado (visão)	1. Criar diálogo sobre o resultado desejado
2. Desenvolver e disseminar a visão de mudança	2. Desenvolver e implementar uma estratégia de comunicação	2. Prescrever os passos	2. Gerir entre os passos
3. Diagnosticar a situação actual	3. Articular a cultura organizacional com a mudança	3. Gerir o evento	3. Facilitar o processo de mudança
4. Detalhar as recomendações	4. Desenvolver características de liderança	4. Medir os resultados quantitativos	4. Medir os resultados qualitativos
5. Realizar testes-piloto	5. Definir objectivos	5. Criar a estrutura	5. Experienciar a gestão participativa
6. Preparar as recomendações finais	6. Avaliar o progresso	6. Nomear a mudança	6. Experienciar a transição
7. Implementar as mudanças	7. Fornecer <i>feedback</i> e <i>coaching</i>		
8. Medir, reforçar e ajustar as mudanças	8. Gerir recompensas e o reconhecimento		

4.3. ELEMENTOS ESSENCIAIS DA GESTÃO DA MUDANÇA

Como foi observado no ponto anterior, na literatura sobre modelos de gestão da mudança, parece haver um consenso relativamente a um conjunto de elementos fundamentais para o sucesso da mudança organizacional: diagnóstico, visão e objectivos, valorização dos aspectos humanos, liderança, comunicação, monitorização, cultura organizacional e consolidação da mudança (Galpin, 2000; Kanter *et al.*, 1992; Kotter, 1996; Luecke, 2003; Mento *et al.*, 2002).

No presente capítulo, não se pretende realizar uma revisão exaustiva sobre cada um destes elementos, mas descrever as suas características principais, apontadas maioritariamente pelos autores dos modelos de gestão da mudança referenciados. Por exemplo, a liderança e a cultura organizacional são abordadas de forma breve, do ponto de vista dos autores, com o objectivo de salientar a sua importância no processo de mudança (Galpin, 2000; Kotter, 1996; Luecke, 2003; Mento *et al.*, 2002) e não de rever o conjunto vasto de teorias e abordagens que a literatura apresenta sobre cada um dos temas.

4.3.1. Diagnóstico organizacional

A maioria dos processos de mudança bem sucedidos é iniciada com um diagnóstico, ou seja, a avaliação da organização e do ambiente em que está inserida, nomeadamente a sua situação competitiva, posição de mercado, enquadramento tecnológico, desempenho, viabilidade financeira, envolvente macroeconómica, entre outros factores, de forma a identificar e discutir os pontos fortes e os pontos fracos da organização, assim como as oportunidades e ameaças (Galpin, 2000; Kotter, 1996; Mento *et al.*, 2002). Avaliar o contexto da organização e reconhecer a necessidade de mudança constitui, assim, o primeiro passo de um processo de mudança (Ferreira e Martinez, 2008; Luecke, 2003; Massey e Williams, 2006; Mento *et al.*, 2002).

Como parte da avaliação, Mento *et al.* (2002) propõe também o estudo da história da organização relativamente a mudanças passadas. Apesar dos insucessos passados não determinarem o futuro da organização, Dalziel e Schnoover (1988) sugerem que os padrões de resistência são frequentemente repetidos. Um processo de mudança não deve

ser, por isso, iniciado se a organização não estiver preparada (Luecke, 2003; Massey e Williams, 2006; Mento *et al.*, 2002).

Para Jones (2005), a preparação para a mudança (*change readiness*) refere-se às opiniões dos colaboradores relativamente à necessidade de mudanças organizacionais e à crença de que essas mudanças têm consequências positivas ou negativas para os próprios e para a organização. Armenakis, Harris e Mossholder (1993) argumentam que é vital para a organização estar preparada para a mudança antes de implementar ou gerir qualquer tipo de mudança (Kotter, 1996; Luecke, 2003).

Jones (2005) sugere que uma implementação prematura da mudança pode não conduzir aos resultados esperados, por os colaboradores não se encontrarem psicologicamente preparados. Factores como criar uma visão e um sentido de urgência, comunicar eficazmente, promover a acção, o comprometimento e relações de trabalho eficazes, definir recompensas e envolver os colaboradores no planeamento e implementação da mudança são considerados essenciais para aumentar os níveis de preparação para a mudança (Valoka e Nikolaus, 2005).

4.3.2. Visão e objectivos

Num processo de mudança, é necessário desenvolver uma visão clara de um futuro alterado e melhorado e comunicá-la a toda a organização (Kotter, 1996; Luecke, 2003; Mento *et al.*, 2002). Luecke (2003) salienta a importância de comunicar dois aspectos fundamentais relativos à visão: como a mudança vai melhorar a situação actual e como essas melhorias vão beneficiar os colaboradores ou os *stakeholders*.

A comunicação da visão deve ser, desta forma, dirigida a todos os *stakeholders*: (1) investidores, a fim de compreenderem os benefícios das mudanças no desempenho da organização e os investimentos necessários para a sua concretização, (2) utentes, a fim de compreenderem como as mudanças nos produtos ou serviços os vão afectar, (3) colaboradores, a fim de compreenderem o seu papel na mudança e na organização e como a mudança vai afectar as suas vidas, a nível profissional e pessoal (Gittins e Standish, 2010).

Kotter (1996) defende que uma visão eficaz pode aumentar o apoio e motivação dos colaboradores em relação à mudança desejada, apresentando seis características: indicadora de um futuro desejável, atraente, realista, objectiva, flexível e facilmente comunicável a todos os níveis. Luecke (2003) refere ainda que tem de ser, por um lado, traduzível em acções que produzam resultados tangíveis e, por outro, compatível com os valores da organização (Galpin, 2000; Mento *et al.*, 2002).

O estabelecimento de objectivos é também determinante para o sucesso do processo de mudança (Kotter, 1996; Mento *et al.*, 2002). Galpin (2000) refere que os objectivos definidos devem ser curtos e simples, desafiantes, promotores do envolvimento da equipa, com um limite temporal, facilmente comunicáveis e claros relativamente aos benefícios do seu alcance. Segundo Nadler (1988), devem reflectir a visão e mostrar claramente a mudança como um processo alinhado à estratégia da organização.

4.3.3. Aspectos humanos da mudança

A mudança é complexa, em parte, devido ao facto das organizações serem sistemas sociais, cujos elementos têm identidades, relações, rotinas, emoções, motivações e poderes distintos (Luecke, 2003).

Uma das condições necessárias para a implementação da mudança é a motivação elevada por parte dos colaboradores, que resulta frequentemente da insatisfação com o seu *status quo* e do desejo de uma situação melhor (Kotter, 1996; Luecke, 2003; Mento *et al.*, 2002). Para Kotter (1996), a informação recolhida na avaliação do contexto da organização, especialmente a que respeita a crises, ameaças ou grandes oportunidades, deve ser comunicada a todos os colaboradores, de forma a criar um sentido de urgência partilhado e, consequentemente, motivação para a mudança. Os líderes podem levantar preocupações sobre uma situação problemática corrente, de forma a criar um certo nível de nervosismo, receio ou desconforto nos colaboradores e, consequentemente, um sentido de urgência, essencial para impulsionar a mudança (Luecke, 2003; Nadler, 1988).

Ulrich (1996) propõe quatro formas de atingir este objectivo: (1) utilizar informação sobre a situação competitiva da organização (*benchmarking*), (2) criar oportunidade aos

colaboradores de mostrarem a insatisfação e os problemas que experienciam, (3) criar diálogo sobre os problemas actuais e potenciais e (4) estabelecer padrões elevados, para criar insatisfação com os níveis de desempenho habituais (Galpin, 2000; Kotter, 1996).

No entanto, de acordo com Luecke (2003), o receio e desconforto sentido pelos colaboradores relativamente à situação actual da organização não se pode confundir com um clima de receio na organização, derivado de uma gestão rigorosa. Neste caso, o medo leva os colaboradores a não assumirem riscos, a não comunicarem, a esconderem resultados e a resistirem à mudança. Segundo o autor, para que a mudança aconteça, os colaboradores devem sentir-se livres para desafiar o *status quo*, identificar problemas, sugerir soluções e tentar novos procedimentos sem medo de retaliação em caso de fracasso. Cunha *et al.* (2007) reforçam a ideia de que a mudança bem sucedida só pode ocorrer em ambientes de segurança e confiança.

A maior parte das pessoas passa, deste modo, por diversos estados psicológicos antes de se adaptar e reconciliar com a mudança. Segundo Luecke (2003), as pessoas têm de sentir o desconforto provocado pelo risco de potenciais ameaças, passando depois por quatro fases: (1) choque (negação, imobilização, insegurança, medo), (2) retirada defensiva (raiva, conflito), (3) reconhecimento (perda, prós e contras) e (4) aceitação e adaptação (renúncia da velha situação e, por vezes, apoio da nova). O autor argumenta que algumas pessoas ficam retidas no estado de retirada defensiva, canalizando as suas energias para a resistência à mudança.

A resistência é uma resposta natural humana e, portanto, faz parte do processo natural de adaptação à mudança, como referido anteriormente. Por esta razão, deve ser enfrentada, de forma a ser ultrapassada, e não evitada (Mento *et al.*, 2002). De acordo com Luecke (2003), os resistentes à mudança não contribuem para o processo de mudança, prejudicando a sua progressão (Hoag *et al.*, 2002; Pardo del Val e Fuentes, 2003). Segundo o autor, é importante, em primeiro lugar, identificar os potenciais resistentes, determinando quem e de que forma a mudança vai afectar e, em segundo, neutralizar a resistência, estimulando o seu envolvimento no processo.

Rousseau e Tijoriwala (1999) apresentam um conjunto de medidas que os líderes podem tomar, com vista à diminuição da resistência à mudança: (1) fornecer grandes

quantidades de informação de forma estruturada e organizada e a partir de fontes credíveis, (2) desenvolver as crenças de grupo e as relações entre colaboradores, (3) apoiar a mudança, clarificando todos os aspectos do processo e os benefícios associados e (4) promover contratos psicológicos que influenciem a legitimidade da mudança.

Cunha *et al.* (2007), por sua vez, defendem que a resistência das pessoas traduz um conjunto de obstáculos psicológicos ao processo de mudança (Hoag *et al.*, 2002), apresentando medidas para ultrapassá-los (ver Quadro 15). Kotter e Schlesinger (1979) propõem também um conjunto de métodos para lidar com a resistência, consoante a situação (ver Quadro 16).

Quadro 15

Obstáculos psicológicos à mudança e medidas para ultrapassá-los (Cunha, Rego, Cunha e Cardoso, 2007)

OBSTÁCULOS PSICOLÓGICOS	MEDIDAS PARA ULTRAPASSÁ-LOS
Evitamento da incerteza (aversão ao risco derivado de experiências de mudança passadas)	<ul style="list-style-type: none"> • Criar um clima de elevada confiança
Rotinas defensivas (rotinas que impedem a organização de reagir e se adaptar)	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar e capacitar os indivíduos • Reforçar o sentido de identificação com a organização • Introduzir gradualmente a mudança, a fim de consolidar as competências adquiridas e ultrapassar a insegurança
Auto-interesse (percepção da ameaça aos interesses pessoais)	<ul style="list-style-type: none"> • Vincular os contratos psicológicos • Informar claramente sobre as consequências da mudança (comunicação eficaz)
Descrença em relação à mudança (ausência de confiança e envolvimento na mudança)	<ul style="list-style-type: none"> • Criar contextos estruturais e relacionais que promovam a participação

Os agentes da mudança, opondo-se aos resistentes, conseguem ver a necessidade de mudança e comunicá-la eficazmente aos outros. Burnes (2004) define-os como os indivíduos responsáveis por dirigir, organizar e facilitar a mudança nas organizações. São, por isso, catalisadores críticos do processo de mudança, devendo desempenhar papéis-chave na organização (Luecke, 2003; Massey e Williams, 2006). Mento *et al.* (2002) defendem também a necessidade de definir os papéis das pessoas-chave, identificando três principais: (1) os estratégicos, responsáveis pelo trabalho inicial, (2) os implementadores, cuja função é planear e facilitar o progresso da mudança e (3) os

receptores, que representam a maior parte das pessoas envolvidas na mudança e que necessitam de se adaptar.

Quadro 16

Métodos para lidar com a resistência à mudança (Kotter e Schlesinger, 1979)

MÉTODOS	CARACTERÍSTICAS	SITUAÇÕES DE RESISTÊNCIA
Educação e comunicação	Educar as pessoas sobre a mudança (discussões, apresentações, relatórios, vídeos de simulação)	Há ausência ou inadequação da informação
Participação e envolvimento	Escutar as pessoas envolvidas e as suas sugestões	Os iniciadores não dispõe de toda a informação necessária e os colaboradores têm um forte poder para resistir
Facilitação e apoio	Dar aos colaboradores apoio emocional	Há problemas de ajustamento, ansiedade ou medo
Negociação e acordo	Oferecer incentivos (aumento salarial, oportunidades de carreira).	Existe um grupo que perde com a mudança e que tem um forte poder para resistir
Manipulação e cooptação	Envolver os resistentes, oferecendo papéis desejáveis	Nenhum dos outros métodos parece adequado
Coerção implícita ou explícita	Forçar as pessoas a mudar através de ameaças (despedimento) ou perda de oportunidades (promoções)	A mudança tem de ser rápida e os iniciadores estão numa forte posição de poder

Em todos os processos de mudança é, desta forma, importante o envolvimento de pessoas-chave, incluindo gestores e colaboradores que são respeitados pela generalidade das pessoas, possuem competências técnicas específicas, têm acesso a recursos vitais ou são líderes informais, ou seja, indivíduos a quem se recorre naturalmente para direcção e aconselhamento (Luecke, 2003). Identificar as pessoas-chave permite a criação de uma equipa de mudança forte, cujos elementos actuam em conjunto para alcançar os objectivos definidos e apoiar os esforços de mudança ao longo de todo o processo (Mento *et al.*, 2002).

Partilhando o mesmo ponto de vista, Kotter (1996) defende que uma mudança não é bem-sucedida sem um forte apoio e comprometimento partilhado pelos gestores de topo, líderes e um conjunto de pessoas-chave da organização, com poder em termos de informação, especialização, reputação e relações. Segundo o mesmo autor, quanto mais pessoas forem envolvidas, melhores serão os resultados. No entanto, não sendo possível

envolver todos os colaboradores que vão ser afectados, directa ou indirectamente, pela mudança, a equipa deve compreender elementos representativos dos vários interesses e níveis da organização (Galpin, 2000; Pettigrew e Whipp, 1991).

4.3.4. Liderança

A gestão da mudança organizacional exige, mais do que capacidades de gestão, capacidades de liderança, sendo a distinção entre líderes e gestores confusa e frequentemente arbitrária (Galpin, 2000). Um líder eficaz necessita de competências de gestão e todo o gestor competente exerce liderança sobre os colaboradores directos (Luecke, 2003). Independentemente dos dois papéis serem ou não conciliáveis num mesmo indivíduo, o papel de liderança é considerado essencial para a mudança (Cunha *et al.*, 2007).

Para Luecke (2003), o líder tem de ser visível e reconhecido como tal, actuar como impulsor da mudança, reunindo os recursos necessários para o projecto, e responsabilizar-se pelo seu sucesso ou fracasso. Beer *et al.* (1990) defendem que um líder de mudança eficaz reúne três características principais: (1) crença de que a mudança é a chave para a competitividade, (2) capacidade de desenvolver uma visão credível e atraente e comunicá-la de forma eficaz e (3) conhecimentos e competências humanas, organizacionais e operacionais. O líder tem de compreender, deste modo, tanto os aspectos técnicos, como os aspectos humanos para uma mudança bem-sucedida (Armenakis *et al.*, 1993; Turner *et al.*, 2009).

De acordo com Mento *et al.* (2002), os líderes devem adoptar abordagens participativas, de forma a minimizar a resistência à mudança e manter a motivação e comprometimento dos colaboradores ao longo de todo o processo. Essas abordagens incluem: integrar os colaboradores no processo de tomada de decisão, partilhar informação, permitir uma comunicação nos dois sentidos (*feedback*), eliminar símbolos desnecessários de hierarquia e *status* e incentivar o trabalho colaborativo através de equipas transversais.

Os líderes devem também servir de modelos, mantendo a coerência entre os seus comportamentos e a mensagem comunicada (Luecke, 2003) e procurando tornar-se nos símbolos da nova cultura organizacional (Kotter, 1996).

Porém, uma equipa de liderança pode desempenhar melhor o papel de liderança necessário para a mudança do que um só indivíduo (Mento *et al.*, 2002). Uma equipa pode ser, deste modo, reunida para maximizar o conjunto de competências e características referidas anteriormente. Billington (1997) apresenta três características fundamentais de uma equipa: comprometimento, competência e objectivo comum. A diversidade de competências e perspectivas tornam uma equipa forte, desde que seja partilhada a mesma visão.

4.3.5. Comunicação

Desde o início do processo de mudança, uma comunicação eficaz e constante é fundamental para o seu sucesso (Galpin, 2000; Kotter, 1996; Mento *et al.*, 2002). Segundo Luecke (2003) e Mento, Jones e Dirndorfer (2002), a comunicação é uma ferramenta eficaz para aumentar a motivação e comprometimento dos colaboradores, reduzir a confusão e a resistência à mudança e preparar as pessoas para as consequências positivas e negativas da iniciativa.

Luecke (2003) propõe as seguintes dicas para a comunicação durante um processo de mudança: (1) especificar a natureza de mudança, (2) explicar as razões, (3) explicar a extensão, (4) desenvolver uma representação gráfica do projecto, (5) prever os aspectos negativos, (6) explicar os critérios de sucesso e como são medidos, (7) explicar como as pessoas vão ser recompensadas pelo sucesso, (8) repetir constantemente o objectivos da mudança e as acções planeadas, (9) utilizar diversos estilos de comunicação adequados à audiência, (10) tornar possível a comunicação nos dois sentidos e (11) ser um modelo relativamente à mensagem comunicada. Alguns destes aspectos são também realçados por outros autores, nomeadamente o desenvolvimento de representações visuais (Kotter, 1996), a repetição da mensagem e os mecanismos de *feedback* (Galpin, 2000) e a adequação da comunicação aos alvos (Mento *et al.*, 2002).

Kotter (1996) defende que os líderes devem utilizar todos os meios de comunicação possíveis para difundir a visão pela organização (Galpin, 2000), incluindo artigos visualmente apelativos, reuniões de discussão e cursos que focam os problemas e a nova visão. Segundo o autor, sem uma comunicação credível, frequente e apelativa, os corações e as mentes dos colaboradores não são conquistados.

Para Galpin (2000) a comunicação deve ser realizada ao longo de todas as fases do processo e alargada, não só aos colaboradores, mas também aos *stakeholders*, incluindo clientes e investidores, de forma a potenciar as relações com os mesmos.

4.3.6. Monitorização

De acordo com Mento *et al.* (2002), a criação e implementação de medidas permite avaliar o sucesso da mudança e acompanhar o seu progresso, utilizando metas e *benchmarks*. A avaliação dos efeitos da mudança está associada ao desenvolvimento de objectivos de curto-prazo e respectivas recompensas, com vista a motivar o esforço sustentado de mudança (Galpin, 2000).

Para Luecke (2003), as recompensas pessoais são fundamentais para motivar os indivíduos e alterar comportamentos, devendo, por isso, estar alinhadas com os comportamentos desejados, dentro do contexto de cada organização. Kotter (1996) realça a importância de recompensar as pessoas pelo alcance dos objectivos definidos previamente, através do reconhecimento, promoções ou financeiramente.

A maioria dos processos de mudança não ocorre de acordo com o plano. Diferentes tipos de problemas não antecipados, decorrentes de factores externos ou internos, podem surgir e, como tal, o planeamento da mudança deve incluir uma gestão do risco, de forma a antecipar, prevenir e minimizar potenciais problemas (Gittins e Standish, 2010; Luecke, 2003).

4.3.7. Cultura organizacional e consolidação da mudança

Para Kotter (1996) e Mento *et al.* (2002), os novos comportamentos, até estarem enraizados nas normas sociais e valores partilhados da organização, estão sujeitos a

desaparecer à medida que a pressão da mudança diminuiu. Dois factores são particularmente importantes para a institucionalização da mudança na cultura organizacional: (1) tentativa consciente de mostrar às pessoas como as novas abordagens, comportamentos e atitudes ajudaram a melhorar o desempenho e (2) assegurar que os próximos gestores de topo personificam a nova abordagem (Ferreira e Martinez, 2008; Kotter, 1996).

Os ganhos decorrentes da mudança podem ser integrados e consolidados, por exemplo, através de políticas que descrevem como é realizado o trabalho, sistemas de informação, novas relações de comunicação e sistemas de medição do desempenho (Luecke, 2003). A organização necessita assim de ajustar as suas infra-estruturas e de criar uma rotina de mudança, com vista à melhoria contínua e à adaptação da organização às alterações constantes no ambiente actual (Ferreira e Martinez, 2008; Nadler, 1988).

Quando a mudança não está articulada com a cultura organizacional, esta pode diminuir a força da iniciativa de mudança e comprometer o seu sucesso (Galpin, 2000; Mento *et al.*, 2002). A abordagem do risco cultural de Schwartz e Davis (1981) alerta para os perigos de ignorar a resistência que pode surgir quando são propostas mudanças que chocam com a cultura da organização. Os autores argumentam que, dependendo da importância dos objectivos da mudança, os gestores devem decidir se adaptam a cultura da sua organização às mudanças desejadas ou se alinham as mudanças à cultura organizacional.

Para tal, é fundamental avaliar a cultura da organização e escolher a abordagem de mudança mais adequada. De acordo com Luecke (2003), para a implementação de mudanças radicais, uma estrutura hierárquica pode não constituir um impedimento. No entanto, para abordagens contínuas e emergentes, a estrutura da organização tem de ser mais descentralizada, caracterizando-se por uma maior autonomia das suas unidades e uma maior participação e colaboração entre indivíduos (Burnes, 1996).

4.4. INSUCESSO DAS INICIATIVAS DE MUDANÇA

Apesar da gestão da mudança ser considerada fundamental para a sobrevivência e sucesso das organizações no ambiente actual, estudos revelam uma taxa de fracasso de

cerca de 70% dos programas de mudança iniciados (Andrews *et al.*, 2008; Balogun e Haley, 2004; Beer e Nohria, 2000; Beer *et al.*, 1990; Turner *et al.*, 2009).

Na literatura são apontadas diversas razões para o insucesso das iniciativas de mudança organizacional:

- (1) Existência de um conjunto vasto de teorias e abordagens contraditórias e confusas na literatura disponível sobre mudança organizacional (Beer *et al.*, 1990; Beer e Nohria, 2000; Burnes, 2004; Klarner *et al.*, 2008; Todnem By, 2005).
- (2) Falta de evidência relativamente às teorias, abordagens e práticas de gestão da mudança sugeridas na literatura (Doyle *et al.*, 2000; Guimaraes e Armstrong, 1998; Greener, 2004; Hallencreutz e Turner, 2011; Todnem By, 2005).
- (3) Falta de um modelo válido e generalizado ou de consenso relativamente a uma “*best way*” sobre como implementar e gerir a mudança organizacional (Burnes, 2004; Dunphy e Stace, 1993; Hallencreutz e Turner, 2011; Todnem By, 2005).
- (4) Propensão para segmentar os vários aspectos da mudança, conduzindo a abordagens focadas nas técnicas e ferramentas e não na gestão do processo de mudança (Armenakis, Harris e Mossholder, 1993; Karp e Helgo, 2008; Turner *et al.*, 2009).
- (5) Tendência dos gestores em aplicar modelos de gestão da mudança, sem compreenderem os conceitos e processos subjacentes (Armenakis *et al.*, 1993; Beer e Nohria, 2000; Burnes, 1996; Turner *et al.*, 2009). Os gestores que enfrentam situações em que determinados modelos não funcionam, não sabem como agir, uma vez que não possuem os conhecimentos conceptuais necessários para pensarem de forma criativa e adaptarem as teorias ao seu contexto de trabalho particular (Doyle, Claydon e Buchanen, 2000).
- (6) Falta de conhecimento contextual da organização e da mudança (Andrews *et al.*, 2008; Doyle *et al.*, 2000; Karp, 2004; Szulanski e Winter, 2002).

- (7) Falta de tempo para a implementação da mudança, o que leva os gestores a preocuparem-se mais com a acção, do que com o planeamento e a reflexão sobre os aspectos teóricos da mudança organizacional (Burnes, 1996).
- (8) Adopção de modelos de gestão considerados “*best practice*”, com a crença de que implementar as práticas bem sucedidas de outras organizações constitui uma fórmula mágica para o sucesso da iniciativa de mudança (Beer e Nohria, 2000; Hallencreutz e Turner, 2011; Sanwal, 2008; Turner *et al.*, 2009).
- (9) Falta de atenção às dinâmicas humanas da mudança (Church *et al.*, 1996; Doyle *et al.*, 2000; Jackson, 2003; Turner *et al.*, 2009).
- (10) Interacção complexa entre os diferentes agentes da mudança numa organização: líderes seniores, gestores médios, consultores externos e equipas, cada um com diferentes experiências e perspectivas (Caldwell, 2003). Outros autores apontam também as diferentes experiências de gestores médios e seniores e a complexidade das suas interacções como sendo um factor problemático na implementação da mudança organizacional (Balogun, 2003; McWilliam e Ward-Griffin, 2006; Rouleau, 2005).

4.5. CONCLUSÕES

Embora seja difícil identificar na literatura um consenso sobre um modelo válido e generalizado ou uma “*best way*” para a gestão da mudança organizacional, parece haver acordo relativamente a três aspectos importantes. Em primeiro lugar, o ritmo da mudança nunca foi tão rápido como no ambiente organizacional actual (Beer *et al.*, 1990; McCalman e Paton, 2000; Moran e Brightman, 2001; Senior, 2002; Todnem By, 2005), em segundo, a mudança, sendo desencadeada por factores internos e externos, surge em todas as formas e tamanhos (Balogun e Haley, 2004; Burnes, 2004; Kotter, 1996; Luecke, 2003) e, por último, derivado dos aspectos referidos anteriormente, a mudança organizacional é imprescindível para a sobrevivência e sucesso das organizações (Beer e Nohria, 2000; Luecke, 2003; Todnem By, 2007; Turner *et al.*, 2009).

Face a esta realidade, os líderes da mudança não devem procurar uma teoria abrangente a todas as situações, mas compreender os princípios subjacentes ao processo de mudança, as forças e fraquezas de cada abordagem ou modelo e as situações em que melhor podem ser aplicados (Burnes, 2004). O valor dos diversos modelos de gestão da mudança reside na sua aplicação tendo em conta o contexto da organização (Dunphy e Stace, 1993; McAuliffe e Vaerenbergh, 2006; Turner *et al.*, 2009). É apenas na visão da organização como um todo, reconhecendo tanto os aspectos *hard* como os aspectos *soft*, que a mudança organizacional pode ser implementada com sucesso no século XXI (Caddy e Danmiller, 2005).

Em suma, gerir a mudança não é adoptar a “*best practice*” defendida pelos últimos especialistas da área, mas um exercício de escolha: escolha em termos do objecto da mudança, das circunstâncias sob as quais a mudança ocorre e da abordagem de mudança mais adequada ao contexto particular da organização (Burnes, 1996).

Gummesson (2000) reforça esta ideia com a seguinte declaração:

“As long as you keep searching for new knowledge and do not believe you have found the ultimate truth but, rather, the best available for the moment, the traditional demand for generalization becomes less urgent.”

5. GESTÃO DA MUDANÇA NA SAÚDE: REVISÃO

A necessidade de mudança no sector da saúde é globalmente reconhecida, pelo público, pelos profissionais de saúde e pelos governos (Applebaum e Wohl, 2000; Iles e Sutherland, 2001). Os objectivos e estratégias do Plano Nacional de Saúde actual (DGS, 2004), requerem uma mudança fundamental no pensamento, na prática e na prestação dos cuidados de saúde, não só a nível das organizações, mas também do próprio sistema de saúde (Iles e Sutherland, 2001).

Segundo Drucker (1993), as organizações de saúde constituem as formas de organização humana mais complexas de se gerir. Os gestores de saúde ocupam, por isso, uma posição extremamente desafiante, que implica manter uma margem competitiva no mercado de saúde enquanto lideram a organização num ambiente de rápidas mudanças (Agyeman-Budu e Welvaert, 2006; Campbell, 2008; McAuliffe e Vaerenbergh, 2006). Estes gestores enfrentam, assim, desafios adicionais, comparativamente à generalidade das organizações, que derivam de diversos factores:

- (1) Existência de múltiplas missões, como providenciar cuidados de saúde à população, manter a solvência a nível fiscal e constituir um empregador primário na comunidade (Golden, 2006);
- (2) Confluência de profissões (por exemplo, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos e administradores) e outros *stakeholders* (por exemplo, utentes e governo), com interesses e perspectivas frequentemente incompatíveis (Golden, 2006; Iles e Sutherland, 2001);
- (3) Interdependência dos indivíduos e equipas, cujos objectivos dependem da colaboração com outros indivíduos ou equipas (Iles e Sutherland, 2001);
- (4) Poder e autonomia dos profissionais de saúde, cujas decisões e desempenho influenciam em grande parte, tanto a qualidade da prestação de serviços e, consequentemente, a satisfação dos utentes, como as despesas de saúde (Golden, 2006);

- (5) Mudanças constantes no ambiente, nomeadamente a nível do mercado, da economia global, dos valores sociais e da política (Applebaum e Wohl, 2000; Church *et al.*, 1996; Rego e Nunes, 2010);
- (6) Necessidade de acompanhar as grandes mudanças tecnológicas na área da saúde, a nível dos processos, diagnóstico, tratamento e sistemas de informação (Applebaum e Wohl, 2000; Iles e Sutherland, 2001);
- (7) Exigências crescentes dos grupos clientes, com diferentes necessidades e expectativas e cada vez mais informados (Applebaum e Wohl, 2000; Iles e Sutherland, 2001);
- (8) Exigências do governo e das entidades reguladoras, relativamente ao desempenho e à qualidade dos serviços de saúde prestados (DGS, 2004);
- (9) Exigências dos investidores, relativamente ao desempenho e resultados (Applebaum e Wohl, 2000);
- (10) Falta de informação necessária para gerir os processos de mudança nas organizações de saúde (Golden, 2006);
- (11) Experiências de mudança passadas dos colaboradores que tiveram consequências imprevistas e não intencionais, originando resistência a novas iniciativas de mudança (Iles e Sutherland, 2001).

Por todas estas razões, a mudança nas organizações de saúde não é susceptível de ser simples e linear (Iles e Sutherland, 2001). Segundo estes autores, as organizações necessitam de ser capazes de adoptar mudanças contínuas e emergentes, de forma a adaptarem-se às alterações constantes que caracterizam o ambiente complexo em que se inserem (Altman e Iles, 1998; Applebaum e Wohl, 2000; Burnes, 2004). Tendo em conta a perspectiva de muitos autores de que as organizações de saúde constituem sistemas abertos (Checkland, 2000; Iles e Sutherland, 2001; McAuliffe e Vaerenbergh, 2006), mesmo nas situações em que é implementada uma mudança radical e planeada numa parte da organização, outras partes são frequentemente afectadas, podendo

emergir mudanças muitas vezes não antecipadas e indesejadas (Iles e Sutherland, 2001; McAuliffe e Vaerenbergh, 2006; Smith, 1995).

Outra questão fundamental relativamente às organizações de saúde reside na importância de valorizar os recursos humanos e focar os aspectos *soft* da mudança (Doyle *et al.*, 2000; Jackson, 2003; Turner *et al.*, 2009), tendo em conta as exigências crescentes da população e a diversidade, poder e autonomia dos profissionais de saúde, cujo desempenho influencia significativamente a qualidade da prestação de serviços e, consequentemente, a satisfação dos utentes (Applebaum e Wohl, 2000; Golden, 2006; Iles e Sutherland, 2001).

O sucesso da implementação de qualquer mudança, planeada ou emergente, nas organizações de saúde depende fundamentalmente da sua capacitação para a gestão da mudança (Andrews *et al.*, 2008; Todnem By, 2007; Turner *et al.*, 2009). Não havendo um único modelo ou abordagem de mudança organizacional que se adeque a todos os problemas ou situações (Burnes, 2004; Dunphy e Stace, 1993; Hallencreutz e Turner, 2011; Todnem By, 2005), como se concluiu no capítulo anterior, os gestores de saúde devem ser capazes de diagnosticar as situações organizacionais (Galpin, 2000; Kotter, 1996; Mento *et al.*, 2002) e escolher o modelo, as técnicas e ferramentas mais adequadas às circunstâncias particulares da sua organização (Dunphy e Stace, 1993; Iles e Sutherland, 2001; McAuliffe e Vaerenbergh, 2006).

5.1. MODELOS DE GESTÃO DA MUDANÇA NA SAÚDE

Na literatura sobre gestão da mudança na saúde, são identificados dois tipos principais de modelos ou abordagens: orientados para as reformas dos sistemas de saúde (Oliver e Mossialos, 2005; OPSS, 2008; Tavares *et al.*, 2002; Tuohy, 1999) e orientados para as mudanças nas organizações de saúde (Canada Health Infoway, 2011; Gittins e Standish, 2010; Golden, 2006; Iles e Sutherland, 2001; Kisil e Pupo, 1998; McAuliffe e Vaerenbergh, 2006; Queensland Health, 1999).

5.1.1. Modelos orientados para os sistemas de saúde

Na literatura, são descritos diversos modelos e abordagens de gestão da mudança aplicados aos sistemas de saúde, como por exemplo o modelo teórico de Tuohy (1999), os pressupostos de inovação de Tavares *et al.* (2002), o novo institucionalismo de Oliver e Mossialos (2005) e os princípios para a gestão da mudança na saúde apresentados pelo OPSS (2008).

No entanto, visto que no presente trabalho não se pretende providenciar um recurso que oriente a gestão da mudança nos sistemas de saúde, mas elaborar um manual com informações gerais relativas aos processos de mudança nas organizações de saúde, este capítulo incide nos modelos orientados para as organizações.

Relativamente aos modelos orientados para os sistemas nacionais de saúde, salienta-se apenas o facto de existirem elementos, pressupostos ou princípios que demonstram a importância do governo na consciencialização e capacitação das organizações para a mudança, como se pode observar no Quadro 17.

Quadro 17

Princípios de consciencialização e capacitação das organizações para a mudança

AUTORES	PRINCÍPIOS
Tavares, Mateus e Cabral, (2002)	<ul style="list-style-type: none"> • Criação de um ambiente propício à inovação, através da disponibilização de serviços na internet e de políticas de incentivo • Incentivo à modernização das estruturas e processos (novas tecnologias) • Incentivo à inovação organizacional (estrutura organizativa, métodos de gestão)
OPSS (2008)	<ul style="list-style-type: none"> • Investimento na capacitação humana e nos instrumentos de informação e gestão do conhecimento • Sensibilidade em relação às especificidades da saúde • Promoção de um dispositivo de aprendizagem partilhada a partir da experiência

5.1.2. Modelos orientados para as organizações de saúde

Muitas das iniciativas de mudança nas organizações de saúde baseiam-se nos modelos de gestão da mudança propostos para as organizações em geral (Campbell, 2008). Este facto pode dever-se à existência de um número reduzido de modelos de gestão da

mudança na saúde disponíveis na literatura (Golden, 2006) e ao facto de muitos dos modelos existentes terem sido elaborados por organizações de saúde de diferentes países, tendo em conta o seu contexto particular (Canada Health Infoway, 2011; Gittins e Standish, 2010; Iles e Sutherland, 2001; Kisil e Pupo, 1998; McAuliffe e Vaerenbergh, 2006; Queensland Health, 1999).

Campbell (2008) apresenta um modelo de gestão da mudança aplicado à saúde, baseado noutros dois modelos para a generalidade das organizações: os 8 passos de Kotter (1996) e os 3 passos de Bridges (2003), que lida com a mudança a um nível mais individual. Por sua vez, Golden (2006) propõe um modelo próprio para orientar a implementação de vários tipos de mudança nas organizações de saúde, constituído por 4 etapas: (1) determinar o estado final desejado, (2) avaliar o comprometimento com a mudança, (3) aumentar o apoio e redesenhar a organização e (4) reforçar e manter a mudança.

Na última década, foram também publicados diversos manuais de gestão da mudança por organizações de saúde, públicas e privadas, de diferentes países. São exemplos os manuais publicados pelo *NHS* e *HSLP Institute* (Inglaterra), *Health Service Executive* (Irlanda), *Canada Health Infoway* (Canadá), Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (Brasil) e *Queensland Health* (Austrália), que formam dois grupos principais:

- Manuais de revisão: providenciam uma revisão da literatura sobre os principais modelos, abordagens e ferramentas da gestão da mudança, considerados mais adequados ao contexto da saúde (Canada Health Infoway, 2011; Iles e Sutherland, 2001; McAuliffe e Vaerenbergh, 2006) (ver Quadro 18);
- Manuais de orientação: providenciam um guia para a mudança, com as etapas fundamentais para a condução de um processo de mudança numa organização de saúde (Gittins e Standish, 2010; Kisil e Pupo, 1998; Queensland Health, 1999) (ver Quadro 19).

Os manuais destinam-se, de uma forma geral, a gestores e profissionais de saúde e têm como principal objectivo orientar os leitores na compreensão e condução dos processos de mudança nas suas organizações.

Quadro 18

Comparação de 3 manuais de revisão da gestão da mudança na saúde

MANUAL	ILES E SUTHERLAND (2001)	MC AULIFFE E VAERENBERGH (2006)	CANADA HEALTH INFOWAY (2011)
NOME	<i>Organisational Change: A review for health care managers, professionals and researchers</i>	<i>Guiding Change in The Irish Health System</i>	<i>A Framework and Toolkit for Managing eHealth Change: People and Processes</i>
PAÍS / ORGANIZAÇÃO	Inglaterra (<i>NHS Service Delivery and Organisation R&D</i>)	Irlanda (<i>Health Service Executive</i>)	Canadá (<i>Canada Health Infoway</i>)
DESTINATÁRIOS	Gestores, profissionais e investigadores de saúde	Gestores e profissionais do sistema de saúde	Líderes, gestores e profissionais de saúde, nomeadamente os que trabalham no âmbito da eSaúde
OBJECTIVO	Providenciar um recurso de referência para ajudar os leitores a orientar-se na literatura sobre gestão da mudança e a considerar a evidência disponível sobre as diferentes abordagens.	Fornecer uma visão abrangente dos modelos teóricos, abordagens, ferramentas e factores-chave para facilitar e gerir a mudança no clima actual.	Providenciar um recurso que suporte a mudança na saúde e foque as abordagens e ferramentas que foram bem sucedidas.
ESQUEMA / MODELO	Principais modelos, abordagens e ferramentas, agrupados em 4 grupos: <ul style="list-style-type: none"> • Como podemos compreender a complexidade, interdependência e fragmentação? Exs: Modelo dos 7-S, Modelo PESTELI, Fluxograma • Porque precisamos de mudar? Exs: Análise SWOT • Quem e o que pode mudar? • Como podemos fazer a mudança acontecer? 	Principais tópicos dos temas: <ul style="list-style-type: none"> • Modelos de mudança teóricos • Abordagens sobre mudança • Ferramentas para a mudança Exs: Modelo dos 7-S, Modelo PESTELI, Diagrama de causa-efeito, Análise SWOT, Fluxograma • Facilitação da mudança • Gestão da mudança 	Modelo com seis elementos essenciais: <ul style="list-style-type: none"> • Governação e liderança Exs: Plano de gestão do risco • Envolvimentos dos <i>stakeholders</i> Exs: Plano de envolvimento dos <i>stakeholders</i>, Matriz de avaliação dos <i>stakeholders</i> • Comunicações Exs: Plano de comunicação • Análise e integração dos processos Exs: Fluxograma • Treino e educação • Monitorar e avaliar

Quadro 19

Comparação de 3 manuais de orientação da gestão da mudança na saúde

MANUAL	KISIL E PUPO (1998)	QUEENSLAND HEALTH (1999)	GITTINS E STANDISH (2010)
NOME	Gestão da Mudança Organizacional	<i>Managing Organisational Change: "How To" Guide</i>	<i>Planning and implementing change in healthcare: a practical guide for managers and clinicians</i>
PAÍS / ORGANIZAÇÃO	Brasil (Instituto para o Desenvolvimento da Saúde)	Austrália (<i>Queensland Health</i>)	Inglaterra (<i>HLSP Institute</i>)
DESTINATÁRIOS	Gestores municipais de serviços de saúde	Gestores e agentes de mudança	Gestores e profissionais de saúde
OBJECTIVO	Auxiliar pessoas e organizações de saúde a melhor entender e actuar num processo de mudança.	Providenciar um guia resumido com factores críticos de sucesso para qualquer processo de gestão da mudança, grande ou pequeno.	Orientar os leitores no planeamento e implementação de mudanças nos seus serviços de saúde locais.
ESQUEMA / MODELO	1. Conhecer as razões da mudança 2. Gerir o processo de mudança 3. Realizar um diagnóstico organizacional 4. Definir a direcção da mudança 5. Estabelecer um plano estratégico de mudança 6. Monitorar e avaliar o processo de mudança	1. Definir o objectivo principal 2. Preparar um projecto de mudança e um plano de acção 3. Definir o papel dos patrocinadores 4. Gerir os recursos humanos e os aspectos relacionais da organização 5. Definir processos de consultoria e comunicação 6. Conduzir uma análise de <i>stakeholders</i> 7. Adquirir e desenvolver competências de mudança 8. Identificar e desenvolver planos de gestão de riscos e ameaças 9. Desenvolver estratégias de avaliação	Principais abordagens, técnicas e ferramentas, agrupadas em 5 grupos: <ul style="list-style-type: none"> • O <i>Porquê</i> da mudança Exs: Modelo PESTELI, Modelo dos 7-S, Análise SWOT • O <i>O quê</i> da mudança • O <i>Quem</i> da mudança Exs: Grelha de avaliação dos <i>stakeholders</i>, Plano de gestão dos <i>stakeholders</i>, • O <i>Como</i> da mudança Exs: Brainstorming, Diagrama de causa-efeito, Plano de acção consolidado • O <i>E se</i> da mudança Exs: Plano de gestão do risco

5.2. CONCLUSÕES

Como acontece com a generalidade das organizações, a maior parte das iniciativas de mudança na saúde também fracassam (Applebaum e Wohl, 2000; Balogun e Haley, 2004; Beer e Nohria, 2000), pelas razões apontadas no capítulo anterior, acrescidas dos desafios característicos do sector da saúde, dos quais se destacam: (1) poder e autonomia dos profissionais de saúde, (2) exigências crescentes dos utentes, governo e investidores (Applebaum e Wohl, 2000; DGS, 2004; Iles e Sutherland, 2001) e (3) falta de informação necessária para gerir os processos de mudança nas organizações de saúde (Golden, 2006).

Tendo em conta que o sucesso da implementação de qualquer mudança, planeada ou emergente, depende fundamentalmente da preparação e capacidade da organização para a mudança (Andrews *et al.*, 2008; Todnem By, 2007; Turner *et al.*, 2009), torna-se fundamental assegurar que os colaboradores adquiram os conhecimentos e as competências necessárias (McAuliffe e Vaerenbergh, 2006) e mantenham os seus níveis de motivação, apoio e comprometimento (Armenakis *et al.*, 1993; Kotter, 1996; Luecke, 2003).

Uma das formas de capacitar os colaboradores é providenciar recursos que promovam a aprendizagem a partir da literatura e a tomada de decisões baseada na evidência (Canada Health Infoway, 2011; Gittins e Standish, 2010; Iles e Sutherland, 2001; McAuliffe e Vaerenbergh, 2006). Agyeman-Budu e Welvaert (2006) reforçam também a importância da utilização de abordagens que combinem a teoria e a prática ao longo do processo de mudança e que promovam o aumento de conhecimentos aplicáveis às situações reais das organizações de saúde.

Lewin (1951), há mais de cinquenta anos, realçava já a importância de combinar a teoria e a prática, defendendo que a teoria pode orientar a prática (condução da mudança organizacional) e prática pode originar informações importantes para a teoria (evidência):

“No research without action, no action without research.”

6. GESTÃO DA MUDANÇA NA SAÚDE: AÇÃO

A elaboração do manual de gestão da mudança na saúde, que constitui o objectivo final deste trabalho, é feita a partir da adaptação do manual *Planning and implementing change in healthcare: a practical guide for managers and clinicians* (Gittins e Standish, 2010), abordado no capítulo anterior. Este guia foi publicado pelo *HLSP Institute* (Inglaterra) com o objectivo de orientar os gestores e profissionais de saúde no planeamento e implementação de mudanças nos seus serviços de saúde locais. A sua escolha baseou-se nas seguintes características:

- apresentação simples e visualmente atraente, para despertar o interesse de possíveis leitores (Kotter, 1996);
- tamanho reduzido, para não diminuir o interesse dos leitores mais cépticos e ocupados e possibilitar a leitura integral do manual (Greener, 2004);
- linguagem simples e clara, adequada aos destinatários, leigos na área da gestão da mudança (Galpin, 2000; Iles e Sutherland, 2001);
- apresentação de cinco dimensões da mudança, baseadas na literatura (Galpin, 2000; Kotter, 1996; Luecke, 2003; Mento *et al.*, 2002; Pettigrew e Whipp, 1991), cujo conteúdo é facilmente identificável através das questões *Porquê?* (contexto e necessidade), *O quê?* (visão e objectivos), *Quem?* (agentes da mudança e resistentes), *Como?* (planeamento das actividades) e *E se?* (problemas potenciais e monitorização);
- inclusão dos elementos essenciais para o sucesso da mudança organizacional, identificados na revisão da literatura: diagnóstico, visão e objectivos, valorização dos aspectos humanos, liderança, comunicação, monitorização, cultura organizacional e consolidação da mudança (Galpin, 2000; Kanter, Stein e Jick, 1992; Kotter, 1996; Luecke, 2003; Mento *et al.*, 2002);

- apresentação de técnicas e ferramentas para a avaliação de diferentes aspectos da organização e da mudança, técnicos e humanos, ao longo de todo o processo (Canada Health Infoway, 2011; Iles e Sutherland, 2001; McAuliffe e Vaerenbergh, 2006).
- conciliação da teoria sobre mudança organizacional com a prática e experiências passadas (Greener, 2004; Hallencreutz e Turner, 2011; Mento, Jones e Dirndorfer, 2002) no que diz respeito à escolha das abordagens, técnicas e ferramentas, consideradas mais adequadas ao contexto da saúde (Canada Health Infoway, 2011; Iles e Sutherland, 2001).

Depois de seleccionado, o guia do *HLSP Institute* foi adaptado, de forma a incluir elementos adicionais importantes, constantes na revisão sobre a mudança organizacional, como as diferentes abordagens de mudança organizacional predominantes na literatura (Burnes, 1996; Kotter, 1996; Luecke, 2003).

6.1. GESTÃO DA MUDANÇA NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE: MANUAL PARA LEIGOS

Este manual destina-se a gestores e profissionais de organizações de saúde, leigos na área da gestão da mudança, e tem como principal objectivo providenciar informações gerais sobre os principais conceitos, abordagens, técnicas e ferramentas da gestão da mudança, adequados ao contexto da saúde, com o intuito de despertar o interesse dos leitores por esta área e motivá-los a facilitar e participar nos processos de mudança das suas organizações.

6.1.1. Introdução à mudança

Inseridas num ambiente complexo e em constante mudança, as organizações necessitam de se adaptar, de forma a garantir a sua sobrevivência (Applebaum e Wohl, 2000; Balogun e Haley, 2004; Beer e Nohria, 2000; Burnes, 2004; Luecke, 2003; Todnem By, 2007). Esta adaptação é feita através da implementação de mudanças organizacionais, existindo diversas abordagens:

- episódica: eventos únicos de grande dimensão, separados no tempo (Luecke, 2003; Weick e Quinn, 1999);
- contínua: alterações de pequena dimensão, resultantes da adaptação contínua da organização ao ambiente (Luecke, 2003; Weick e Quinn, 1999);
- radical: mudanças muito profundas, afectando a organização como um todo (Nadler e Tushman, 1990);
- incremental: mudanças pouco profundas, envolvendo apenas uma parte da organização (Nadler e Tushman, 1990);
- planeada: processo controlado e gerido através de um conjunto sequencial de passos, de forma a mover a organização de um estado presente para um estado futuro desejado (Lewin, 1951; Lippit *et al.*, 1958; Porras e Robertson, 1992);
- emergente: processo contínuo de adaptação a um ambiente complexo e imprevisível (Kanter *et al.*, 1992; Kotter, 1996; Luecke, 2003; Pettigrew e Whipp, 1991).

Segundo a abordagem contingencial, não existe uma melhor forma de gerir a mudança organizacional. A escolha da abordagem adequada depende assim da organização e do seu contexto particular (Dunphy e Stace, 1993; McAuliffe e Vaerenbergh, 2006). Por exemplo, a mudança planeada adequa-se mais a situações relativamente estáveis e previsíveis enquanto a mudança emergente é mais adequada a situações imprevisíveis e rápidas (Burnes, 2004).

Alguns autores defendem a gestão simultânea das diferentes abordagens, tanto das mudanças episódica/radical e contínua/incremental (equilíbrio pontuado) (Balogun e Haley, 2004; Burnes, 2004), como das mudanças planeadas e emergentes (Cunha e Rego, 2002).

A mudança nas organizações de saúde pode representar, por exemplo, novas responsabilidades clínicas, novos equipamentos, novos processos, novas tecnologias, novos conhecimentos ou novas formas de relacionamento com os outros. Pode também exigir investimentos significativos em pessoas, sistemas, equipamentos ou instalações, havendo necessidade de financiamento (Gittins e Standish, 2010).

Segundo Drucker (1993), as organizações de saúde constituem as formas de organização humana mais complexas de se gerir. Os gestores de saúde enfrentam desafios adicionais devido a factores como:

- diversidade de profissões e *stakeholders*, com interesses e perspectivas diferentes (Golden, 2006; Iles e Sutherland, 2001);
- poder e autonomia dos profissionais de saúde, cujo desempenho influencia significativamente a qualidade da prestação de serviços e, consequentemente, a satisfação dos utentes (Golden, 2006);
- mudanças constantes no ambiente, nomeadamente a nível económico, social, político e tecnológico (Applebaum e Wohl, 2000; Church *et al.*, 1996);
- exigências crescentes dos utentes, governo e investidores (Applebaum e Wohl, 2000; DGS, 2004; Iles e Sutherland, 2001);
- falta de informação necessária para gerir os processos de mudança nas organizações de saúde (Golden, 2006).

Por todas estas razões, a mudança nas organizações de saúde não é susceptível de ser simples e linear (Iles e Sutherland, 2001). Segundo estes autores, as organizações necessitam de adoptar mudanças contínuas e emergentes, de forma a adaptarem-se às alterações constantes que caracterizam o ambiente complexo em que se inserem (Altman e Iles, 1998; Applebaum e Wohl, 2000; Burnes, 2004).

O conjunto destes desafios torna também a compreensão e o planeamento do processo de mudança um pré-requisito para o seu sucesso (Beer e Nohria, 2000; Gittins e Standish, 2010), existindo, por esta razão, inúmeros modelos de gestão da mudança disponíveis na literatura (Galpin, 2000; Kotter, 1996; Lewin, 1951; Luecke, 2003; Mento *et al.*, 2002).

O esquema que se segue, simples e claro, representa cinco dimensões da mudança (ver Figura 5). Em cada uma, são apresentadas informações gerais, técnicas e ferramentas da gestão da mudança, consideradas adequadas ao contexto da saúde (Gittins e Standish, 2010).

Figura 5

Cinco dimensões da mudança organizacional (Gittins e Standish, 2010)



O *Porquê* da mudança: identificar os problemas da organização e criar um desejo colectivo de mudança, associado a um sentido de urgência.



O *O quê* da mudança: ter uma visão clara do estado futuro desejado e comunicá-la a toda a organização.



O *Quem* da mudança: identificar as pessoas que podem promover a mudança e as pessoas que podem bloquear a mesma; encontrar as melhores formas de envolver todos os colaboradores.



O *Como* da mudança: seleccionar as acções necessárias, a curto e longo-prazo, para alcançar a mudança desejada.



O *E se* da mudança: identificar problemas potenciais, de forma a minimizar o risco de atrasos e a prevenir o fracasso.

6.1.2. O *Porquê* da mudança

Na maior parte dos casos, a mudança advém de necessidades sentidas pela organização (aumento dos lucros, melhoria do desempenho, melhoria da qualidade dos serviços)

como resposta a factores internos ou externos (crescimento organizacional, aumento da competição, medidas políticas, desenvolvimento tecnológico, diminuição da procura) (Gittins e Standish, 2010). Reconhecer a necessidade de mudança e avaliar a organização e o ambiente em que está inserida constitui, assim, o primeiro passo de um processo de mudança (Luecke, 2003; Massey e Williams, 2006; Mento *et al.*, 2002).

A informação recolhida na avaliação do contexto da organização deve ser comunicada a todos os colaboradores, de forma a criar um certo nível de desconforto com a situação actual e, consequentemente, um desejo colectivo de mudança para uma situação melhor, associado a um sentido de urgência partilhado (Kotter, 1996; Luecke, 2003; Mento *et al.*, 2002).

Exemplos de técnicas e ferramentas:

- *Benchmarking*: comparar os resultados e o desempenho da organização com períodos passados ou com outras organizações de saúde (Gittins e Standish, 2010; Ulrich, 1996);
- Inquéritos de satisfação dos utentes: avaliar a qualidade dos serviços prestados (Gittins e Standish, 2010);
- Modelo PESTELI: avaliar o ambiente externo da organização (Gittins e Standish, 2010; Iles e Sutherland, 2001; McAuliffe e Vaerenbergh, 2006) (ver Figura 6);
- Modelo dos 7-S de McKinsey: avaliar o ambiente interno da organização (Gittins e Standish, 2010; McAuliffe e Vaerenbergh, 2006; Iles e Sutherland, 2001) (ver Figura 7);
- Análise SWOT: integrar a informação dos ambientes externo e interno (Gittins e Standish, 2010; McAuliffe e Vaerenbergh, 2006; Iles e Sutherland, 2001) (ver Figura 8).

Figura 6

Modelo PESTELI (Illes e Sutherland, 2001)



Figura 7

Modelo dos 7-S de McKenzie (Illes e Sutherland, 2001)



Figura 8

Análise SWOT (Illes e Sutherland, 2001)

FORÇAS	FRAQUEZAS
OPORTUNIDADES	AMEAÇAS

Para que a mudança seja considerada, a apresentação da informação deve ir ao encontro dos desejos, preocupações e motivações dos colaboradores mais afectados (Galpin, 2000; Gittins e Standish, 2010; Kotter, 1996; Luecke, 2003).

6.1.3. O *O Quê* da mudança

Desenvolver uma visão da mudança é fundamental para clarificar o estado futuro desejado e definir o sucesso da iniciativa (Kotter, 1996; Luecke, 2003; Mento *et al.*, 2002). Uma visão eficaz pode inspirar, motivar e aumentar o apoio dos colaboradores, devendo para isso apresentar as seguintes características: atraente, realista, objectiva, flexível, facilmente comunicável a todos os níveis e alinhada com a estratégia e cultura da organização (Kotter, 1996; Luecke, 2003).

Luecke (2003) salienta a importância de comunicar dois aspectos fundamentais relativos à visão: como a mudança vai melhorar a situação actual e como essas melhorias vão beneficiar os colaboradores.

A comunicação deve ser frequente, consistente, realizada ao longo de todo o processo de mudança e dirigida a todos os *stakeholders* (Galpin, 2000; Gittins e Standish, 2010; Luecke, 2003; Mento, Jones e Dirndorfer, 2002):

- investidores, a fim de compreenderem os benefícios das mudanças no desempenho da organização e os investimentos necessários para a sua concretização;
- utentes, a fim de compreenderem como as mudanças nos serviços os vão afectar;
- colaboradores, a fim de compreenderem o seu papel na mudança e na organização e como a mudança vai afectar as suas vidas, a nível profissional e pessoal.

Exemplos de técnicas e ferramentas:

- Plano de comunicação (Canada Health Infoway, 2011) (ver Figura 9);
- Apresentações claras, apelativas e adequadas aos diferentes níveis da organização (Kotter, 1996);
- Reuniões para partilha e discussão da informação (Galpin, 2000).

Figura 9

Plano de comunicação (Canada Health Infoway, 2011)

Comunica- ção / Ação	Mensagens chave	Audiência alvo	Data	Canal	Desenvol- vimento	Revisão/ aprovação	Entrega	Estado

6.1.4. O *Quem* da mudança

No processo de mudança organizacional, é importante identificar as pessoas que podem impulsionar ou facilitar o esforço de mudança (agentes da mudança) e as pessoas que podem bloqueá-lo (resistentes) (Luecke, 2003; Massey e Williams, 2006). Para tal, é necessário avaliar as suas características, interesses e motivações e determinar o papel que desejam desempenhar e como podem ser envolvidas no processo (Gittins e Standish, 2010).

O sucesso da mudança depende dos níveis de apoio e comprometimento dos *stakeholders* e pessoas-chave da organização, com poder em termos de informação, competências, reputação, relações e recursos (Luecke, 2003; Mento *et al.*, 2002).

Nas organizações de saúde, os líderes da mudança devem adoptar abordagens participativas, de forma a minimizar a resistência e manter a motivação e comprometimento dos colaboradores ao longo de todo o processo (Mento *et al.*, 2002), como por exemplo:

- integração no processo de tomada de decisão;
- partilha de informação;
- comunicação nos dois sentidos (*feedback*);
- colaboração entre indivíduos e equipas.

Um líder de mudança eficaz apresenta as seguintes características: crença de que a mudança é a chave para a competitividade, capacidade de desenvolver uma visão atraente e comunicá-la de a todos os *stakeholders*, obtendo o seu apoio e

comprometimento, conhecimento da organização e do seu contexto e competências humanas e operacionais (Beer *et al.*, 1990).

Exemplos de técnicas e ferramentas:

- Matriz de avaliação e comunicação com os *stakeholders*: avaliar o poder e interesse dos *stakeholders*, de forma a identificar os facilitadores e os resistentes (Canada Health Infoway, 2011; Gittins e Standish, 2010) (ver Figura 10);
- Plano de envolvimento dos *stakeholders*: planear a forma de envolver os *stakeholders*, de forma a optimizar os níveis de apoio activo e minimizar as resistências (Canada Health Infoway, 2011; Gittins e Standish, 2010) (ver Figura 11).

Figura 10

Matriz de avaliação e comunicação com os *stakeholders* (Canada Health Infoway, 2011)

		INTERESSE	
		Fraco	Forte
PODER	Fraco	Monitorizar (esforço mínimo)	Manter informado
	Forte	Manter satisfeito	Gerir de perto

Figura 11

Plano de envolvimento dos *stakeholders* (Canada Health Infoway, 2011)

Stakeholders-chave	Interesses e prioridades	Objectivos do envolvimento	Acções
Condição Consequências Contexto		Aceitar Evitar Minimizar Transferir	Evitar Minimizar

6.1.5. O *Como* da mudança

Grande parte das mudanças organizacionais requer o planeamento das diferentes actividades que têm de ser realizadas durante um período de tempo sustentado, dos recursos necessários e dos problemas potenciais (Gittins e Standish, 2010).

O planeamento da mudança exige reflexão e deve focar não só os aspectos técnicos (*hard*), mas também os aspectos humanos (*soft*) da mudança (Armenakis *et al.*, 1993; Turner *et al.*, 2009). Enquanto os primeiros são tangíveis, identificáveis e mensuráveis, os segundos são mais difíceis de gerir), sendo, no entanto, cruciais para o sucesso da mudança (Canada Health Infoway, 2011).

Se o plano for eficaz, conduz a resultados e soluções que se adequam à realidade organizacional, que reflectem os objectivos inicialmente definidos e que reforçam o apoio e comprometimento dos *stakeholders*-chave (Gittins e Standish, 2010; Luecke, 2003; Mento *et al.*, 2002).

Exemplos de técnicas e ferramentas:

- *Brainstorming*: promover o pensamento criativo e divergente (Gittins e Standish, 2010);
- Diagrama de causa-efeito, análise do problema e análise de decisão: promover o pensamento convergente e explorar aspectos específicos de uma tarefa ou problema (Gittins e Standish, 2010; McAuliffe e Vaerenbergh, 2006) (ver Figura 12);
- Plano de acção consolidado: definir os critérios de sucesso, as actividades a realizar e a relação entre as mesmas (Gittins e Standish, 2010) (ver Figura 13);
- Fluxograma: mapear os processos (Canada Health Infoway, 2011; McAuliffe e Vaerenbergh, 2006; Iles e Sutherland, 2001).

Figura 12

Diagrama de causa-efeito (Gittins e Standish, 2010)

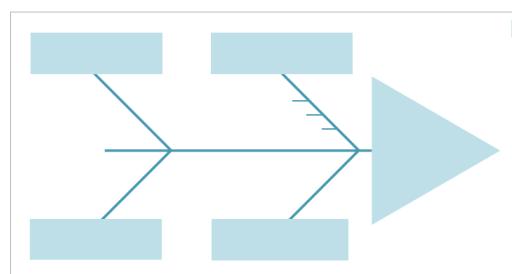
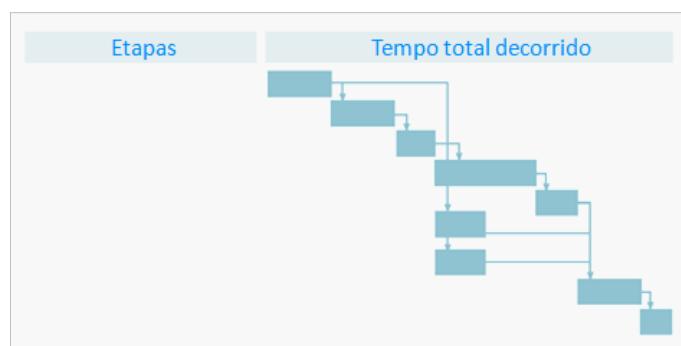


Figura 13

Plano de accão consolidado (Gittins e Standish, 2010)



6.1.6. O ESe da mudança

O progresso da mudança pode ser afectado por problemas de diferentes naturezas, nomeadamente políticos e tecnológicos (Gittins e Standish, 2010).

Identificar os problemas potenciais, que têm uma maior probabilidade de acontecer ou um maior impacto sobre a organização, e as suas causas prováveis constitui uma parte essencial da gestão de risco durante a mudança. Muitos problemas podem ser, deste modo, prevenidos ou minimizados (Gittins e Standish, 2010; Luecke, 2003).

Os problemas imprevistos podem ser identificados de forma rápida se o processo de mudança for monitorizado (Mento, Jones e Dirndorfer, 2002). A monitorização contínua permite avaliar o progresso e sucesso da mudança, identificar oportunidades, providenciar *feedback*, atribuir recompensas quando são alcançadas as metas definidas

e, consequentemente, motivar o esforço sustentado de mudança (Canada Health Infoway, 2011; Galpin, 2000).

Exemplos de técnicas e ferramentas:

- Plano de gestão do risco: para identificar, prevenir e minimizar os problemas potenciais (Canada Health Infoway, 2011; Gittins e Standish, 2010) (ver Figura 14).

Figura 14

Plano de gestão do risco (Canada Health Infoway, 2011)

Risco	Impacto potencial	Abordagem	Acções	Plano de contingência
Condição Consequências Contexto		Aceitar Evitar Minimizar Transferir	Evitar Minimizar	

6.1.7. Considerações finais

As melhorias e aprendizagens decorrentes da mudança devem ser consolidadas e integradas na cultura organizacional, de forma a promover o esforço sustentado de mudança e a adaptação contínua da organização de saúde às constantes alterações no sector da saúde (Burnes, 2004; Kotter, 1996; Luecke, 2003; Mento *et al.*, 2002).

Não existindo uma melhor forma de implementar as mudanças, a escolha da abordagem adequada para uma organização de saúde deve ter em conta a sua situação particular, a cultura organizacional (Burnes, 2004; Dunphy e Stace, 1993; Todnem By, 2005; Hallencreutz e Turner, 2011) e as características específicas do sector da saúde (Applebaum e Wohl, 2000; Iles e Sutherland, 2001).

6.2. CONCLUSÕES

O manual de gestão da mudança na saúde, elaborado com base no guia de Gittins e Standish (2010) e no seu esquema de cinco dimensões da mudança, “herdou” as características do anterior, referidas no início do capítulo, nomeadamente o tamanho

reduzido (Greener, 2004), a linguagem simples e clara (Kotter, 1996) e a inclusão dos elementos essenciais para o sucesso da mudança organizacional, identificados na revisão da literatura (Galpin, 2000; Luecke, 2003; Mento *et al.*, 2002).

Porém, apesar das semelhanças a nível da estrutura e conteúdo, os manuais têm objectivos diferentes. O manual original pretende orientar os gestores e profissionais de saúde no planeamento e implementação de mudanças nos seus serviços de saúde (Gittins e Standish, 2010). Por sua vez, o manual elaborado no presente trabalho tem como principal objectivo providenciar informações gerais sobre a gestão da mudança na saúde, com o intuito de despertar o interesse dos leitores por esta área e motivá-los a facilitar e participar nos processos de mudança das suas organizações.

O documento “Gestão da Mudança nas Organizações de Saúde: Manual para Leigos” constitui, deste modo, um ponto de partida para a capacitação das organizações de saúde e dos seus colaboradores, e não um recurso para orientar, por si só, um processo de condução da mudança, uma vez que o seu conteúdo não é suficiente para uma compreensão profunda dos conceitos e das técnicas e ferramentas a utilizar.

Este manual pretende assim:

- Servir de primeiro contacto com a área da gestão da mudança, promovendo a familiarização com os principais conceitos, abordagens, técnicas e ferramentas.
- Despertar o interesse dos leitores para uma aprendizagem mais profunda da gestão da mudança, com vista à implementação de mudanças bem-sucedidas nas suas organizações (Agyeman-Budu e Welvaert, 2006; McAuliffe e Vaerenbergh, 2006; Iles e Sutherland, 2001).
- Promover o aumento do conhecimento sobre a própria organização e o ambiente em que se insere (Galpin, 2000; Kotter, 1996; Mento *et al.*, 2002).
- Consciencializar sobre a necessidade de mudança para a sobrevivência e sucesso das organizações de saúde num ambiente complexo e incerto (Applebaum e Wohl, 2000; Iles e Sutherland, 2001).

- Auxiliar os leitores a ultrapassar a barreira entre o reconhecimento da necessidade de mudança nas suas organizações (Luecke, 2003; Massey e Williams, 2006; Mento *et al.*, 2002) e a acção no sentido da implementação das mudanças necessárias (Gittins e Standish, 2010; Iles e Sutherland, 2001).
- Desmistificar o medo e a desconfiança associados aos processos de mudança (Luecke, 2003; Massey e Williams, 2006; Mento, Jones e Dirndorfer, 2002).
- Alertar para a adequação das abordagens, técnicas e ferramentas de gestão da mudança ao contexto específico de cada organização (Dunphy e Stace, 1993; Hallencreutz e Turner, 2011; Todnem By, 2005) e para a inexistência de um modelo único e generalizado (Burnes, 1996).
- Contribuir para a capacitação das organizações de saúde portuguesas, com vista à diminuição da taxa de insucesso das iniciativas de mudança (Andrews *et al.*, 2008; Todnem By, 2007; Turner *et al.*, 2009).

O manual não pretende:

- Providenciar uma revisão ou descrição detalhada dos conceitos, abordagens, técnicas e ferramentas da gestão da mudança na saúde.
- Auxiliar, por si só, os leitores no planeamento e implementação de mudanças nas suas organizações de saúde, sem recurso a mais nenhuma fonte de informação ou aprendizagem.

7. CONCLUSÃO

Embora seja difícil identificar na literatura um consenso sobre a melhor forma de gerir a mudança organizacional, parece haver acordo relativamente a três aspectos importantes: (1) o ritmo da mudança nunca foi tão rápido como no ambiente actual (Beer *et al.*, 1990; McCalman e Paton, 2000; Moran e Brightman, 2001; Senior, 2002; Todnem By, 2005), (2) a mudança, sendo desencadeada por factores internos e externos, surge em todas as formas e tamanhos (Balogun e Haley, 2004; Burnes, 2004; Kotter, 1996; Luecke, 2003) e (3) a mudança organizacional é fundamental para a sobrevivência e sucesso das organizações (Beer e Nohria, 2000; Luecke, 2003; Todnem By, 2007; Turner *et al.*, 2009).

Grande parte dos processos de mudança iniciados pela generalidade das organizações fracassa por diversas razões (Applebaum e Wohl, 2000; Balogun e Haley, 2004; Beer e Nohria, 2000), que incluem: (1) existência de inúmeras teorias e abordagens contraditórias e confusas na literatura sobre mudança organizacional (Beer e Nohria, 2000; Klarner, Probst e Soparnot, 2008; Todnem By, 2005), (2) adopção de modelos de gestão considerados “*best practice*” pelos gestores, sem compreenderem os conceitos e processos subjacentes (Armenakis *et al.*, 1993; Burnes, 1996; Turner *et al.*, 2009), (3) falta de conhecimento contextual da organização e da mudança (Doyle *et al.*, 2000; Karp, 2004; Szulanski e Winter, 2002) e (4) falta de atenção às dinâmicas humanas (Church *et al.*, 1996; Jackson, 2003).

No sector da saúde, estas razões são acrescidas de desafios adicionais, dos quais se destacam: (1) mudanças constantes no ambiente, nomeadamente a nível económico, social e político (Applebaum e Wohl, 2000; Rego e Nunes, 2010), (2) poder e autonomia dos profissionais de saúde (Golden, 2006), (3) exigências crescentes dos utentes, governo e investidores (Applebaum e Wohl, 2000; DGS, 2004; Iles e Sutherland, 2001) e (4) falta de informação necessária para gerir os processos de mudança nas organizações de saúde (Golden, 2006).

Tendo em conta a elevada taxa de insucesso das organizações de saúde na implementação das suas mudanças, que reflecte o problema formulado no início do trabalho, a sua solução pode passar, como defendido por muitos autores, pela

capacitação das organizações e dos seus colaboradores para a gestão da mudança (Andrews *et al.*, 2008; Todnem By, 2007; Turner *et al.*, 2009;). Uma das formas de atingir este objectivo é providenciar recursos que promovam a aprendizagem a partir da literatura e a tomada de decisões baseada na evidência (Canada Health Infoway, 2011; Gittins e Standish, 2010; Iles e Sutherland, 2001; McAuliffe e Vaerenbergh, 2006).

Visto não haver consenso relativamente a um único modelo ou abordagem de mudança organizacional que se adeque a todos os problemas ou situações (Burnes, 2004; Dunphy e Stace, 1993; Hallencreutz e Turner, 2011; Todnem By, 2005), os gestores de saúde devem ser capazes de diagnosticar a organização (Galpin, 2000; Kotter, 1996; Mento *et al.*, 2002) e escolher o modelo, as técnicas e as ferramentas mais adequadas às suas circunstâncias particulares (Dunphy e Stace, 1993; Iles e Sutherland, 2001; McAuliffe e Vaerenbergh, 2006). No entanto, para que tal aconteça, necessitam, em primeiro lugar, de conhecimentos relativamente aos processos subjacentes à mudança, providenciados, em parte, pela literatura disponível sobre o tema.

Neste contexto, foi realizada uma revisão da literatura e elaborado o documento “Gestão da Mudança nas Organizações de Saúde: Manual para Leigos”, que se destina a gestores e profissionais de saúde, leigos na área da gestão da mudança. Este documento tem como principal objectivo providenciar informações gerais sobre os principais conceitos, abordagens, técnicas e ferramentas da gestão da mudança, adequados ao contexto da saúde, com o intuito de despertar o interesse dos leitores por esta área e motivá-los a facilitar e participar nos processos de mudança das suas organizações.

O manual de gestão da mudança na saúde constitui um ponto de partida para a capacitação das organizações de saúde e dos seus colaboradores, não devendo ser encarado, no entanto, como um recurso orientador, por si só, da condução da mudança, uma vez que o seu conteúdo não é suficiente para uma compreensão profunda dos conceitos e das técnicas e ferramentas a utilizar.

Com a elaboração do manual, baseado nas revisões bibliográficas realizadas sobre os temas da mudança organizacional e da gestão da mudança na saúde, foram alcançados os quatro objectivos propostos inicialmente.

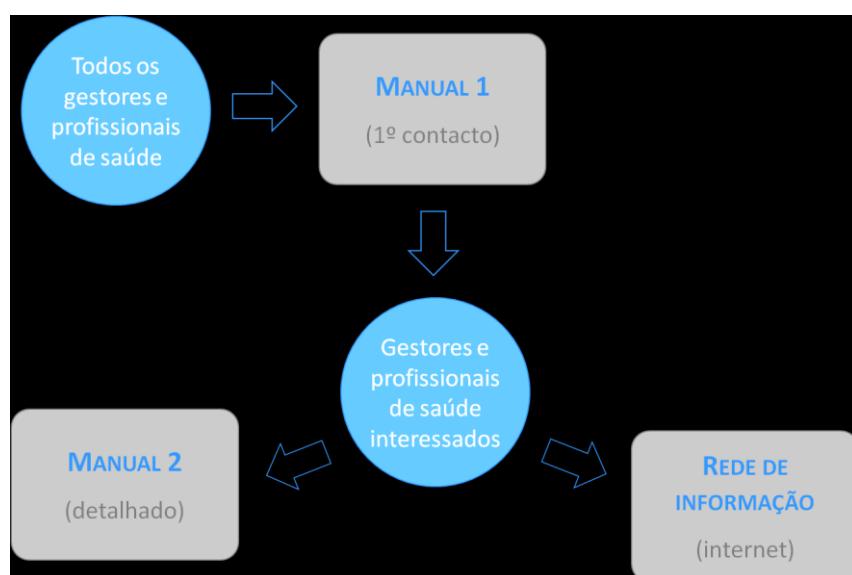
A grande limitação deste trabalho foi a sua natureza teórica e a falta de uma componente prática. Segundo Agyeman-Budu e Welvaert (2006), a combinação entre a teoria e a prática é fundamental para o aumento de conhecimentos baseados na evidência e aplicáveis às situações reais das organizações de saúde.

Por esta razão, é sugerida, em primeiro lugar, uma análise e discussão do manual com outros profissionais das áreas da saúde e da gestão da mudança, a fim de melhorá-lo. Posteriormente, poderá ser distribuído a todos os gestores e profissionais de saúde, através de publicações impressas ou por via electrónica, com o objectivo de despertar o seu interesse e motivação.

Outras práticas sugeridas para promover a capacitação das organizações de saúde para a mudança (solução para o problema formulado) são: (1) a elaboração de um manual complementar com informações mais detalhadas sobre os conceitos, teorias, técnicas e ferramentas de gestão da mudança, assim como da sua evidência e aplicabilidade e (2) a criação de uma rede de informação na internet, onde profissionais de ambas as áreas poderão debater questões actuais, analisar casos particulares e aconselhar de forma directa (ver Figura 15).

Figura 15

Sugestões de futuras práticas para a capacitação das organizações



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agyeman-Budu, E. e Welvaert, F. (2006), Investing in health care management: a way to explore the future value outlook of the health care sector, *Corporate Governance* 6 (4), 431-439.
- Altman, Y. e Illes, P. (1998), Learning, leadership, teams: corporate learning and organisational change, *Journal of Management Development* 17 (1), 44-45.
- Andrews, J., Cameron, H. e Harris, M. (2008), All change? Managers' experience of organizational change in theory and practice, *Journal of Organizational Change Management* 21 (3), 300-314.
- Applebaum, S. e Wohl, L. (2000), Transformation or change: some prescriptions for health care organizations, *Managing Service Quality* 10 (5), 279-298.
- Armenakis, A., Harris, S. e Mossholder, K. (1993), Creating readiness for organizational change, *Human Relations* 46 (6), 681-703.
- Balogun, J. (2003), From blaming the middle to harnessing its potential: creating change intermediaries, *British Journal of Management* 14 (1), 69-84.
- Balogun, J. e Haley, V. (2004), *Exploring Strategic Change*. London: Prentice-Hall.
- Bamford, D. e Forrester, P. (2003), Managing planned and emergent change within an operations management environment, *International Journal of Operations & Production Management* 23 (5), 546-564.
- Barros, P., Machado, S. e Simões, J. (2011), *Health Systems in Transition: Portugal*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Beckhard, R. e Harris, R. (1977), *Organizational Transitions*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Beckhard, R. (1969), *Organization Development*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Beer, M. e Nohria, N. (2000), Cracking the code of change, *Harvard Business Review* 78 (3), 133-139.
- Beer, M., Eisenstat, R. e Spector, B. (1990), Why change programs don't produce change, *Harvard Business Review*, Reprint 90601.
- Billington, B. (1997), The three essentials of an effective team, *Harvard Business Review*.
- Bordum, A. (2010), The strategic balance in a change management perspective, *Society and Business Review* 5 (3), 245-258.
- Boyle, S. (2011), *Health Systems in Transition: United Kingdom (England)*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.

Bridges, W. (2003), *Managing Transitions: Making The Most of Change*. Cambridge: Perseus Publishing.

Bullock, R. e Batten, D. (1985), It's just a phase we're going through: a review and synthesis of OD phase analysis, *Group and Organization Studies* 10, 383-412.

Burnes, B. (2004), Emergent change and planned change - competitors or allies?, *International Journal of Operations & Production Management* 24 (9), 886-902.

Burnes, B. (1996), No such thing as... a "one best way" to manage organizational change, *Management Decision* 34 (10), 11-18.

Caddy, S. e Danmiller, K. (2005), *Whole Systems Transformation*. San Fransisco: Pfeiffer.

Caldwell, R. (2003), Models of change agency: a fourfold classification, *British Journal of Management* 14 (2), 131-142.

Cameron, E. e Green, M. (2004), *Making Sense of Change Management: A Complete Guide to the Models, Tools and Techniques of Organizational Change Management*. New York: Kogan Page.

Campbell, R. (2008), Change management in health care, *The Health Care Manager* 27 (1), 23-39.

Canada Health Infoway (2011), *A Framework and Toolkit for Managing eHealth Change: People and Processes*. Canada Health Infoway.

Checkland, P. (2000), Soft systems methodology: a thirty year retrospective, *Systems Research and Behavioural Science*, 17 (1), 12-57.

Church, A., Siegal, W., Javitch, M., Waclawski, J. e Burke, W. (1996), Managing organizational change: what you don't know might hurt you, *Career Development International*, 1 (2), 25-30.

Clegg, C. (1984), The derivation of job design, *Journal of Occupational Behaviour* 5, 131-146.

Cummings, T. e Huse, E. (1975), *Organization Development and Change*. St. Paul, MN: West Publishing.

Cummings, T. e Huse, E. (1989), *Organization Development and Change*. St. Paul, MN: West Publishing.

Cunha, M. e Rego, A. (2002), As duas faces da mudança organizacional: planeada e emergente, *FEUNL Working Paper Series wp407*.

Cunha, M., Rego, A., Cunha, R. e Cardoso, C. (2007), *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. Lisboa: RH Editora.

- Dalziel, M. e Schnoover, S. (1988), *Changing Ways: A Practical Tool for Implementing Change Within Organizations*. New York: American Management Association.
- Dawson, P. (1996), Beyond conventional change models: a processual approach, *Asia Pacific Journal of Human Resources* 34 (2), 57-70.
- DGS (2004), *Plano Nacional da Saúde 2004-2010*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- DOH (1998), *A First Class Service: Quality in the New NHS*. London: Department of Health.
- DOH (2008), *Hight Quality Care for All*. London: Department of Health.
- Doyle, M., Claydon, T. e Buchanan, D. (2000), Mixed results, lousy process: the management experience of organizational change, *British Journal of Management* 11 (special issue), 59-80.
- Drucker, P. (1993), *The New Realities*. New York: Harper & Row.
- Dunphy, D. e Stace, D. (1993), The strategic management of corporate change, *Human Relations* 46 (8), 905-918.
- Eldrod II, P. e Tippett, D. (2002), The "death valley" of change, *Journal of Organizational Change Management* 15 (3), 272-291.
- Ferreira, A. e Martinez, L. (2008), *Manual de Diagnósticos e Mudança Organizacional*. Lisboa: RH Editora.
- French, W. e Bell, C. (1984), *Organization Development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- French, W. e Bell, C. (1973), *Organization Development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Galpin, T. (2000), *O Lado Humano da Mudança: Um Guia Prático para a Mudança Organizacional*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Gersick, C. (1991), Revolutionary change theories: a multilevel exploration of the punctuated equilibrium paradigm, *The Academy of Management Review* 16 (1), 10-36.
- Gittins, N. e Standish, S. (2010), *Planning and implementing change in healthcare: a practical guide for managers and clinicians*. London: HLSP Institute.
- Golden, B. (2006), Change: transforming health organisations, *Healthcare Quarterly* 10 (special issue), 10-19.
- Graetz, F., Rimmer, M., Lawrence, A. e Smith, A. (2002), *Managing Organizational Change*. Queensland Health.
- Greener, I. (2004), Talking to health managers about change: heroes, villains and simplification, *Journal of Health Organization and Management* 18 (5), 321-335.

- Grundy, T. (1993), *Managing Strategic Change*. London: Kogan Page.
- Guimaraes, T. e Armstrong, C. (1998), Empirically testing the impact of change management effectiveness on company performance, *European Journal of Innovation Management* 1 (2), 74-84.
- Gummesson, E. (2000), *Qualitative Methods in Management Research*. Thousands Oaks, CA: Sage.
- Hallencreutz, J. e Turner, D. (2011), Exploring organizational change best practice: are there any clear-cut models and definitions?, *International Journal of Quality and Service Sciences* 3 (1), 60-68.
- Harvey, D. e Brown, D. (2001), *An Experimental Approach to Organization Development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Hayes, J. (2002), *Theory and Practice of Change Management*. Basingstoke: Palgrave.
- Hoag, B., Ritschard, H. e Cooper, C. (2002), Obstacles to effective organizational change: the underlying reasons, *Leadership & Organization Development Journal* 23 (1), 6-15.
- Huse, E. (1980), *Organisation Development and Change*. New York: McGraw Hill.
- Iles, V. e Sutherland, K. (2001), *Organisational Change: A Review for Health Care Managers, Professionals and Researchers*. London: NHS Service Delivery and Organisation R&D.
- Jackson, M. (2003), *Systems Thinking: Creative Holism for Managers*. Hull: John Wiley & Sons.
- Jones, R.A. (2005), The impact of organizational culture and reshaping capabilities on change implementation success: the mediating role of readiness for change, *Journal of Management Studies* 42 (2), 361-386.
- Kanter, R., Stein, B. e Jick, T. (1992), *The Challenge of Organizational Change*. New York: The Free Press.
- Karp, T. (2004). Learning the steps of the dance of change: improving change capabilities by integrating futures studies and positive organisational scholarship, *Foresight* 6 (6), 349-355.
- Karp, T. e Helgo, T. (2008), From change management to change leadership: embracing chaotic change in public service organizations, *Journal of Organizational Change Management* 8 (1), 82-96.
- Kezar, A. (2001), Theories and models of organizational change, *ASHE ERIC Higher Education Report, part 4*.
- Kisil, M. e Pupo, R. (1998), *Gestão da Mudança Organizacional (Série Saúde & Cidadania, Vol. 4)*. São Paulo: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde.

Klarner, P., Probst, G. e Soparnot, R. (2008), Organizational change capacity in public services: the case of the World Health Organization, *Journal of Change Management* 8 (1), 57-72.

Kotter, J. (1996), *Leading Change*. Boston, MA: Harvard Business School Press.

Kotter, J. (1995), Leading change: why transformation efforts fail, *Harvard Business Review*, Reprint R0701J.

Kotter, J. e Schlesinger, L. (1979), Choosing strategies for change, *Harvard Business Review* 57, 106-114.

Lewin, K. (1951), *Field Theory in Social Science*. New York: Harper & Row.

Lippit, R., Watson, J. e Westley, B. (1958), *The Dynamics of Planned Change*. New York: Harcourt, Brace & World.

Love, P., Gunasekaran, A. e Li, H. (1998), Improving the competitiveness of manufacturing companies by continuous incremental change, *The TQM Magazine* 10 (3), 177-185.

Luecke, R. (2003), *Managing Change and Transition*. Boston, MA: Harvard Business School Press.

Massey, L. e Williams, S. (2006), Implementing change: the perspective of NHS change agents, *Leadership & Organizations Development Journal* 27 (8), 667-681.

McAuliffe, E. e Vaerenbergh, C. (2006), *Guiding Change in the Irish Health System*. Dublin: Health Service Executive.

McCalman, J. e Paton, R. (2000), *Change Management: A Guide to Effective Implementation*. London: Sage.

McWilliam, C. e Ward-Griffin, C. (2006), Implementing organizational change in health and social services, *Journal of Organizational Change Management* 19 (2), 119-135.

Mento, A., Jones, R. e Dirndorfer, W. (2002), A change management process: grounded in both theory and practice, *Journal of Change Management* 3 (1), 45-59.

Meyer, A., Goes, J. e Brooks, G. (1993), *Organizational Change and Redesign*. New York: Oxford University Press.

Moran, J. e Brightman, B. (2001), Leading organizational change, *Career Development International*, 6 (2), 111-118.

Nadler, D. (1988), Concepts of the Management of Organizational Change, em Tushman, M. e Moore, W. (Eds.), *Readings in the Management of Innovation*. Cambridge: Ballinger.

- Nadler, D. e Tushman, M. (1990), Beyond the charismatic leader: leadership and organizational change, *California Management Review* 32 (2), 194-204.
- Nadler, D., Shaw, R. e Walton, A. (1995), *Discontinuous change: leading organizational transformation*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Nelson, L. (2003), A case study in organizational change: implications for theory, *The Learning Organization* 10 (1), 111-118.
- Oliver, A. e Mossialos, E. (2005), European health systems reforms: looking backward to see forward?, *Journal of health politics, policy and law* 30 (1), 7-28.
- OPSS (2009), *10/30 anos: razões para continuar (Relatório de Primavera 2009)*. Coimbra: Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
- OPSS (2011), *Da depressão da crise para a governação prospectiva da saúde (Relatório de Primavera 2011)*. Coimbra: Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
- OPSS (2007), *Luzes e sombras: a governação em saúde (Relatório de Primavera 2007)*. Coimbra: Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
- OPSS (2003), *Saúde: que rupturas? (Relatório de Primavera 2003)*. Coimbra: Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
- OPSS (2008). *Sistema de Saúde Português: Riscos e Incertezas (Relatório de Primavera 2008)*. Coimbra: Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
- Oswick, C. (2005), Loocking forwards: discursive directions in organizational change, *Journal of Organizational Change Management* 18 (4), 383-390.
- Pardo del Val, M. e Fuentes, C. (2003), Resistance to change: a literature review and empirical study, *Management Decision* 41 (2), 148-155.
- Pascale, R., Millemann, M. e Gioja, L. (1997), Changing the way we Change, *Harvard Business Review*, Reprint 97609.
- Perrow, C. (1983), The organizational context of human factores engineering, *Administrative Science Quarterly* 28, 521-541.
- Pettigrew, A. e Whipp, R. (1991), *Managing Change for Competitive Success*. Oxford: Blackwell.
- Poole, M. e Van de Ven, A. (2004), *Handbook of Organisational Change and Innovation*. New York: Oxford University Press.
- Porras, J. e Robertson, P. (1992), *Handbook of Industrial and Organisational Psychology*. London: Consulting Psychologists Press.
- Porras, J. e Silvers, R. (1991), Organizational development and transformation, *Annual Review of Psychology* 42, 51-78.

Queensland Health (1999), *Managing Organisational Change: "How To" Guide*. Queensland Health.

Rego, G. e Nunes, R. (2010), *Gestão da Saúde*. Lisboa: Prata & Rodrigues.

Reto, L. e Nunes, F. (2001), *Normas de Elaboração de Teses de Mestrado*. Lisboa: INDEG/ISCTE.

Rouleau, L. (2005), Micro-practices of strategic sensemaking and sensegiving: how middle managers interpret and sell change every day, *Journal of Management Studies*, 42 (7), 1413-1441.

Rousseau, D. e Tijoriwala, S. (1999), What's a good reason to change? Motivated reasoning and social accounts in organizational change, *Journal of Applied Psychology* 84, 514-528.

Salem, P. (2008), The seven communication reasons organizations do not change, *Corporate Communications: An International Journal* 13 (3), 333-348.

Sanwal, A. (2008), The myth of best practices, *The Journal of Corporate Accounting and Finance* 19, 51-60.

Schein, E. (1969), *Process Consultation: Its Role in Organization Development*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Schwartz, H. e Davis, S. (1981), Matching corporate culture and business strategy, *Organizational Dynamics* 6 (1), 38-43.

Senior, B. (2002), *Organisational Change*. London: Prentice-Hall.

Serrano, P. (2004), *Redacção e Apresentação de Trabalhos Científicos*. Lisboa: Relógio d'Água.

Sirkin, H., Keenan, P. e Jackson, A. (2005), The hard side of change management, *Harvard Business Review*, Reprint R0510G.

Smith, P. (1995), On the unintended consequences of publishing performance data in the public sector, *International Journal of Public Administration* 18, 277-310.

Stanleigh, M. (2008), Effecting successful change management initiatives, *Business Improvement Architects* 40 (1), 34-37.

Szulanski, G. e Winter, S. (2002), Getting it right the second time, *Harvard Business Review*, Reprint R0201E.

Tavares, L., Mateus, A. e Cabral, F. (2002), *Reformar Portugal: 17 estratégias de mudança*. Lisboa: Oficina do Livro.

Taylor, P. e Hirst, J. (2001), Facilitating effective change and continuous improvement: the Mortgage Express way, *Journal of Change Management* 2 (1), 67-71.

- Todnem By, R. (2005), Organisational change management: a critical review, *Journal of Change Management* 5 (4), 369-380.
- Todnem By, R. (2007), Ready or not..., *Journal of Change Management*, 7 (1), 3-11.
- Todnem By, R., Burnes, B. e Oswick, C. (2011), Change management: the road ahead, *Journal of Change Management* 11 (1), 1-6.
- Tuohy, C. (1999), *Accidental logics: the dynamics of change in the health care arena in the United States, Britain and Canada*. New York: Oxford University Press.
- Turner, D., Haley, H. e Hallencreutz, J. (2009), Towards a global definition of best practice in change management, *The International Journal of Knowledge, Culture & Change Management* 9 (8), 185-190.
- Turner, D., Hallencreutz, J. e Haley, H. (2009), Leveraging the value of an organizational change management methodology, *The International Journal of Knowledge, Culture & Change Management* 9 (9), 25-34.
- Ulrich, D. (1996), *Human Resource Champions*. Boston: Harvard Business School Press.
- Valoka, M. e Nikolaus, I. (2005), Attitudes towards organizational change: what is the role of employees's stress and commitment?, *Employee Relations* 27 (2), 160-174.
- Van de Ven, A. e Poole, M. (1995), Explaining development and change in organizations, *Academy of Management Review* 20, 510-540.
- Weick, K. e Quinn, R. (1999), Organizational change and development, *Annual Review of Psychology* 50, 361-386.
- WHO (2008), *The Tallin Charter: Health Systems for Health and Wealth*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2000), *The World Report 2000*. Geneva: World Health Organization.
- Wilson, D. (1992), *A Strategy of Change*. London: Routledge.
- Wood Jr., T. (2000), *Mudança organizacional: aprofundando temas atuais em administração de empresas*. São Paulo: Atlas.
- Young, M. (2009), A meta model of change, *Journal of Organizational Change Management* 22 (5), 524-548.