



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

SNS Sem Papel

Desafios à Gestão e Liderança

Ana Catarina Rodrigues Gonçalves

Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(Ciclo de Estudos Integrado)

Orientador: Prof. Doutor Henrique Martins

Covilhã, maio de 2019

À minha família.
À Faculdade de Ciências da Saúde da
Universidade da Beira Interior e ao MedUBI.

Nada é permanente, exceto a mudança.

Heráclito (450 a.C.)

Resumo

Introdução: A Serviços Partilhados do Ministério da Saúde tem um papel potenciador da Transformação Digital na Saúde em Portugal através das suas iniciativas, entre elas o SNS Sem Papel, que pretende eliminar o uso de papel em diferentes serviços de apoio à prestação de cuidados clínicos. Sabe-se, no entanto, que a mudança nas organizações de saúde não é suscetível de ser simples ou linear. Através deste estudo, procurar-se-á comparar diferentes instituições que colaboram na iniciativa numa ótica dos processos de gestão e liderança, e aprofundar o papel de processos de Gestão de Mudança.

Métodos: Aplicou-se uma metodologia eminentemente qualitativa em quatro instituições que fazem parte do projeto SNS Sem Papel, tendo-se desenvolvido em torno de três fases. A primeira fase consistiu na compilação de informação disponível sobre as instituições. A segunda fase consistiu na realização de entrevistas estruturadas mediante elaboração prévia de um guião e a terceira fase consistiu na análise do material recolhido através de análise qualitativa temática direta e de modelos de referência de liderança na mudança.

Resultados: A metodologia de implementação da iniciativa SNS Sem Papel, bem como os resultados e as fases em que a mesma se dividiu, foram díspares. Contudo, em todas as instituições existe uma equipa de gestão da iniciativa cuja função é o acompanhamento local, sendo constante a inclusão do topo hierárquico e chefias intermédias. Todas as instituições admitem a existência de obstáculos no decorrer da implementação do projeto SNS Sem Papel, tratando-se, na sua maioria, de obstáculos já esperados. Todas as instituições experienciaram resistência à mudança neste contexto.

Conclusões: A maioria das falhas relacionadas com a mudança são de implementação e não de conceção de ideias iniciais. A existência de um método de gestão claro e assumido para a implementação desta iniciativa relaciona-se com melhores resultados na implementação da mudança, tal como com o maior compromisso do topo hierárquico. A equipa de gestão deve ser capaz de diagnosticar a organização, escolhendo a metodologia de implementação, de monitorização de resultados e de acompanhamento mais adequadas às circunstâncias particulares da instituição, e identificando as pessoas com maior capacidade de influência.

Palavras-chave

SNS Sem Papel, Transformação Digital em Saúde, Tecnologia, Gestão de Mudança

Abstract

Introduction: *The globalization of the economy and technological evolution have caused significant changes in all of society, including the health sector. The Shared Services of the Ministry of Health have a leading role in the digital transformation of healthcare in Portugal through its initiatives, among them “SNS Sem Papel”, which aims to reduce and eliminate the use of paper in different services to support clinical care. It is known, however, that the change in health organizations is not likely to be simple. Through this study, different institutions that collaborate in the “SNS Sem Papel” initiative, will be compared from a management and leadership standpoint, determining the role of change management processes.*

Methods: *In the preparation of this study, a qualitative methodology was applied to four health institutions, which was developed around three essential phases. The first phase (desk research) consisted of compiling available information about the institutions. The second phase consisted of conducting structured interviews through a prepared script, and the third phase consisted of analysing of the material collected using a qualitative thematic analysis and reference models of leadership in change.*

Results: *The implementation of the initiative in the institutions under analysis, as well as the results and the stages in which it was divided, was uneven. However, in each institution there is a management team with the responsibility to follow the implementation of the initiative locally, with the constant inclusion of intermediate and top managers. All institutions acknowledge the existence of obstacles over the course of implementation, with most of them having already been expected. All institutions experienced resistance to change in this context.*

Conclusions: *Most of the flaws related to change are rooted in the implementation rather than the conception of initial ideas. The existence of a clear and assumed management method for the implementation of this initiative is related to a more successful outcome, such as the greater commitment of the hierarchical top. The management team should have the capacity to know how to diagnose the organization, choosing the model, techniques and tools best suited to the particular circumstances of the institution, and how to identify key elements within the organization.*

Keywords

Paperless NHS, eHealth, Technology, Change Management

Índice

1. Introdução	1
1.1. Objetivos.....	3
2. Contexto.....	5
2.1. ENESIS-2020 em Portugal	5
2.2. Metodologia de implementação do SNS Sem Papel pela SPMS	7
2.3. Simplificação e desmaterialização: áreas de atuação	9
2.4. <i>Healthcare Information and Management Systems Society Analytics</i>	11
2.5. Gestão de mudança.....	12
3. Métodos.....	29
4. Resultados.....	31
4.1. <i>Desk Research</i>	31
4.2. Resultados das entrevistas.....	33
5. Análise.....	43
5.1. Modelo proposto por Kotter	43
5.2. Modelo V.I.A.R.M.A.	45
6. Discussão	47
6.1. Existência de um método de gestão claro e assumido	47
6.2. Monitorização.....	48
6.3. Obstáculos.....	49
6.4. Envolvimento dos <i>stakeholders</i>	50
6.5. Capacitação dos profissionais	51
6.6. Desmaterialização	52
6.7. Resistência à mudança - <i>Six Change Approaches</i>	53
6.8. Liderança na mudança - <i>Kotter's 8-Step Change Model</i>	54
6.9. Liderança na mudança - Modelo V.I.A.R.M.A.....	58
6.10. Liderança na mudança - Modelo proposto.....	59

6.11. Limitações do estudo.....	60
7. Conclusões e perspectivas futuras.....	61
Bibliografia.....	65
Anexos	67
Anexo 1 - Guião de entrevista utilizado	67
Anexo 2 - Entrevistas descritivas.....	69

Índice de Figuras

Figura 1 - Caracterizações de mudança organizacional	15
Figura 2 - Classificação de <i>stakeholders</i> de Mitchell et al. (1997)	17
Figura 3 - Classificação de <i>stakeholders</i> de Savage et al. (1991).....	18
Figura 4 - Modelo V.I.A.R.M.A.....	26
Figura 5 - Síntese da metodologia do estudo.....	30
Figura 6 - Objetivos futuros das instituições	37
Figura 7 - Árvore de decisão.	59

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Modelo EMR da <i>HIMSS Analytics</i>	12
Tabela 2 - Ideias chave das referências consultadas.....	12
Tabela 3 - Abordagens de gestão da resistência por Kotter & Schlesinger (2008)	22
Tabela 4 - Erros críticos nos processos de mudança por Kotter (2007)	23
Tabela 5 - Quadro resumo adaptado de Kotter (1996, 2007) e Pinto & Couto-de-Souza (2009)	24
Tabela 6 - Dimensões do modelo V.I.A.R.M.A	27
Tabela 7 - Instituições que compõem a amostra.	31
Tabela 8 - Frequência de procedimentos por parte da amostra	33
Tabela 9 - Frequência de fases de implementação do projeto	35
Tabela 10 - Frequência de ações com vista à garantia de execução do projeto.....	36
Tabela 11 - Frequência de obstáculos expectáveis e não expectáveis	38
Tabela 12 - Frequência de obstáculos expectáveis por parte das instituições	39
Tabela 13 - Frequência de obstáculos não expectáveis por parte das instituições.....	40
Tabela 14 - Frequência de ações com vista a garantir a adesão por parte dos profissionais das instituições.....	41
Tabela 15 - Aplicação do modelo de Kotter.	43
Tabela 16 - Aplicação dos erros de Kotter.	44
Tabela 17 - Aplicação do modelo V.I.A.R.M.A..	45
Tabela 18 - Análise dos erros de Kotter nas instituições	56

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Frequência de receitas totalmente desmaterializadas	36
Gráfico 2 - Classificação HIMSS das instituições	37
Gráfico 3 - Frequência de obstáculos expectáveis e não expectáveis	38

Lista de Acrónimos

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
APP	<i>Application</i>
ARS	Administração Regional de Saúde
BI	<i>Business Intelligence</i>
CA	Conselho de Administração
CD	Conselho Diretivo
CDS	<i>Clinical Decision Support</i>
CDR	<i>Controlled Medical Vocabulary</i>
CH	Centro Hospitalar
CHPL	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
CHPPVC	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde
CLIC	Comissão Local de Informatização Clínica
CPOE	<i>Computerized Provider Order Entry</i>
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DICOM	<i>Digital Imaging Communications in Medicine</i>
DR	Diário da República
eMAR	<i>Electronic Medication Administration Record</i>
EMR	<i>Electronic Medical Record</i>
EMRAM	<i>Electronic Medical Record Adoption Model</i>
ENESIS	Estratégia Nacional para o Ecosistema de Informação de Saúde
E.P.E.	Entidade Pública Empresarial
eSaúde	Cuidados de Saúde suportados por soluções de Tecnologia da Informação
eSIS	Ecosistema de Informação em Saúde
HIE	<i>Health Information Exchange</i>
HIMSS	<i>Healthcare Information and Management Systems Society</i>
IH	Instituição Hospitalar
LH	<i>Lean Healthcare</i>
MCDT	Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica
MySNS	Carteira Eletrónica de Saúde
NIC	Núcleos de Intervenção Comunitária
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	<i>Picture Archiving and Communication System</i>
PDCA	<i>Plan, Do, Check, Act</i>
RSP	Receita Sem Papel
SCLínico	Sistema Informático desenvolvido pela SPMS
SI	Sistemas de Informação
SMS	<i>Short Message Service</i>

SNS	Serviço Nacional de Saúde
SNS24	Centro de Contacto do SNS
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
TI	Tecnologias de informação
TIC	Tecnologias de informação e comunicação
UE	União Europeia
ULS	Unidade Local de Saúde
ULSAM	Unidade Local de Saúde do Alto Minho
ULSG	Unidade Local de Saúde da Guarda
V.I.A.R.M.A.	Visão, implementação, ativação, reconhecimento, monitorização e apoio

1. Introdução

A globalização da economia e a evolução tecnológica têm provocado significativas alterações na sociedade. A transformação digital está a afetar todos os setores, e a Saúde não é exceção⁽¹⁾.

A utilização de tecnologias de informação e comunicação (TIC) na Saúde, designada por *eHealth*, está a transformar a prestação e gestão de cuidados de Saúde. A atividade diária das organizações do setor da Saúde depende do registo e partilha de informação a vários níveis (pessoal/individual, organizacional, regional, nacional e internacional) e, crescentemente, das novas tecnologias que as suportam⁽²⁾. As TIC são importantes na comunicação em contexto do trabalho multiprofissional e interdisciplinar.

Nesta era da transformação digital, a par do aparecimento de novas tecnologias e da definição de novos processos, surgiu um novo conjunto de perfis e competências necessários às organizações para darem resposta aos desafios emergentes⁽³⁾ e com vista a não se perder o humanismo na relação médico-doente e na prestação de cuidados de saúde. A transformação digital é um processo contínuo que visa a criação de um novo ecossistema de informação e valor, com novas oportunidades para o desenvolvimento de qualidade e uma melhor utilização dos recursos nas organizações, devendo estar alinhado, não só a nível nacional, mas também internacional, com as melhores práticas transfronteiriças⁽³⁾. Pretende-se, do ponto de vista pragmático, melhorar o rigor, evitar redundâncias e melhorar a comunicação e, do ponto de vista de gestão, aumentar a eficiência melhorando os circuitos de informação.

À escala mundial, a saúde digital tem sido uma preocupação da Organização Mundial de Saúde (OMS), considerando-se que aproveitar o poder das tecnologias digitais é fundamental para alcançar a cobertura universal de saúde, promover a saúde e servir os mais vulneráveis. Em 2018, os governos aprovaram por unanimidade uma resolução da Assembleia Mundial da Saúde que vinculou a OMS a desenvolver até 2020 uma estratégia global de saúde digital para apoiar os esforços nacionais para alcançar a cobertura universal de saúde, com a criação de um Departamento de Saúde Digital para melhorar o papel da OMS na avaliação de tecnologias digitais e apoiar os Estados Membros na priorização, integração e regulamentação⁽⁴⁾.

À escala europeia, segundo o Conselho da União Europeia, é necessário ponderar abordagens e modelos inovadores no domínio dos cuidados de saúde para fazer face às necessidades atuais, reforçando-se a promoção da saúde e a prevenção da doença, e pondo em prática uma medicina personalizada, que reconheça o potencial das ferramentas e dos serviços de saúde digital⁽⁵⁾.

Em abril de 2018, a Comissão Europeia publicou um documento de trabalho e uma comunicação sobre a transformação digital da saúde, identificando três prioridades:

1. Garantir o acesso seguro dos cidadãos aos seus dados de saúde em toda a União Europeia (UE)⁽⁶⁾;
2. Garantir a existência de uma infra-estrutura europeia de dados, que possibilite uma medicina personalizada - permitindo que investigadores e outros profissionais reúnam e partilhem recursos (dados, competências, processamento informático e capacidades de armazenamento) em toda a UE⁽⁶⁾;
3. Capacitar o cidadão na utilização de ferramentas digitais, aumentar a literacia em saúde, estimular a prevenção e possibilitar o *feedback* e a interação entre os usuários e os profissionais de saúde⁽⁶⁾.

Em Portugal, atualmente, cerca de 70% da população é utilizadora ativa da *internet* e de serviços *online*, um valor indicativo de que a modernização da prestação de cuidados de saúde poderá ir de encontro aos hábitos diários daqueles que dela beneficiam⁽⁷⁾.

A Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) teve a sua génese em 2010 e tem as missões de centralização das funções financeiras, de compras e de recursos humanos do Ministério da Saúde, gestão de sistemas de informação e, mais recentemente, gestão do Centro de Contacto do SNS (SNS24).

Assim, é esperado da SPMS um papel promotor da eficiência na gestão de processos transversais das organizações do Ministério da Saúde que a procurem, num contexto de reforma e modernização administrativa, bem como um papel potenciador da Transformação Digital na Saúde através das suas iniciativas, entre elas a iniciativa SNS Sem Papel. Esta iniciativa pretende reduzir e eliminar o uso de papel em diferentes serviços de apoio à prestação de cuidados clínicos, inserindo-se na ENESIS 2020 - Estratégia Nacional para o Ecossistema de Informação de Saúde 2020, de acordo com a resolução do Conselho de Ministros publicada no dia 19 de outubro de 2016 em Diário da República⁽⁸⁾, com posterior entrada em vigor a 20 de outubro de 2016.

Através desta iniciativa pretende-se reforçar a integração entre sistemas de informação, por forma a simplificar processos e aproximar o Serviço Nacional de Saúde (SNS) dos cidadãos e dos profissionais, proporcionando mais transparência, qualidade e celeridade.

Para os profissionais de saúde, esta iniciativa visa reforçar o suporte à tomada de decisão na atividade de diagnóstico e terapêutica e melhorar a prestação de cuidados de saúde de proximidade, evitando a introdução manual de dados no sistema, e aumentando a segurança dos registos. Tal requer necessariamente a participação alargada, responsável e transparente de todos os atores do sistema de saúde, possibilitando a disponibilização de múltiplas plataformas de serviços digitais e as melhores práticas em cada uma delas.

Sabe-se, no entanto, que a mudança nas organizações de saúde não é suscetível de ser simples ou linear. As organizações necessitam de adotar mudanças contínuas e emergentes, de forma a adaptarem-se às alterações constantes que caracterizam o ambiente complexo em que se inserem e à resistência à mudança, algo apenas possível através de um processo organizacional de Gestão de Mudança⁽⁹⁾.

Através deste estudo, procurar-se-á comparar diferentes instituições que colaboram na iniciativa SNS Sem Papel, aferindo estratégias e metodologias de implementação utilizadas, bem como os resultados alcançados, num contexto de gestão e liderança. Por último, procurar-se-á aplicar dois modelos de referência no que concerne à gestão de mudança, os modelos de Kotter e da Visão, Implementação, Ativação, Reconhecimento, Monitorização e Apoio (V.I.A.R.M.A.).

1.1. Objetivos

Os objetivos de investigação que nortearam este estudo foram três:

1. Estudar instituições que colaboram no projeto SNS Sem Papel, aferindo estratégias e metodologias de implementação e resultados alcançados, numa ótica dos processos de gestão e liderança;
2. Aprofundar o papel de processos de Gestão de Mudança aplicados a um desafio prático e atual (transformação digital), utilizando modelos teóricos como o proposto por Kotter e o modelo de V.I.A.R.M.A.;
3. Apresentar propostas de trabalhos futuros nesta área.

2. Contexto

2.1. ENESIS-2020 em Portugal

Designa-se por Ecosistema de Informação o conjunto de tecnologias, pessoas e processos que intervêm no ciclo de vida da informação relacionada com todas as dimensões da saúde do cidadão, independentemente do local de prestação de cuidados e/ou das barreiras organizacionais⁽¹⁰⁾.

A ENESIS-2020 consiste na Estratégia Nacional para o Ecosistema de Informação em Saúde em Portugal, com metas a atingir até ao ano de 2020 no decorrer das suas iniciativas, em que se visa contribuir para a evolução do ecossistema de informação da Saúde, tornando-se uma referência de boas práticas e promovendo a entrega de benefícios e a otimização de riscos e recursos. Esta abordagem ultrapassa o SNS, estendendo-se para todo o Sistema de Saúde em alinhamento com a Lei de Bases da Saúde⁽¹¹⁾ (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto), até chegar ao uso pessoal e autónomo do cidadão. O resultado é uma visão comum para a área dos Sistemas e Tecnologia de Informação da Saúde que permita orientar as estratégias e iniciativas dos diversos atores do ecossistema de modo a progredir de forma colaborativa ou independente para objetivos comuns⁽¹²⁾.

A ENESIS-2020 foi aprovada de acordo com a resolução do Conselho de Ministros publicada no dia 19 de outubro de 2016 em Diário da República, com posterior entrada em vigor a 20 de outubro de 2016, e aplica-se aos organismos do Estado integrados na administração direta, indireta, ao setor público empresarial e, ainda, a título voluntário, à administração autónoma e a outras pessoas coletivas de direito público. Aplica-se, adicionalmente, às demais entidades da área da saúde independentemente da sua natureza jurídica sempre que a lei assim o preveja⁽¹⁰⁾.

A coordenação e a supervisão da ENESIS-2020 são da responsabilidade da SPMS, sob orientação da respetiva tutela, garantindo a sua dinamização, em particular a sua promoção no âmbito do Ecosistema de Informação em Saúde (eSIS), e a garantia da sua operacionalização no âmbito do SNS⁽¹²⁾. O Despacho n.º 3156/2017, de 5 de abril do Gabinete do Ministro da Saúde estabelece o modelo de coordenação da ENESIS-2020, incluindo as estruturas organizacionais e o quadro de acompanhamento⁽¹²⁾.

São iniciativas da ENESIS-2020:

1. A definição da arquitetura de referência do eSIS e elaboração de guias e boas práticas;
2. O reforço de competências digitais dos recursos humanos;
3. A melhoria contínua dos processos de gestão dos Sistemas de Informação (SI), nomeadamente na componente de segurança;

4. A melhoria contínua dos processos de gestão dos SI, nomeadamente na componente de serviço;
5. A criação do Centro Nacional de TeleSaúde como catalisador para a generalização da prática de telessaúde - um princípio facilitador para o acesso à saúde;
6. A portabilidade e acesso ao Registo de Saúde Eletrónico (*MySNS*);
7. A desmaterialização de processos do percurso clínico do cidadão, interoperabilidade e partilha de informação clínica no âmbito da articulação interministerial;
8. **A implementação do projeto SNS Sem Papel**, com desmaterialização e integração dos registos e processos no SNS até 2020, sendo o enfoque deste estudo.

As metas a atingir com esta estratégia têm como propósito melhorar o registo, o acesso e a partilha de informação, simplificando e desmaterializando processos e documentos, como a prescrição e dispensa eletrónica de medicamentos, processos associados aos certificados de óbito e baixas médicas, disponibilização de dados e serviços através do Registo de Saúde Eletrónico e portais conexos. Têm ainda como desiderato facultar o acesso público de dados abertos no Portal do SNS e no Portal dados.gov.pt⁽¹⁰⁾.

Em todas as metas e iniciativas estão presentes os pilares estratégicos da ENESIS, nos quais se encontram a orientação para a satisfação das necessidades dos diversos intervenientes, a centralidade no cidadão, o ser-se transfronteiriço e móvel por definição, a interoperabilidade, possuir dados abertos, ter uma governança abrangente, fazer uso da *eHealth* em todas as políticas e dotar-se de referenciais de boas práticas⁽¹⁰⁾.

Esta iniciativa é o centro de todo o processo de transformação digital que se encontra em curso no SNS e pretende desmaterializar todo o percurso do utente, assentando na premissa de que o bem-estar individual e das comunidades passa pela garantia de acesso e equidade nos cuidados de saúde, e que para isso o digital é fundamental. Para cumprir os desígnios do projeto foram criados instrumentos e procedimentos de organização que, ao serviço do cidadão e dos profissionais de saúde, asseguram que o percurso clínico dos utentes pelos vários serviços de que necessitam é gerido de forma atempada e com bons resultados, evitando a fragmentação dos registos de cuidados que hoje se observa⁽¹⁰⁾.

2.2. Metodologia de implementação do SNS Sem Papel pela SPMS

A metodologia de implementação desta iniciativa implicou, implica e implicará esforço e compromisso mútuos da SPMS com os demais *stakeholders*, numa metodologia que tem por base os seguintes eixos:

1. Reuniões preliminares

Através de sessões de trabalho presenciais nas instalações de cada instituição procuram aferir-se potenciais fragilidades e oportunidades de melhoria, sendo a própria instituição que, posteriormente, iniciará/continuará o levantamento de documentação em papel desnecessária em determinados fluxos de trabalho, analisando-se a melhor forma de eliminar essa utilização, integrando-a num dos sistemas de informação presentes no Hospital. Poderá também ser preciso rever os circuitos de autorização por forma a permitir a sua desmaterialização.

Através das sessões de trabalho identifica-se a capacidade de autonomia da instituição face ao processo de desmaterialização, podendo a mesma ser totalmente autónoma ou dependente de acompanhamento da SPMS, seguindo uma implementação com base em orientações e circulares emanadas pela SPMS. Como resultado destas sessões de trabalho, fica clara a decisão de um acompanhamento mais dedicado por parte da SPMS, tendo em conta o nível de desmaterialização com os SI existentes, a vontade e o compromisso da instituição⁽¹³⁾.

Paralelamente às reuniões individuais com cada instituição, decorrem também as seguintes ações:

- a. Recolha dos pontos de todos os SI onde é possível a impressão em papel;
- b. Disponibilização de formação sobre os restantes programas existentes no ecossistema de SI que são responsabilidade da SPMS, englobando as áreas financeira e de recursos humanos.

2. Interlocutores

Nas sessões de trabalho dedicadas a esta iniciativa é solicitada a presença dos membros do Conselhos de Administração (CA) e dos membros da Comissão Local de Informatização Clínica (CLIC). Os membros da CLIC respeitam a constante no Despacho n.º 3156/2017 sobre a sua constituição⁽¹²⁾. Reforça-se o carácter multiprofissional e interdisciplinar da constituição, envolvendo as áreas clínicas e não clínicas, e com envolvimento das chefias intermédias.

Assim, em cada instituição, as sessões contam com a presença de um elemento do respetivo CA e os vários membros nomeados para a composição da CLIC e Comissões de Desmaterialização que podem, em certas instituições, ser a mesma equipa.

No que concerne a este eixo, a consciencialização dos *stakeholders* envolvidos é fulcral, assim como estratégias comuns e alinhadas e uma visão holística com a perspetiva de profissionais das diferentes áreas, clínicas e não clínicas⁽¹³⁾.

3. Documentação

Nesta fase, o reconhecimento de indicadores de informatização, desmaterialização e simplificação são trabalhados localmente e aferem-se as próximas etapas a atingir no que concerne à desmaterialização e às comunicações com interlocutores externos e com o utente.

De forma a tornar a avaliação da instituição mais transparente para a instituição e para a própria SPMS, é solicitado o preenchimento de dois questionários. O primeiro questionário está relacionado com o modelo de avaliação *Electronic Medical Record Adoption Model* (EMRAM), e pretende aferir o grau de maturidade digital do hospital. O segundo questionário pretende avaliar o funcionamento da instituição como um todo, permitindo detetar quais os potenciais aspetos a melhorar⁽¹³⁾.

A avaliação dos indicadores recolhidos é complementada com auditorias presenciais efetuadas pela SPMS, de forma a normalizar a recolha da informação e respetivas classificações. A avaliação dos questionários é efetuada pela equipa de projeto e comunicada e discutida presencialmente com a instituição. Da avaliação da situação atual surgem, naturalmente, recomendações de áreas específicas a melhorar, sendo que as instituições ficam responsáveis pelo envio de um cronograma, por área, para reanálise dos indicadores e correção dos pontos a melhorar. A SPMS é responsável pela monitorização do cumprimento do cronograma sendo que, após cada reunião, é lavrada uma ata onde ficam registadas as ações que a instituição tem de concluir e o tempo em que se propõe a fazê-lo, sendo esse definido em sinergia com a SPMS.

4. Comunicação/divulgação

Com esta iniciativa procura-se envolver todas as Instituições Hospitalares (IH) e Administrações Regionais de Saúde (ARS), dando-lhes a conhecer a estratégia SNS Sem Papel e abrindo espaço ao diálogo e debate conjunto, à partilha de boas práticas e à partilha de metodologias de trabalho, almejando a harmonização de conhecimentos e estratégias a seguir.

Assim, a comunicação bidirecional e a correta divulgação assumem especial relevância, sendo de destacar a:

- a. Publicação de circulares informativas, sempre que necessário;
- b. Reunião presencial com todas as CLIC;
- c. Promoção de *workshops*, ações de apresentação, sensibilização e esclarecimento de projetos em curso na SPMS que se enquadram dentro da iniciativa SNS Sem Papel;
- d. *Workshops* a nível nacional de partilha para divulgação de boas práticas, metodologias de trabalho e esclarecimento de procedimentos a adotar com vista à desmaterialização nos Centros Hospitalares (CH) - *Benchmarking*;
- e. Promoção, junto da *Healthcare Information and Management Systems Society* (HIMSS), da certificação EMRAM, conforme se apresenta na secção 2.4.

5. Monitorização

A monitorização, quando eficaz, permite determinar periodicamente o estado das iniciativas propostas, os resultados obtidos, o alinhamento interno e externo de cronogramas e eventuais desvios que devam ser sinalizados.

A recolha periódica e organizada desta informação, seguida de uma análise sistemática dos resultados atingidos face aos objetivos propostos, aumenta os níveis de compromisso e responsabilidade, contribuindo-se para a identificação dos pontos fortes e fracos e para delinear eventuais estratégias de correção⁽¹³⁾.

2.3. Simplificação e desmaterialização: áreas de atuação

A iniciativa SNS Sem Papel divide-se em três áreas de atuação: transversal, vertical e local.

1. Área transversal

Nesta área incluem-se todas as iniciativas nacionais que requeiram alteração ou atualização de normas, circulares, despachos, decretos-leis, ou outros documentos oficiais, fluxos e processos. É nesta área que se engloba a iniciativa SNS Sem Papel.

A área transversal abrange todo o SNS e, tendencialmente, permite a regulação dos registos e do fluxo de informação entre todos os seus interlocutores, sendo que a publicação e divulgação é da responsabilidade da SPMS, e a implementação é da

responsabilidade das instituições, através da procura e identificação de documentação ou fluxos que possam ser simplificados e/ou desmaterializados.

Há várias iniciativas que foram objeto de trabalho contínuo da SPMS durante os anos de 2017 e 2018, tendo contribuído - entre outros - para a desmaterialização de registos no âmbito da Administração de Plasma e Hemoderivados, bem como na área de Prescrição de Estupefacientes e de Substâncias Psicotrópicas, mediante a publicação de alterações legislativas, em articulação com a Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde⁽¹³⁾.

Atualmente, encontram-se em curso outras propostas de alteração legislativas e normativas que suportem o registo eletrónico em detrimento do suporte de papel, propostas de diplomas que suportem a desmaterialização Interministerial e propostas de diplomas que suportem a desmaterialização entre entidades do SNS.

2. Área vertical

Nesta área incluem-se todas as instituições do SNS e a respetiva estratégia dos SI instalados. Através de visitas e reuniões periódicas é possível identificar os recursos existentes e as principais dificuldades e constrangimentos sentidos no decorrer do processo de desmaterialização.

Atualmente, encontram-se em curso iniciativas que têm como objetivos:

- a. Monitorizar e orientar as instituições acerca da utilização plena das funcionalidades dos SI da SPMS;
- b. Informar as instituições acerca da iniciativa SNS Sem Papel, do seu objetivo e da importância de um compromisso mútuo;
- c. Conhecer a estratégia local de informatização das áreas clínicas e não clínicas;
- d. Efetuar o levantamento dos documentos/impressos em papel utilizados pelos vários interlocutores, e da documentação específica das várias valências da instituição. Também se afigura relevante fazer o levantamento dos circuitos onde são usados esses documentos em papel e os níveis de autorização, aferindo se a instituição possui uma plataforma de gestão documental.

3. Área Local

Nesta área incluem-se também todas as instituições do SNS e a respetiva estratégia dos SI instalados. Pretendem-se criar sinergias próximas e colaborativas entre a SPMS e cada IH, por forma a cada instituição atingir os objetivos propostos. Pretende-se:

- a. Desmaterializar documentos clínicos e não clínicos por forma a caminhar para um hospital desprovido de papel nos seus processos internos;
- b. Extinguir alguns documentos tendo em conta desenvolvimentos efetuados nos SI, da SPMS e fornecedores externos, bem como formação dos profissionais. São exemplos: circuito fechado do medicamento, utilização do módulo de registo de cirurgias convencionais e de ambulatório, e a utilização do módulo de urgência;
- c. Desmaterializar processos e fluxos de modo a alterar o modo de registo físico para formato eletrónico para todos os registos possíveis;
- d. Monitorizar e acompanhar as fases, metas e tarefas elencadas pelas IH por forma a providenciar mecanismos que permitam uma utilização consciente dos SI em produção;
- e. Atualizar e acompanhar os planos estratégicos das CLIC;
- f. Colaborar na elaboração de métodos de trabalho das IH para que consigam acompanhar e monitorizar as atividades com vista a atingir as metas definidas no plano de desmaterialização das instituições;
- g. Acompanhar ativamente as iniciativas das instituições por forma a garantir harmonização ao nível IV EMRAM da HIMSS a nível nacional.

2.4. Healthcare Information and Management Systems Society Analytics

A *Healthcare Information and Management Systems Society* (HIMSS) *Analytics* criou o EMRAM, um modelo de oito níveis que permite acompanhar o progresso de uma organização em relação a outras organizações médicas na Europa, e em todo o mundo.

Este modelo de maturidade digital contempla oito níveis (0 a 7) e mede a adoção e a utilização das funções de *Electronic Medical Record* (EMR) necessárias para obter um ambiente sem papel que aproveite a tecnologia para oferecer suporte ao atendimento otimizado ao utente. Mais de 2500 hospitais na Europa foram avaliados através da utilização deste modelo sendo que, desde 2015, o EMRAM foi considerado o *global standard*⁽¹⁴⁾.

No que concerne à adoção deste modelo no seio do SNS Sem Papel, está a ser promovido um acompanhamento ativo das iniciativas das instituições por forma a garantir uma harmonização ao nível quatro EMRAM da HIMSS⁽¹⁴⁾.

Tabela 1 - Modelo EMR da HIMSS Analytics. *Fonte: A strategic roadmap for effective EMR adoption and usage, HIMSS Europe⁽¹⁴⁾*

Stage	EMR Adoption Model Cumulative Capabilities
7	Complete EMR; External HIE; Data Analytics, Governance, Disaster Recovery, Privacy and Security
6	Technology Enabled Medication, Blood Products, and Human Milk Administration; Risk Reporting; Full CDS
5	Physician documentation using structured templates; Intrusion/Device Protection
4	CPOE with CDS; Nursing and Allied Health Documentation; Basic Business Continuity
3	Nursing and Allied Health Documentation; eMAR; Role-Based Security
2	CDR; Internal Interoperability; Basic Security
1	Ancillaries - Laboratory, Pharmacy, and Radiology/Cardiology information systems; PACS; Digital non-DICOM image management
0	All three ancillaries not installed

Legenda: HIE - Health Information Exchange; CDS - Clinical Decision Support; CPOE - Computerized Provider Order Entry; eMAR - Electronic Medication Administration Record; CDR - Controlled Medical Vocabulary; PACS- Picture Archiving and Communication System; DICOM - Digital Imaging Communications in Medicine.

2.5. Gestão de mudança

Foi revisitada a literatura existente no que concerne aos *stakeholders*, gestão de mudança, mudança organizacional e liderança, conforme explanado na tabela 2.

Tabela 2 - Ideias chave das referências consultadas.

	Âmbito	Referências
Stakeholders	“A importância dos <i>stakeholders</i> numa organização afere-se através da análise de três atributos: poder, legitimidade e urgência.”	Mitchell et al. (1997)
	“Para satisfazer os <i>stakeholders</i> chave, deve-se identificar aqueles que influenciam a organização e averiguar o seu potencial em ameaçar ou cooperar com a organização.”	Savage et al. (1991)

	<p>“É expectável que a gestão se centre na satisfação das necessidades e prioridades dos seus <i>stakeholders</i> mais relevantes.”</p>	<p>Carvalho (2007), Reynolds et al. (2006)</p>
<p>Gestão de Mudança</p>	<p>“A mudança é composta por fatores decisivos que levarão à sua implementação com sucesso, nomeadamente fatores técnicos, processos e sinergias com outras ciências, e, acima de tudo, pessoas e a sua resistência ou aceitação perante a mudança.”</p>	<p>Pîslă, Irimiaș & Muntean (2010)</p>
	<p>“A mudança de visão do agente face à situação atual implica considerar a possibilidade de que os agentes de mudança contribuem para a ocorrência de comportamentos e comunicação resistentes através das suas próprias ações e inações, por ignorância, incompetência ou má gestão.”</p>	<p>Ford, Ford & D’Amelio (2008)</p>
	<p>“O processo de mudança passa por uma série de fases que necessitam de um período de tempo considerável, sendo que saltar etapas cria apenas a ilusão de rapidez e nunca produz um resultado satisfatório.”</p>	<p>Kotter (2007)</p>
	<p>“A maioria das falhas relacionadas com a mudança são de implementação e não de conceção de ideias iniciais.”</p>	<p>Choi (2011) Farkas (2013)</p>
	<p>“Mudar as práticas de gestão passa por uma variedade de intervenções organizacionais que, quando executadas corretamente e em coerência com os eventos internos e externos da organização, facilitam a aprovação dos processos de mudança organizacional.”</p>	<p>Raineri (2011)</p>
	<p>“Existem inúmeras explicações para se resistir à mudança, e que levam, por vezes, a uma perceção ou interpretação errada que pode impedir os indivíduos de reconhecer as possíveis oportunidades da mudança.”</p>	<p>Lewis & Grosser (2012)</p>
	<p>“A complacência, o medo do novo, medo do desconhecido, medo de perder poder, a ignorância dos conteúdos das vantagens e/ou desvantagens das mudanças que surgem e ignorância sobre as mudanças que ocorrem no ambiente interno e externo levam à resistência à mudança.”</p>	<p>Gonçalves & Gonçalves (2012)</p>
	<p>“Devem analisar-se os fatores que compõem cada situação de resistência, determinando-se primariamente a velocidade ideal de mudança, e, por fim, os métodos de gestão da resistência mais adequados. Muitos gestores subestimam a variedade de reações face à mudança e os seus poderes para influenciar essa resposta.”</p>	<p>Kotter & Schlesinger (2008)</p>
	<p>“Se existe um campo da sociedade que deveria operar na vanguarda da mudança, deveria ser a medicina. No entanto, a melhoria racional e contínua em medicina nem sempre é a norma, porque requer que os profissionais realizem mudanças fundamentais na forma de pensar e agir, acabando por chegar ao “deveria, mas não o fará” porque é assim que fazemos.”</p>	<p>Shore & Kupferberg (2014)</p>
<p>Mudança organizacional</p>	<p>“Passagem do estado atual para um estado futuro, através de uma fase de transição.”</p>	<p>Bechkard, Harris (1977)</p>
	<p>“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).”</p>	<p>Nadler et al. (1995)</p>

	“Observação empírica de alterações no tamanho, qualidade ou estado de uma ou mais dimensões da organização ao longo do tempo.”	Van de Ven, Poole (1995)
	“Alterações que ocorrem nas organizações ao nível dos indivíduos, grupos e de toda a organização.”	Burnes (1996)
	“Qualquer transformação de natureza estrutural, estratégica, cultural, tecnológica, humana ou de outro componente, capaz de gerar impacto em partes ou no conjunto da organização.”	Wood Jr (2000)
Liderança na mudança	“Os líderes desempenham um papel importante na gestão da mudança organizacional com sucesso.”	Nohe, Michaelis, Menges, Zhang & Sonntag (2013)
	“Liderar a mudança é um processo difícil e é necessário que a equipa de gestão esteja a par dos melhores métodos para lidar com a resistência.”	Farkas (2013)
	“A liderança é fulcral para a adaptação de uma organização a um mundo em constante mudança, sendo que os obstáculos não podem servir de desculpa para um mau desempenho por parte dos elementos das organizações, pelo que será relevante recordar que mais pessoas, mais ferramentas e mais conhecimento implicam necessariamente mais mudanças.”	Bowman (1999)

A gestão de mudança é crucial para qualquer organização, a fim de sobreviver e ter sucesso no atual ambiente de negócios altamente competitivo e em constante evolução⁽¹⁵⁾. Estima-se que cerca de 70% das mudanças organizacionais não sejam efetivas, ou seja, a organização não se adapta na totalidade à mudança implementada⁽¹⁶⁾. Os motivos pelos quais grande parte dos processos de mudança iniciados pelas organizações fracassam, incluem:

1. Existência de inúmeras teorias e abordagens não esclarecedoras na literatura sobre mudança organizacional⁽¹⁷⁾ (Beer e Nohria, 2000; Klarner, Probst e Soparnot, 2008; Todnem By, 2005);
2. Adoção 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);
4. Falta de atenção às dinâmicas humanas⁽⁹⁾ (Church et al., 1996; Jackson, 2003);
5. Incapacidade da equipa de gestão em transmitir a sua visão e os benefícios da mudança (Kotter, 2008); e
6. Parca comunicação no sentido *top-down* e/ou *bottom-up* (Kotter, 2008).

Por forma a melhor compreender a gestão de mudança na perspetiva de uma organização e a sua relação com os seus interlocutores, abordar-se-á de forma prática e sequencial a mudança organizacional e os seus *stakeholders*, a resistência à mudança, gestão de risco e as lideranças em contexto de mudança, âmbitos essenciais para este processo.

Mudança organizacional

Embora seja difícil identificar na literatura um consenso sobre a melhor forma de gerir a mudança organizacional, parece haver acordo relativamente a três aspetos importantes:

1. O ritmo da mudança nunca foi tão rápido como no ambiente atual⁽⁹⁾ (Beer et al., 1990; McCalman e Paton, 2000; Moran e Brightman, 2001; Senior, 2002; Todnem By, 2005);
2. A mudança, sendo desencadeada por fatores internos e externos, surge em todas as formas e tamanhos⁽⁹⁾ (Balogun e Haley, 2004; Burnes, 2004; Kotter, 1996; Luecke, 2003);
3. A mudança organizacional é fundamental para a sobrevivência e sucesso das organizações⁽⁹⁾ (Beer e Nohria, 2000; Luecke, 2003; Todnem By, 2007; Turner et al., 2009).

Existem, na literatura, distintas caracterizações de mudança organizacional, conforme se contempla na figura 1.



Figura 1 - Caracterizações de mudança organizacional⁽⁹⁾.

Segundo Gittins e Standish (2010), a mudança organizacional advém de necessidades sentidas pelos gestores em resposta a fatores internos ou externos, individuais ou concomitantes, tais como a necessidade de crescimento organizacional, de melhorar desempenhos, de melhorar a qualidade dos serviços prestados, aumentar lucros, aumentar a competição ou potencializar o desenvolvimento tecnológico⁽⁹⁾.

Luecke (2003), Massey e Williams (2006) e Mento et al. (2002) referem que reconhecer a necessidade de mudança e avaliar a organização e o ambiente em que está inserida constitui um passo primordial. Esta avaliação deve contemplar uma visão clara da mudança e do estado futuro desejado, bem como um planeamento sustentado dos recursos necessários e dos problemas potenciais, focando não só os aspetos técnicos (*hard*), mas também nos aspetos humanos (*soft*) da mudança⁽⁹⁾.

Segundo Luecke (2003) e Massey e Williams (2006), no que concerne aos aspetos humanos, devem identificar-se as pessoas que podem impulsionar ou facilitar o esforço de mudança (agentes da mudança) e as pessoas que podem bloqueá-lo (resistentes), olhando para as suas características, interesses e motivações e determinando o papel que desejam desempenhar e como podem ser envolvidas ou retiradas do processo. Se o planeamento for eficaz, conduzirá mais provavelmente a resultados e soluções que se adequem à realidade organizacional, que reflitam os objetivos inicialmente definidos e que reforcem o apoio e compromisso dos *stakeholders*⁽⁹⁾.

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

Face a isto, os gestores, nomeadamente da área da saúde, devem ser capazes de diagnosticar a sua organização e escolher o modelo, as técnicas e as ferramentas mais adequadas às suas circunstâncias particulares. No entanto, para que tal aconteça, necessitam, em primeiro lugar, de conhecimentos relativamente aos processos e dinâmicas subjacentes⁽¹⁸⁾. Uma das formas de capacitar organizações é providenciar recursos que promovam a aprendizagem a partir da literatura e a tomada de decisão baseada na evidência⁽¹⁹⁾.

Stakeholders

Designa-se *stakeholder* um indivíduo ou grupo que pode afetar ou ser afetado pelos objetivos da instituição. Para Mitchell et al. (1997) a importância dos *stakeholders* numa organização afere-se através da análise de três atributos: poder, legitimidade e urgência, sendo que a sua combinação origina sete tipos diferentes de *stakeholders*⁽²⁰⁾, conforme se apresenta na figura 2.

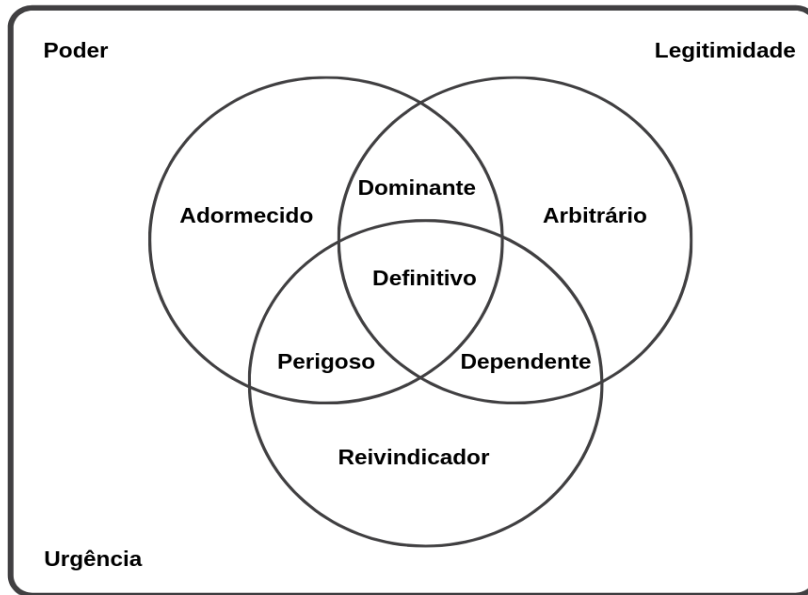


Figura 2 - Classificação de stakeholders de Mitchell et al. (1997)⁽²⁰⁾

1. **Stakeholder Definitivo:** Possui poder, legitimidade e urgência, pelo que se deve reconhecer e dar atenção imediata;
2. **Stakeholder Adormecido:** Tem poder para impor a sua vontade na organização, porém não tem legitimidade ou urgência, tendo pouca ou nenhuma interação com a organização. Deve monitorizar-se o potencial em adquirir um segundo atributo;
3. **Stakeholder Arbitrário:** Possui legitimidade, sem poder nem urgência. A atenção que deve ser dada diz respeito à responsabilidade social corporativa, pois tende a ser mais recetiva;
4. **Stakeholder Reivindicador:** Sem poder e sem legitimidade, não deve atrapalhar a organização, porém deve monitorizar-se quanto ao potencial de obter um segundo atributo;
5. **Stakeholder Dominante:** Tem a sua influência assegurada pelo poder e pela legitimidade. Espera e recebe muita atenção da instituição;
6. **Stakeholder Perigoso:** Quando há poder e urgência sem legitimidade, o que existe é um *stakeholder* coercivo e possivelmente violento, o que pode representar um perigo;
7. **Stakeholder Dependente:** Apresenta urgência e legitimidade, porém depende do poder de um outro *stakeholder* para que as suas reivindicações sejam tidas em consideração.

Assim, para satisfazer os *stakeholders* chave, deve-se primeiro identificar aqueles que influenciam a organização e, posteriormente, avaliar o potencial que têm em ameaçar a organização ou cooperar com ela⁽²⁰⁾.

Desta forma, obtêm-se quatro classes de *stakeholders* segundo classificação de Savage et al. (1991) e quatro estratégias que devem ser seguidas, conforme se apresenta na figura 3.

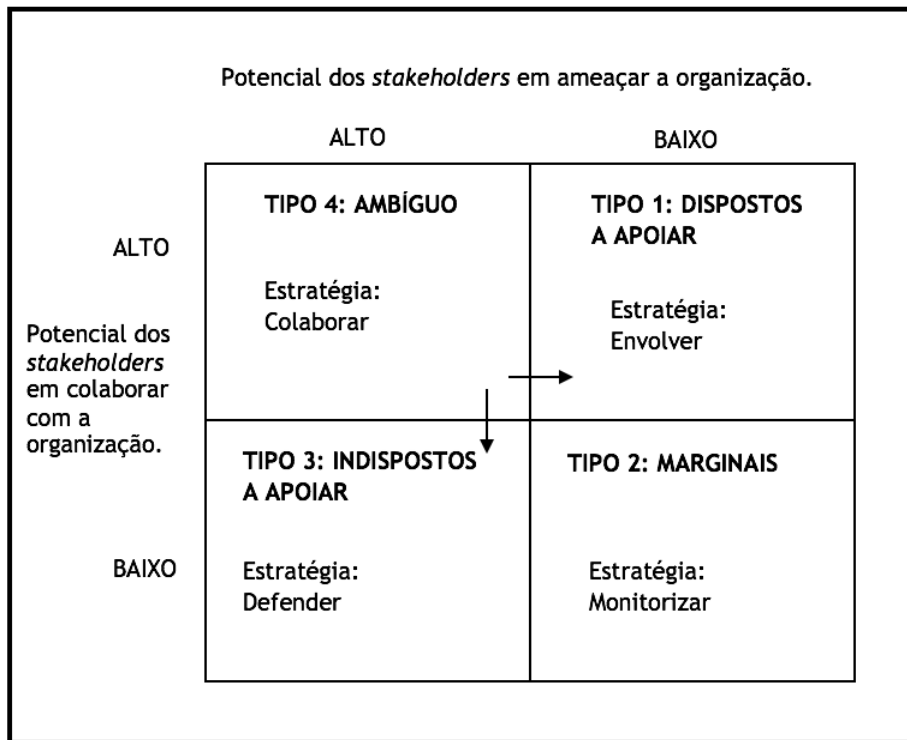


Figura 3 - Classificação de stakeholders de Savage et al. (1991)⁽²⁰⁾

Assim, as organizações, ao analisarem o potencial dos *stakeholders* chave para ameaçar ou cooperar e conhecerem as estratégias a seguir, podem evitar a implementação de planos opostos aos planos dos *stakeholders*, reconhecer as suas necessidades emergentes, modificar planos para envolvê-los, e impedir problemas associados à organização.

Implementação - Gestão de risco na mudança

Choi (2011) citado por Farkas (2013) refere que a maioria das falhas relacionadas com a mudança são de implementação e não de conceção de ideias iniciais. Por outras palavras, as falhas ocorrem devido a erros cometidos durante a implementação, porque os gestores não foram capazes de implementar os planos iniciais de forma correta, por razões diversas que vão desde a falta de capacidade em construir uma visão, à falta de apoio ou à resistência por parte dos colaboradores⁽⁹⁾.

O progresso da mudança pode ser afetado por problemas de diferentes naturezas, nomeadamente ideológicos e tecnológicos⁽²¹⁾. 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⁽²²⁾.

Numa gestão de riscos não se prevê o futuro que irá ocorrer, mas consideram-se diversos cenários de “futuros” possíveis ou plausíveis, e avaliam-se as respectivas probabilidades de ocorrência e as potenciais consequências, tangíveis ou não tangíveis⁽²²⁾.

Muitos problemas podem ser, deste modo, prevenidos ou minimizados. Os problemas imprevistos podem ser identificados de forma rápida se o processo de mudança for monitorizado. A monitorização contínua permite avaliar o progresso e sucesso da mudança, identificar oportunidades, providenciar *feedback*, atribuir recompensas quando são alcançadas as metas definidas e, conseqüentemente, motivar o esforço sustentado de mudança.

Implementação - Resistência à mudança

Pîslă, Irimiaş & Muntean (2010) referem que a mudança é composta por fatores decisivos que levarão à sua implementação com sucesso, nomeadamente as pessoas e a sua resistência ou aceitação perante a mudança⁽²³⁾.

Segundo Laabs (1996), as reações mais comuns aos processos de mudança estão categorizadas nos seguintes grupos: 20% dos colaboradores mostram-se recetivos e possivelmente apoiam a mudança ativamente, 50% estão neutros, podendo vir a tornarem-se receptivos e 30% resistem à mudança, estão reticentes e tomaram medidas para que as mudanças não ocorram. Em termos de gestão, o desafio encontra-se em transformar o grupo dos 80% em apoiantes das mudanças introduzidas, para que esta seja bem sucedida⁽²⁴⁾.

A literatura apresenta inúmeras explicações para se resistir à mudança, e que levam, por vezes, a uma percepção ou interpretação errada que pode impedir os indivíduos de reconhecer as possíveis oportunidades que advêm da mudança. Entre elas estão a complacência, o medo do novo, medo do desconhecido, medo de perder poder, a ignorância dos conteúdos, das vantagens e/ou desvantagens das mudanças que surgem e ignorância sobre as mudanças que ocorrem no ambiente interno e externo (Gonçalves & Gonçalves)⁽¹⁹⁾.

Kotter (2008) divide as barreiras à mudança em dois conjuntos, as organizacionais e as individuais. No primeiro conjunto, fatores como a promoção do *status quo* por parte da gestão, demasiada burocracia, falta ou escassez de comunicação sobre o porquê das mudanças, más técnicas de implementação dos processos de mudança e percepções de risco por parte dos colaboradores são considerados os principais fatores organizacionais que alimentam as barreiras à mudança⁽²⁵⁾. Como fatores individuais, o autor identifica a habituação aos processos atuais, a sensação de ameaça a interesses pessoais, a aversão ao risco criado por novos desafios e a falta de participação ou influência no processo de mudança. Estas são as características privilegiadas na literatura, como fatores ligados às características individuais que contribuem para a criação de barreiras à mudança.

Para Ford, Ford & D'Amelio (2008) os gestores devem sempre considerar a possibilidade de existirem comportamentos e comunicações resistentes, e adaptar as suas práticas de gestão através de uma variedade de intervenções organizacionais⁽²⁶⁾.

Quando executadas corretamente e em coerência com os eventos internos e externos da organização, as intervenções facilitam a aprovação dos processos de mudança organizacional⁽²⁶⁾.

Assim, a liderança assume-se como fulcral. Os líderes desempenham um papel importante na gestão da mudança organizacional com sucesso, cabendo-lhes criar uma visão sólida e uma ação estratégica face à inevitabilidade de resistência. É necessário que a equipa de gestão esteja a par dos melhores métodos para lidar com a resistência e os obstáculos não podem servir de desculpa para um mau desempenho por parte dos elementos das organizações.

Para Drucker, as organizações de saúde constituem as formas de organização humana mais complexas de gerir. Ao nível das organizações de saúde, a mudança 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⁽⁹⁾.

No setor da saúde, existem desafios adicionais no que concerne a um contexto de mudança, dos quais se destacam:

1. Mudanças constantes no ambiente, nomeadamente a nível económico, social e político com as inerentes mudanças de visão e de estratégias/prioridades⁽⁹⁾;
2. Poder e autonomia dos profissionais de saúde, nomeadamente no que diz respeito às suas carreiras, não apenas em termos de progressão de carreira e ao correspondente acréscimo remuneratório, mas também à sobreposição de tarefas entre diferentes grupos profissionais potenciando o conflito dentro das equipas⁽⁹⁾;
3. Aumento de tempo necessário para processos de adaptação à mudança, num contexto de escassez de recursos humanos;
4. Discrepâncias entre a priorização de necessidades na perspetiva dos profissionais de saúde e na perspetiva da gestão de topo;
5. Exigências crescentes dos utentes, governo e investidores; e
6. Falta de informação necessária para gerir os processos de mudança nas organizações de saúde⁽⁹⁾.

Shore & Kupferberg (2014) referem que, se existe um campo da sociedade que deveria operar na vanguarda da mudança, deveria ser a medicina, visto que o sistema de saúde é definido pelos fundamentos científicos e a promessa de procura sem fim pelo prolongar da esperança média de vida, e porque, ao mesmo tempo, é um campo repleto de pessoas que são submetidas a uma formação intensiva e contínua, assistidas por tecnologias de ponta e recompensadas pela criação e desenvolvimento de técnicas inovadoras. No entanto, e apesar desta realidade, a melhoria racional e contínua em medicina nem sempre é a norma, porque requer que os profissionais realizem mudanças fundamentais na forma de pensar e agir⁽²⁶⁾.

Estudos recentes relacionam o papel da resistência à mudança na implementação e uso de novas tecnologias em saúde, sendo a resistência considerada um inibidor chave de processos de transformação digital. A resistência é, na sua maioria, causada pela ameaça percebida da perda de controle sobre procedimentos de trabalho⁽²⁷⁾.

Liderança na mudança

A gestão da mudança pode ser vista como um processo que permite a determinada organização definir e implementar uma abordagem para atingir um determinado objetivo que implica mudança da sua estrutura, processos ou pessoas. Desejavelmente, a liderança dessa mudança visa que tal ocorra trazendo o menor impacto possível em relação às operações habituais a que a organização se dedica e que são a sua missão. Têm sido propostos e desenvolvidos vários modelos teóricos que visam dar suporte nos processos de mudança.

1. Modelos propostos por Kotter

Kotter & Schlesinger (2008) desenvolveram o modelo *Six Change Approaches* que permite reduzir, prevenir e diminuir a resistência contra a mudança numa organização⁽²⁶⁾.

Os autores recomendam que se analisem os fatores que compõem cada situação de resistência à mudança, determinando-se primariamente a velocidade ideal de mudança, e, por fim, os métodos de gestão da resistência mais adequados. Para analisar os fatores que compõem cada situação de resistência, os autores aconselham que se determine a quantidade e o tipo de resistência, e, para isso, é necessário:

1. Determinar o poder do agente em relação ao poder dos resistentes;
2. Identificar quem tem as informações mais precisas para projetar a iniciativa de mudança;
3. Decidir com que urgência a organização deve mudar⁽²⁶⁾.

Os métodos de gestão da resistência diferem mediante a situação e a variedade de maneiras que os profissionais podem reagir à mudança, havendo abordagens próprias recomendadas pelos autores (*Six Change Approaches*), conforme explanado na tabela 3.

Tabela 3 - Abordagens de gestão da resistência por Kotter & Schlesinger (2008)⁽²⁶⁾

Abordagem	Situações a utilizar	Vantagens	Desvantagens
Educação + Comunicação	Quando há falta de informação ou informação imprecisa.	Uma vez ensinadas, a maioria das pessoas ajudam na implementação da mudança.	Moroso, sobretudo se envolver muitas pessoas.
Participação + Envolver	Quando há falta de informação para projetar a mudança, e onde os outros têm considerável poder para resistir.	Quem participa está empenhado em implementar a mudança, e qualquer informação relevante será integrada no plano de mudança. Pode evitar que a resistência chegue a ocorrer.	Moroso e muitas vezes gerador de soluções apenas intermédias, sobretudo se os participantes projetarem uma mudança inadequada.
Facilitação + Apoio	Quando há resistência por problemas de ajustamento.	Nenhuma outra abordagem funciona bem com problemas de ajustamento.	Moroso e caro.
Negociação + Acordo	Quando uma das partes vai claramente perder na mudança, havendo considerável poder para resistir.	Facilidade, pode evitar resistência de maior.	Pode ser muito caro, em muitos casos, se este alertar os outros a negociar para concordância/cumprimento.
Manipulação + Cooptação	Quando outras abordagens não funcionam ou são caras.	Rapidez, pouco custo.	Pode levar a problemas futuros se as pessoas se sentem manipuladas.
Coerção Explícita + Implícita	Quando a velocidade é essencial, e os iniciadores da mudança possuem um poder considerável.	Rapidez, capacidade de superar qualquer tipo de resistência.	Arriscado, e passível de aquisição de relações conflituosas.

Kotter & Schlesinger (2008), afirmam que muitos gestores subestimam a variedade de reações face à mudança e os seus poderes para influenciar essas respostas, sendo que os dois erros mais comuns ocorrem quando:

1. O gestor utiliza apenas uma abordagem ou um conjunto muito limitado destas, independentemente da situação, o que não é uma visão válida para usufruir destes métodos; e
2. O gestor aborda a mudança de uma forma desconexa e incremental que não é uma parte de uma estratégia claramente considerada⁽²⁸⁾.

De acordo com Kotter, a principal lição a ser aprendida com os casos melhor sucedidos é que o processo de mudança passa por uma série de fases que normalmente necessitam de um período de tempo considerável, sendo que saltar etapas cria apenas a ilusão de rapidez e possivelmente não produz um resultado satisfatório. A segunda lição a retirar é que cometer qualquer um dos oito erros críticos em qualquer uma das fases pode ter um efeito devastador, destruindo o impacto positivo do processo de mudança e acabando por negar os benefícios duramente atingidos⁽²⁶⁾.

Enumeram-se, na tabela 4, os oito erros críticos de implementação enunciados por Kotter.

Tabela 4 - Erros críticos nos processos de mudança por Kotter (2007)⁽²⁶⁾

Erros	Explicação
Permitir complacência excessiva	O maior erro cometido pelos gestores da mudança é não estabelecer um sentido de urgência entre os membros da organização. A dificuldade em fazer com que os colaboradores abandonem as suas zonas de conforto costuma ser subestimada.
Falhar na criação de uma coligação administrativa forte	O topo hierárquico deve-se comprometer com a mudança e escolher um grupo de pessoas que tenha poder suficiente para liderar o processo, trabalhando em equipa. Nos casos em que essa coligação não é suficientemente forte, os progressos tendem a ser apenas aparentes e momentâneos.
Subestimar o poder da visão	Na ausência de uma visão apropriada, o processo de transformação pode facilmente dissolver-se em confusões, incompatibilidades e desperdício de tempo com projetos que seguem uma direção errada ou nenhuma direção. A visão tem um papel fundamental na direção e alinhamento dos esforços de mudança.
Comunicar a visão de forma ineficiente	Mesmo que os colaboradores estejam insatisfeitos com a situação atual, não farão sacrifícios, a não ser que acreditem que a mudança é realmente possível e que os seus potenciais benefícios são atraentes. Se não houver credibilidade e abundância na comunicação, não haverá a correta e expectável envolvência no processo.
Permitir que obstáculos bloqueiem a nova visão	As iniciativas de mudança costumam falhar, mesmo que os colaboradores estejam comprometidos com a nova visão, quando sentem que não têm poder para superar os grandes obstáculos que podem surgir no processo.
Falhar na criação de vitórias de curto prazo	Muitos colaboradores continuarão a esforçar-se apenas se existirem provas de que estão a ser produzidos os resultados esperados. Na ausência de visões de curto prazo pode haver desistência ou desenvolvimento de resistência ainda mais acrescida.

Declarar vitória prematuramente	Há a tendência de declarar vitória no programa de mudança perante os primeiros resultados de melhoria. Enquanto as mudanças não forem consolidadas na cultura da organização, o que pode levar vários anos, os novos processos são frágeis e sujeitos a regressão.
Negligenciar incorporação sólida das mudanças à cultura corporativa	As mudanças consolidam-se apenas quando passam a ser vistas como rotineiras e incorporadas na cultura da organização. É importante mostrar aos envolvidos que as suas crenças e atitudes ajudaram a melhorar o desempenho. Também é preciso que haja tempo suficiente para que a administração personifique a mudança.

Com o objetivo de prevenir ou eliminar estes erros, identificados como cruciais no insucesso da implementação de mudanças organizacionais, Kotter criou um modelo de liderança da mudança com oito etapas (*Kotter's 8-Step Change Model*). Este modelo oferece uma orientação clara para os esforços de gestão na implementação de grandes mudanças e foi desenvolvido através da observação de empresas sem fins lucrativos, algo que não impediu que o modelo tenha sido amplamente elogiado e aplicado em campos diversos, como na saúde, evidenciado um sucesso considerável⁽²⁶⁾.

Kotter (2007) reconhece que as etapas também levam tempo, e advertiu que passar para a próxima etapa antes de ter sido gasto o tempo suficiente na etapa anterior, não resulta num verdadeiro progresso.

Tabela 5 - Quadro resumo adaptado de Kotter (1996, 2007) e Pinto & Couto-de-Souza (2009)⁽²⁶⁾

Etapas	Exigências
Estabelecer um sentido de urgência	Ajudar os outros a ver a necessidade de mudança, para que sejam convencidos da importância de agir imediatamente; Examinar o mercado e as realidades competitivas; Identificar e analisar crises, ameaças e oportunidades.
Criar uma coligação de liderança	Reunir um grupo com poder suficiente para liderar a mudança; Garantir que esse grupo consegue trabalhar como uma equipa.
Desenvolver a visão e a estratégia	Criar uma visão que ajude a direcionar os esforços de mudança; Desenvolver estratégias para atingir esses objetivos.
Comunicar a visão da mudança	Utilizar todos os meios possíveis para comunicar constantemente a nova visão e respetivas estratégias; Fazer com que o grupo responsável pela liderança do processo modele o comportamento esperado dos colaboradores.
Capacitar os funcionários para uma ampla ação	Eliminar os obstáculos; Modificar os sistemas de estruturas que obstruem a visão de mudança; Motivar os colaboradores a assumirem riscos e estimular ideias, atividades e ações não tradicionais.

Gerar vitórias a curto prazo	<p>Planejar visões de ganho ou melhorias de performance; Criar ganhos; Reconhecer visivelmente e recompensar os colaboradores que tornaram esses ganhos possíveis.</p>
Consolidar ganhos e produzir mais mudança	<p>Utilizar o aumento de credibilidade para modificar sistemas, estruturas e políticas que não estejam harmonizados entre si e não sejam adequados à visão da mudança; Contratar, promover e desenvolver profissionais que possam implementar a visão da mudança; Revigorar o processo com novos projetos, temas e agentes de mudança.</p>
Incorporar a nova mudança na cultura corporativa	<p>Gerar melhoria de performance por meio de comportamentos orientados para o consumidor e para a produção; Aumentar e melhorar a liderança; Articular conexões entre os novos comportamentos e o sucesso da organização; Desenvolver maneiras de assegurar o desenvolvimento de lideranças e de sucessão.</p>

O modelo de liderança da mudança de Kotter é considerado um excelente ponto de partida para os gestores implementarem a mudança nas suas organizações, incluindo nas de saúde, oferecendo clareza, orientações sequenciais e abrangência. Estas características distinguem-no de outros modelos de liderança da mudança emergente, e justificam a sua escolha neste estudo⁽²⁶⁾.

2. Modelo V.I.A.R.M.A.

O modelo V.I.A.R.M.A. foi desenvolvido por Cunha e Rego (2003) e é baseado no modelo de Kotter (*Kotter's 8-Step Change Model*). Este modelo apresenta a vantagem de oferecer simplicidade e proporcionar uma associação nítida entre as fases do processo e a relevância dos papéis de liderança e de gestão, compreendendo seis dimensões: visão, implementação, ativação, reconhecimento, monitorização e apoio⁽²⁹⁾.

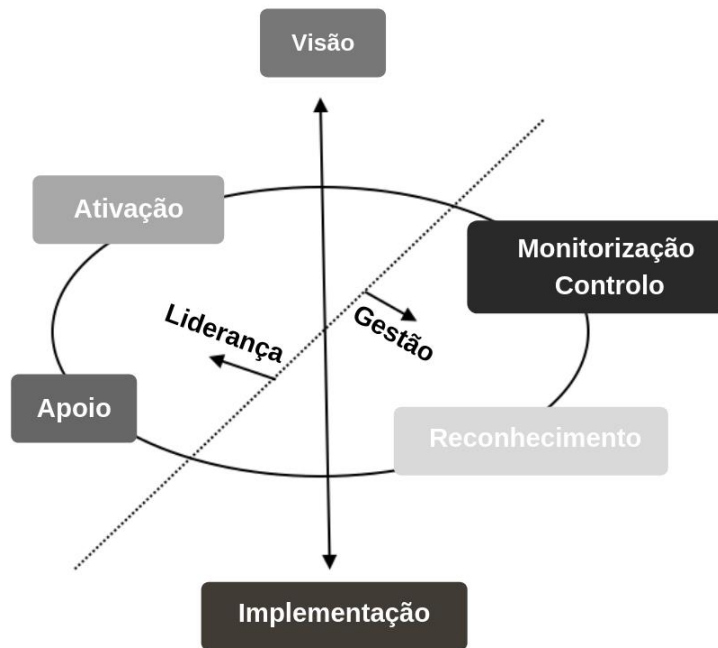


Figura 4 - Modelo V.I.A.R.M.A. (30)

A visão, a ativação e o apoio estão diretamente relacionados com a liderança. A implementação, a monitorização e o reconhecimento representam o processo de gestão.

No entanto, embora distintos, estes processos complementam-se, ou seja, as organizações precisam de ambos para enfrentar os desafios da mudança permanente. Cunha e Rego (2003) salientam que a liderança requer gestão para que a sobrevivência no curto prazo esteja assegurada, e que a gestão requer liderança para que a organização supere as fontes de inércia e assegure o futuro⁽³¹⁾.

Na tabela 6 apresentam-se os pressupostos de cada uma das seis dimensões do modelo V.I.A.R.M.A..

Tabela 6 - Dimensões do modelo V.I.A.R.M.A.⁽³⁰⁾

Visão	É o processo fundamental do modelo; Deve representar uma imagem coerente do futuro e ser eficazmente comunicada; Deve orientar as estratégias, as políticas e as ações diárias.
Implementação	Deve traduzir a visão em elementos mais específicos; Deve contemplar os planos estratégicos, os planos de curto prazo, os orçamentos e a gestão de cada projeto específico
Ativação	Deve assegurar que os membros da organização - e outros <i>stakeholders</i> - compreendem a visão e a mudança.
Reconhecimento	Deve incorporar ações destinadas a reconhecer e incentivar os colaboradores envolvidos no processo.
Monitorização	Deve assegurar que o processo está a seguir o caminho correto; Deve assegurar reorientações, correção de desvios e identificação e minimização de erros, sempre que necessário.
Apoio	Deve assegurar a capacitação dos colaboradores.

O modelo V.I.A.R.M.A. apresenta uma maior simplicidade comparativamente a outros modelos de liderança da mudança, oferecendo uma perspetiva adicional sobre a relação da liderança e da gestão⁽³¹⁾. Estas razões motivaram a que fosse utilizado neste estudo.

3. Métodos

Na elaboração deste estudo foi aplicada a quatro instituições que fazem parte do projeto SNS Sem Papel uma metodologia, eminentemente qualitativa, que se desenvolveu em torno de três fases essenciais:

1. *Desk research*

A primeira fase consistiu na compilação de informação disponível sobre as instituições com vista à preparação das entrevistas a realizar e à consolidação da informação das políticas e medidas executadas, sempre que aplicável. A informação foi consultada a partir dos *websites* institucionais e do SNS, assim como de material cedido pela SPMS, nomeadamente o relatório de acompanhamento da implementação do projeto SNS Sem Papel das instituições.

Os indicadores objetivos utilizados foram a classificação HIMSS e o indicador RSP.

2. Entrevistas às *instituições*

A segunda fase consistiu no recurso a entrevistas estruturadas. A entrevista estruturada é um instrumento privilegiado de recolha de informação, pois permite um contacto direto entre o entrevistador e os *stakeholders*, possibilitando aos entrevistados a expressão das suas perceções, interpretações e experiências. O papel do entrevistador é importante para facilitar essa mesma expressão, permitindo aceder a um grau elevado de profundidade e autenticidade e evitando concomitantemente que os entrevistados se afastem do objetivo *per se*⁽³²⁾.

As entrevistas estruturadas, pese embora se baseiem num guião previamente definido, estão sujeitas a subjetividade, pelo que os entrevistados podem não compartilhar o mesmo vocabulário entre si e interpretar questões de forma diferente com base na sua opinião pessoal, resultando em variações indesejáveis nos tipos de respostas⁽³²⁾ (Merriam & Tisdell, 2015). Para fazer face a este possível risco, utilizaram-se as técnicas de reformulação e de eco, incitando ao encadeamento de ideias e garantindo que a questão foi verdadeiramente compreendida. Adicionalmente, tem-se o designado “risco do efeito da entrevista”, em que o entrevistado pode deturpar ou relativizar a verdade para parecer mais aceitável⁽³²⁾. Tentou-se a minimização deste risco através do estudo prévio das instituições e realização de entrevistas a mais do que um elemento por instituição, aproveitando a visita da equipa SPMS. Tal permitiu, por acréscimo, fazer face a outra desvantagem deste método: o ser-se moroso para o entrevistador, e difícil de agendar. Estas visitas englobaram reuniões na presença do CA, CLIC e representantes das diferentes

áreas clínicas e não clínicas, com a possibilidade de, no seu término, visitar diretamente os serviços, sendo possível auscultar diferentes níveis de gestão.

Elaborou-se um guião de entrevista por forma a explorar os conhecimentos e experiências de cada um dos entrevistados face ao projeto em estudo: SNS Sem Papel. O guião de entrevista é constituído por treze questões provenientes concomitantemente da literatura e da especificidade relativa ao tema de investigação e pode ser consultado no [Anexo 1](#). Após conclusão do guião, iniciou-se, com recurso ao mesmo, a fase de entrevistas estruturadas às instituições escolhidas: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL), Entidade Pública Empresarial (E.P.E); Centro Hospitalar Póvoa de Varzim - Vila do Conde, E.P.E (CHPVVC); Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E (ULSAM) e Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E (ULSG), as quais podem ser consultadas na íntegra no [Anexo 2](#).

Acrescenta-se que todas as entrevistas foram obtidas após apresentação do estudo e obtenção de consentimento.

3. Análise

O material recolhido nas entrevistas foi analisado recorrendo-se a uma análise qualitativa temática direta e a modelos de referência de liderança na mudança. A análise qualitativa temática é útil em estudos nos quais se pretende uma compreensão mais aprofundada do tema em investigação. Esta análise contempla diferentes etapas: familiarização com os dados recolhidos, atribuição de códigos preliminares aos dados para descrever o seu conteúdo, procura de padrões ou temas nos códigos nas diferentes entrevistas, revisão dos temas, definição dos mesmos e, por fim, produção de resultados⁽³³⁾. Para uma análise verosímil, garantiu-se que os dados foram transcritos com o nível de detalhe apropriado e que cada item recebeu igual atenção no processo de codificação.



Figura 5 - Síntese da metodologia do estudo.

4. Resultados

4.1. Desk Research

Neste estudo foram utilizados dados de quatro instituições, cuja informação recolhida mediante *Desk Research* se compila na tabela 7.

Tabela 7 - Instituições que compõem a amostra.

Instituição	
CHPL	<p>Âmbito: O CHPL, situado em Lisboa, presta cuidados especializados de psiquiatria e de saúde mental à população adulta.</p> <p>Desmaterialização: Iniciou-se em setembro de 2018.</p> <p>No que concerne às visitas realizadas pela SPMS no âmbito do projeto SNS Sem Papel, enunciam-se as seguintes:</p> <p>1ª reunião: setembro de 2018;</p> <p>2ª reunião: outubro de 2018;</p> <p>3º reunião: novembro de 2018 - na qual decorreu a entrevista.</p> <p>Indicador RSP: A percentagem média de RSP totalmente desmaterializadas é de 11,25%.</p> <p>Classificação HIMSS: 2</p>
CHPVVC	<p>Âmbito: O CHPVVC presta cuidados de saúde diferenciados na sua área de influência, a qual abrange os concelhos de Póvoa de Varzim e Vila do Conde.</p> <p>Desmaterialização: O CHPVVC iniciou o processo de implementação da iniciativa SNS Sem Papel em maio de 2017. No que concerne às visitas realizadas pela SPMS nesse âmbito, enunciam-se as seguintes:</p> <p>1ª reunião: maio de 2017;</p> <p>2ª reunião: outubro de 2017;</p> <p>3º reunião: março de 2018;</p> <p>4ª reunião: novembro de 2018 - na qual decorreu a entrevista.</p> <p>Indicador RSP: A percentagem média de RSP totalmente desmaterializadas é de 37,97%.</p> <p>Classificação HIMSS: 2</p>
ULSAM	<p>Âmbito: A ULSAM presta cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados. A sua área de influência corresponde ao distrito de Viana do Castelo, concelhos de Arcos de Valdevez, Caminha, Melgaço, Monção, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Valença, Viana do Castelo e Vila Nova de Cerveira.</p> <p>Desmaterialização: Iniciou-se em setembro de 2017. No que concerne às visitas realizadas com a presença da SPMS, registam-se as seguintes:</p>

4. Resultados

1º reunião: dezembro de 2017;

2ª reunião: janeiro de 2018;

3º reunião: março de 2019 - na qual decorreu a entrevista.

Indicador RSP: A percentagem média de RSP totalmente desmaterializadas é de 15,96%.

Classificação HIMSS: 3

ULSG

Âmbito: A ULSG presta cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados, correspondendo a sua área de influência aos concelhos de Almeida, Celorico da Beira, Figueira de Castelo Rodrigo, Fornos de Algodres, Gouveia, Guarda, Manteigas, Meda, Pinhel, Sabugal, Seia, Trancoso e Vila Nova de Foz Côa.

Desmaterialização: A ULSG iniciou o processo de implementação da iniciativa SNS Sem Papel em abril de 2019, tendo decorrido nesse mês a primeira reunião - na qual decorreu a entrevista.

Indicador RSP: A percentagem média de RSP totalmente desmaterializadas é de 10,35%.

Classificação HIMSS: 2

4.2. Resultados das entrevistas

Os resultados das entrevistas realizadas estão sintetizados nas tabelas e gráficos seguintes.

4.2.1. Frequência de procedimentos

Aferiu-se a frequência de diferentes procedimentos por parte das instituições em análise. Na amostra, conforme expresso na tabela 8, constata-se que:

1. 50% das instituições seguiram uma metodologia de implementação do projeto SNS Sem Papel e 50% não seguiram qualquer metodologia;
2. Todas as instituições têm alguém responsável por acompanhar a implementação do projeto;
3. Em 75% das instituições existiram deliberações do CA sobre o projeto ou que resultaram dele;
4. Em 75% das instituições houve inclusão de todos os grupos profissionais na mudança;
5. Em 75% das instituições não houve profissionais estrategicamente afastados;
6. Em 75% das instituições existiram formações internas para os profissionais da instituição;
7. Todas as instituições conhecem e sabem agrupar os seus *stakeholders*;
8. 50% das instituições consideraram as formações e auxílio dados por parte da SPMS adequados.

Tabela 8 - Frequência de procedimentos por parte da amostra

	Não		Sim	
	N	%	N	%
Q1. Existência de metodologia para a implementação do projeto SNS Sem Papel	2	50%	2	50%
Q3. Existência de alguém responsável por acompanhar a implementação do projeto	0	0%	4	100%
Q4. Existência de deliberações do CA sobre o projeto ou que resultaram dele	1	25%	3	75%

4. Resultados

Q8. Inclusão de todos os grupos profissionais na mudança	1	25%	3	75%
Q10. Existência de profissionais estrategicamente afastados	3	75%	1	25%
Q11. Existência de formações internas para os profissionais da instituição	1	25%	3	75%
Q12. Conhecem e sabem agrupar os <i>stakeholders</i> da instituição	0	0%	4	100%
Q13. Formações e auxílio por parte da SPMS considerados adequados	2	50%	2	50%

*Legenda: Q1 - Existência de metodologia para a implementação do SNS Sem Papel; Q3 - Existência de alguém responsável por acompanhar a implementação do projeto; Q4 - Existência de deliberações do CA sobre o projeto ou que resultaram dele; Q8 - Inclusão de todos os grupos profissionais na mudança; Q10 - Existência de profissionais estrategicamente afastados; Q11 - Existência de formações internas para os profissionais da instituição; Q12 - Conhecem e sabem agrupar os *stakeholders* da instituição; Q13 - Formações e auxílio por parte da SPMS considerados adequados.*

4.2.2. Fases de implementação

Aferiu-se a frequência de fases de implementação por parte das instituições em análise. Na amostra, conforme expresso na tabela 9, constata-se que:

1. Todas as instituições fizeram um levantamento dos processos em papel;
2. 75% das instituições desmaterializaram e simplificaram processos que estavam em papel;
3. 75% das instituições implementaram ferramentas eletrônicas;
4. 50% das instituições monitorizaram os indicadores;
5. Todas as instituições visitaram os serviços;
6. 75% das instituições realizaram formações internas.

Tabela 9 - Frequência de fases de implementação do projeto (Q2)

	Não		Sim	
	N	%	N	%
Levantamento dos processos em papel	0	0%	4	100%
Desmaterialização e simplificação de processos em papel	1	25%	3	75%
Implementação de ferramentas eletrônicas	1	25%	3	75%
Monitorização de indicadores	2	50%	2	50%
Visitas aos serviços	0	0%	4	100%
Formações internas	1	25%	3	75%

4.2.3. Execução do projeto

Aferiu-se a frequência de ações com vista à garantia de execução do projeto por parte das instituições em análise.

Na amostra, conforme expresso na tabela 10, constata-se que:

1. 50% das instituições têm reuniões internas regulares;
2. 75% das instituições não referem contactar com os *stakeholders*;
3. 75% das instituições visitam os serviços;
4. 50% das instituições referem efetuar registo e reporte de informação de gestão;
5. 75% das instituições não referem divulgação e comunicação.

4. Resultados

Tabela 10 - Frequência de ações com vista à garantia de execução do projeto (Q5).

	Não		Sim	
	N	%	N	%
Reuniões internas regulares	2	50%	2	50%
Contacto com <i>stakeholders</i>	3	75%	1	25%
Visitas aos serviços	1	25%	3	75%
Registo e reporte de informação de gestão	2	50%	2	50%
Comunicação e divulgação	3	75%	1	25%

4.2.4. Resultados obtidos pelas instituições

No que concerne à emissão de receitas totalmente desmaterializadas, conforme expresso no gráfico 1, corresponde a 11,25% no CHPL; 37,97% no CHPVVC; 15,96% na ULSAM e 10,35% na ULSG.

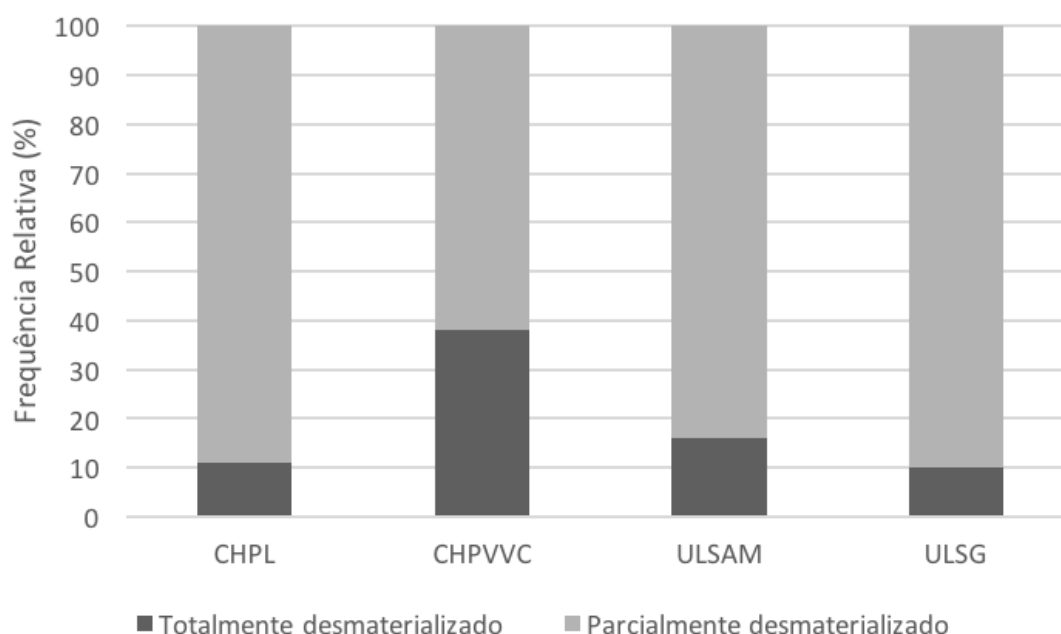


Gráfico 1 - Frequência de receitas totalmente desmaterializadas

Relativamente à classificação HIMSS das instituições que compõem a amostra, conforme expresso no gráfico 2, constata-se que 75% das instituições se encontram no nível 2 e 25% no nível 3.

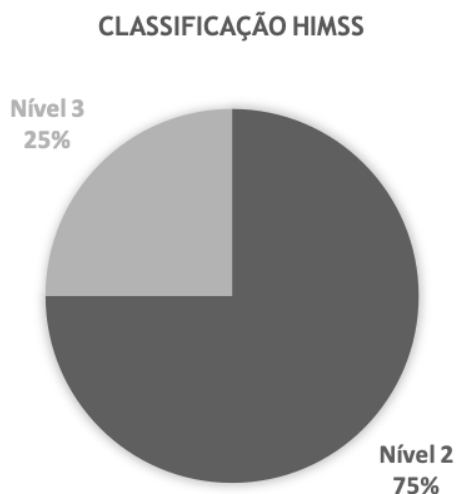


Gráfico 2 - Classificação HIMSS das instituições

Existem disparidades no que diz respeito aos objetivos futuros, conforme expresso na figura 6.

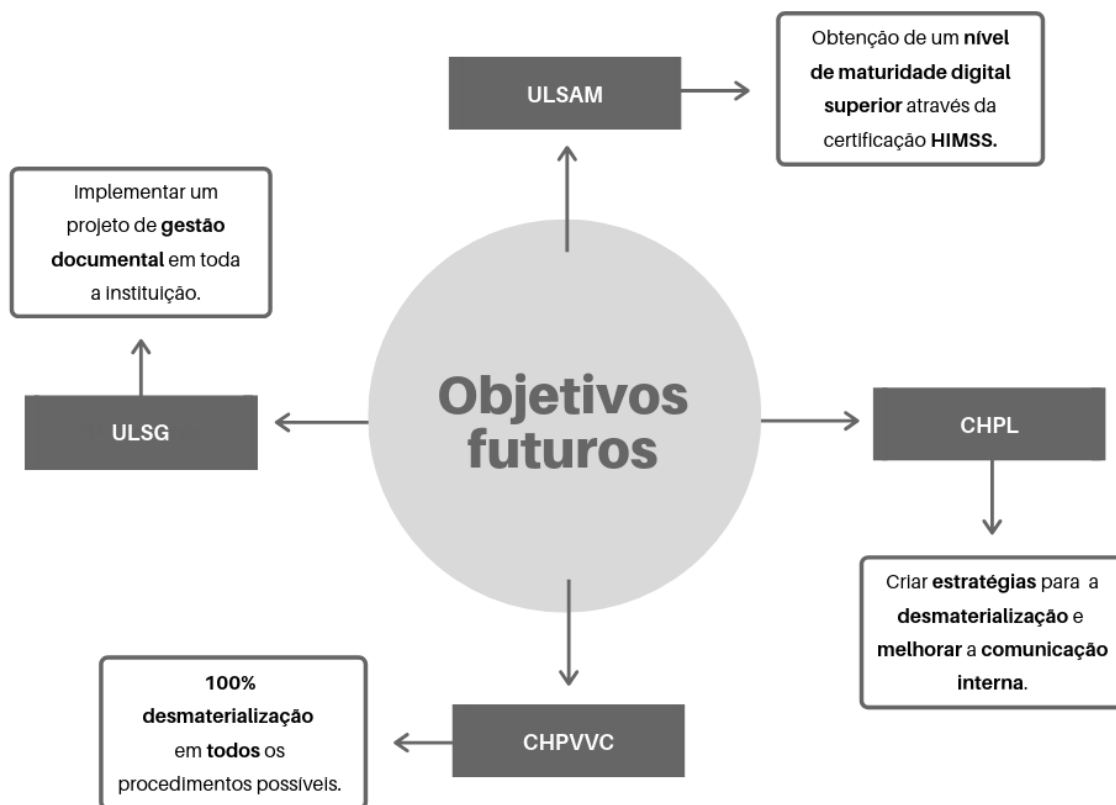


Figura 6 - Objetivos futuros das instituições

4.2.5. Obstáculos sentidos

Com base nas entrevistas, aferiu-se a frequência de obstáculos expectáveis e não expectáveis na amostra.

Conforme expresso na tabela 11 e gráfico 3, constata-se que no CHPL 67% dos obstáculos foram expectáveis e 33% não expectáveis; no CHPVVC 75% dos obstáculos foram expectáveis e 25% não expectáveis; na ULSAM 83% dos obstáculos foram expectáveis e 17% não expectáveis, e na ULSG 60% dos obstáculos foram expectáveis e 40% não expectáveis.

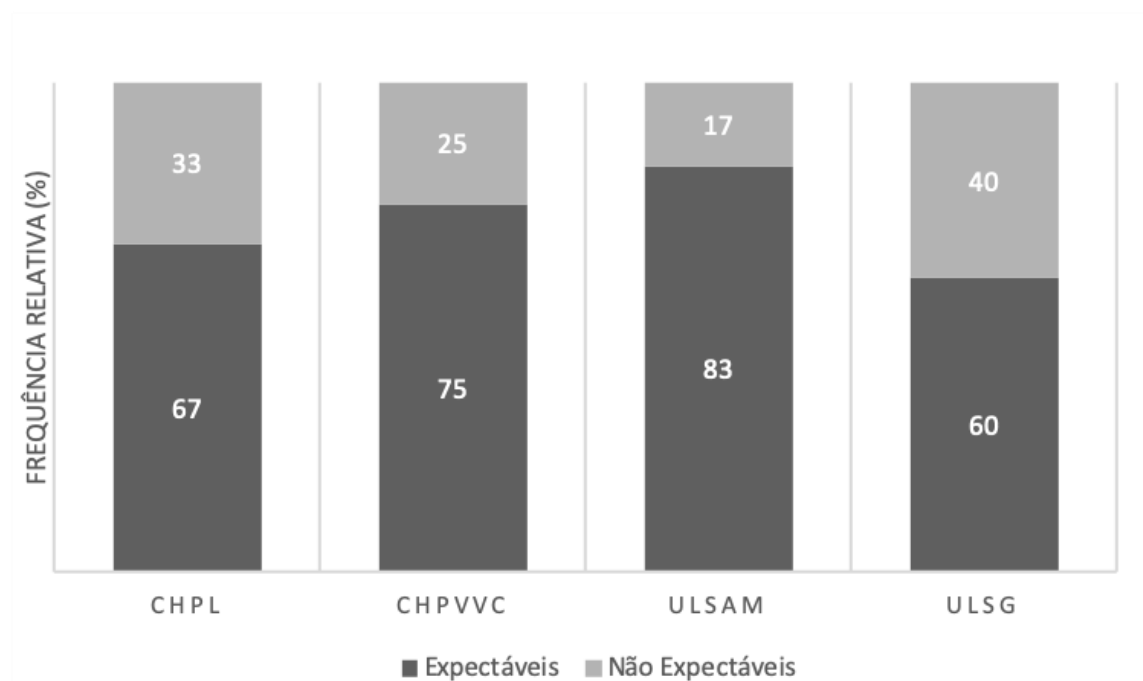


Gráfico 3 - Frequência de obstáculos expectáveis e não expectáveis (Q7)

Tabela 11 - Frequência de obstáculos expectáveis e não expectáveis (Q7)

	Obstáculos expectáveis		Obstáculos não expectáveis	
	N	%	N	%
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa	6	67%	3	33%
Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim / Vila do Conde	6	75%	2	25%
Unidade Local de Saúde do Alto Minho	5	83%	1	17%
Unidade Local de Saúde da Guarda	6	60%	4	40%

Aferiu-se a frequência de obstáculos expectáveis na amostra. Conforme expresso na tabela 12, constata-se que 75% alegaram constrangimentos financeiros; 75% relataram a existência de equipamentos informáticos obsoletos; todas as instituições indicaram a falta de recursos humanos e resistência à mudança; 50% referiram a reduzida literacia em saúde; 50% referiram o contexto geográfico e demográfico; 50% indicaram a estrutura própria da instituição e 35% referiram a ausência de um gestor de projeto dedicado.

Tabela 12 - Frequência de obstáculos expectáveis por parte das instituições

	Não		Sim	
	N	%	N	%
Constrangimentos financeiros	1	25%	3	75%
Equipamentos informáticos obsoletos	1	25%	3	75%
Falta de recursos humanos	0	0%	4	100%
Resistência à mudança	0	0%	4	100%
Reduzida literacia em saúde	2	50%	2	50%
Contexto geográfico e demográfico	2	50%	2	50%
Estrutura própria da instituição	2	50%	2	50%
Ausência de um gestor de projeto dedicado	3	75%	1	25%

4. Resultados

Aferiu-se a frequência de obstáculos não expectáveis na amostra. Conforme expresso na tabela 13, constata-se que 50% das instituições referiram a transição do CA e dificuldades e falhas ao nível dos SI utilizados.

Tabela 13 - Frequência de obstáculos não expectáveis por parte das instituições

	Não		Sim	
	N	%	N	%
Reduzida largura de banda	3	75%	1	25%
Dificuldades e falhas nos SI utilizados	2	50%	2	50%
Parca integração entre os SI utilizados	3	75%	1	25%
Parco auxílio através da <i>helpdesk</i>	3	75%	1	25%
Dificuldades internas de comunicação	3	75%	1	25%
Transição do Conselho de Administração	2	50%	2	50%
Reduzido apoio da SPMS ao nível dos SI	3	75%	1	25%
Pouca desmaterialização no setor financeiro	3	75%	1	25%

4.2.6. Monitorização

Aferiu-se a frequência de ações com vista a garantir a adesão por parte dos profissionais das instituições que compõem a amostra, ou seja, a monitorizar.

Conforme expresso na tabela 14, constata-se que em 75% houve lançamento de circulares, e em 50% existem reuniões periódicas, visitas regulares aos serviços, formações internas e proximidade ao CA.

Tabela 14 - Frequência de ações com vista a garantir a adesão por parte dos profissionais das instituições (Q9)

	Não		Sim	
	N	%	N	%
Reuniões periódicas	2	50%	2	50%
Circulares	1	25%	3	75%
Notícias	3	75%	1	25%
Visitas regulares aos serviços	2	50%	2	50%
Proximidade com o Conselho de Administração	2	50%	2	50%
Formações internas	2	50%	2	50%

5. Análise

Recorrendo aos resultados obtidos, a secção seguinte analisa-os à luz dos modelos propostos.

5.1. Modelo proposto por Kotter

Os resultados obtidos através da aplicação do modelo de liderança na mudança de Kotter (*Kotter's 8-Step Change Model*) apresentam-se nas tabelas seguintes.

No que concerne ao cumprimento das etapas do modelo de Kotter, verifica-se que as Etapas 1, 2, 4 são cumpridas por duas instituições, as Etapas 3, 5 e 7 são cumpridas por três instituições, e as Etapas 6 e 8 foram cumpridas por uma instituição, conforme expresso na tabela 15.

Tabela 15 - Aplicação do modelo de Kotter.

	CHPL	CHPVVC	ULSAM	ULSG
Etapa 1: Estabelecer um senso de urgência		•	•	
Etapa 2: Criar uma coligação de liderança		•	•	
Etapa 3: Desenvolver a visão e a estratégia		•	•	•
Etapa 4: Comunicar a visão da mudança		•	•	
Etapa 5: Capacitar os funcionários para uma ampla ação		•	•	•
Etapa 6: Gerar vitórias a curto prazo			•	
Etapa 7: Consolidar ganhos e produzir mais mudança		•	•	•
Etapa 8: Incorporar a nova mudança na cultura corporativa			•	

5. Análise

No que concerne à aplicação dos erros de Kotter, na globalidade, à amostra, verifica-se que os Erros 1, 2 e 4 foram cometidos por duas instituições, os Erros 3 e 5 foram cometidos por uma instituição, os Erros 6 e 8 foram cometidos por três instituições e o Erro 7 não foi cometido. Tal encontra-se expresso na tabela 16.

Tabela 16 - Aplicação dos erros de Kotter.

	CHPL	CHPVVC	ULSAM	ULSG
Erro 1: Permitir complacência excessiva	•			•
Erro 2: Falhar na criação de uma coligação administrativa forte	•			•
Erro 3: Subestimar o poder da visão	•			
Erro 4: Comunicar a visão de forma ineficiente	•			•
Erro 5: Permitir que obstáculos bloqueiem a nova visão	•			
Erro 6: Falhar na criação de vitórias de curto prazo	•	•		•
Erro 7: Declarar vitória prematuramente				
Erro 8: Negligenciar incorporação sólida das mudanças à cultura corporativa	•	•		•

5.2. Modelo V.I.A.R.M.A.

Os resultados obtidos através da aplicação do modelo de V.I.A.R.M.A às instituições em análise apresentam-se na tabela 17.

Verifica-se que as dimensões V (visão) e I (implementação) são cumpridas por três instituições, e as dimensões A (ativação), R (reconhecimento), M (monitorização) e A (apoio) são cumpridas por duas instituições.

Tabela 17 - Aplicação do modelo V.I.A.R.M.A..

	CHPL	CHPVVC	ULSAM	ULSG
V - Visão		•	•	•
I - Implementação		•	•	•
A - Ativação		•	•	
R - Reconhecimento		•	•	
M - Monitorização		•	•	
A - Apoio		•	•	

6. Discussão

Para sobreviver no ambiente de incerteza e mudança atual, as organizações necessitam de implementar mudanças organizacionais, de forma a adaptarem-se. No entanto, grande parte destas iniciativas falham, o que reflete a incapacidade das organizações, incluindo as organizações de saúde, de implementar mudanças com sucesso⁽⁹⁾.

A iniciativa SNS Sem Papel pretende, até 2020, reduzir e eliminar o uso de papel em diferentes serviços de apoio à prestação de cuidados clínicos, visando reforçar a integração entre sistemas de informação, simplificar processos e aproximar o SNS dos cidadãos e dos profissionais. Esta iniciativa exige mudanças ao nível das instituições, e contempla todos os constrangimentos e dinâmicas que qualquer mudança naturalmente envolve.

Assim, e com base nos resultados obtidos neste estudo, procede-se à sua análise aprofundada e discussão.

6.1. Existência de um método de gestão claro e assumido

A implementação da iniciativa SNS Sem Papel nas instituições em análise, bem como as fases em que a mesma se dividiu, foi díspar. É de relevar que existiram duas instituições sem metodologia definida *ad initium*, o CHPL e a ULSG, salvaguardando-se a adesão mais recente à iniciativa, e duas instituições com metodologias escolhidas pela administração de topo no CHPVVC (Lean) e na ULSAM (ciclo PDCA).

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”, suscetível de ser canalizada, mas não controlada ou gerida.

Lewin (1951), Burnes (2004), Todnem By (2005), McAuliffe e Vaerenbergh (2006) argumentam que o modelo de mudança planeada é a melhor forma (“*the best way*”) de mudar as organizações⁽⁹⁾.

De facto, constata-se que as instituições que seguiram desde início uma metodologia de gestão de mudança clara e assumida apresentam melhores resultados globais na implementação da mudança, o que poderá ser um indicador da necessidade dos gestores das organizações adotarem um planeamento prévio e estratégico.

Estes resultados estão em consonância com os estudos de Luecke (2003), Massey e Williams (2006) e Mento et al. (2002), em que os autores reconhecem a importância de

avaliar a organização e o ambiente em que está inserida para implementar uma mudança com sucesso, sendo que a avaliação deve conter um planejamento focado nos aspectos técnicos (hard) e humanos (soft) e seguir uma metodologia clara⁽⁹⁾.

A ausência de um método de gestão claro e assumido pode dever-se, em parte, à falta de conhecimento por parte da administração de topo sobre os conceitos de mudança organizacional e gestão de mudança. A solução pode passar pela capacitação das organizações e dos seus colaboradores. Uma das formas de atingir este objetivo poderá passar por providenciar recursos que promovam a aprendizagem a partir da literatura e a tomada de decisões baseada na evidência.

Com uma equipa de gestão que compreenda os melhores métodos de liderança na mudança e que possua uma visão estratégica que se coadune com a cultura organizacional, haverá maior possibilidade de implementação com sucesso.

6.2. Monitorização

Em todas as instituições analisadas verifica-se a existência de alguém com a responsabilidade de acompanhar localmente a implementação do projeto SNS Sem Papel, sendo constante a inclusão, nesse grupo, da CLIC e de pelo menos um elemento do CA. Inclusivamente, no decorrer do projeto, ou em resultado dele, existiram na maioria das instituições (n=3) deliberações do CA, excetuando-se o CHPL. Contudo, os profissionais deste CH reconhecem a necessidade de ser feito futuramente.

Cabendo ao CA a garantia do cumprimento dos objetivos básicos traçados para a instituição, bem como o exercício de todos os poderes de gestão que não estejam reservados a outros órgãos do hospital, o compromisso do topo hierárquico é fulcral para a implementação de uma mudança com sucesso, conforme corrobora Kotter⁽²⁴⁾.

Partilhando o mesmo ponto de vista, Galpin, (2000), Pettigrew e Whipp (1991) defendem que uma mudança não é bem sucedida sem um forte apoio e compromisso dos gestores de topo. Desta forma, os resultados obtidos face ao compromisso do topo hierárquico vão de encontro às melhores práticas sugeridas pela literatura.

No entanto, a existência de compromisso do topo hierárquico não implica necessariamente uma coligação administrativa forte na implementação de uma mudança.

De acordo com Galpin (2000), é necessário um compromisso partilhado entre os gestores de topo e um conjunto de pessoas chave na organização (ao nível da gestão intermédia e nível operacional), com poder em termos de informação, especialização, reputação e relações. Kotter (1996), no mesmo sentido, defende que quanto mais pessoas forem envolvidas, melhores serão os resultados.

No entanto, não sendo possível envolver todos os colaboradores que vão ser afetados, direta ou indiretamente, pela mudança, a equipa deve compreender os elementos chave representativos dos vários interesses e níveis da organização.

Neste estudo, verifica-se que na maioria das instituições (n=3) todos os grupos profissionais foram incluídos e não houve profissionais estrategicamente afastados. Existiu apenas uma instituição - ULSAM - que recorreu a reposicionamentos estratégicos para a implementação do projeto. Esta instituição é a que apresenta maior possibilidade de mudança implementada com sucesso, por aplicação dos modelos propostos, o que poderá ser um indicador da importância dos gestores identificarem os elementos chave dentro da organização e avaliarem a sua inclusão ou afastamento.

6.3. Obstáculos

Todas as instituições admitem a existência de obstáculos (esperados e não esperados) no decorrer da implementação da iniciativa SNS Sem Papel a nível local.

Em todas, o número de obstáculos expectáveis foi superior ao de obstáculos não expectáveis, ou seja, as instituições foram capazes de prever de antemão as maiores dificuldades vindouras. Quanto a isto, a literatura diz-nos que o progresso da mudança pode ser afetado por problemas de diferentes naturezas e que identificar os problemas potenciais, que têm uma maior probabilidade de acontecer ou um maior impacto sobre a organização (obstáculos expectáveis), e as suas causas prováveis constitui uma parte essencial da gestão de risco durante a mudança⁽²²⁾. Dessa forma, muitos problemas podem ser potencialmente prevenidos ou minimizados.

Na lista dos obstáculos expectáveis indicados, existem alguns relacionados com características e especificidades da própria instituição, nomeadamente a ausência de MCDT realizados internamente (CHPVVC), a estrutura própria do CHPL que engloba Núcleos de Intervenção Comunitária (NIC) que dificultam a gestão articulada, e as características demográficas e geográficas próprias da beira interior e alto minho (ULSG e ULSAM), e outros unanimemente referidos: a falta de recursos humanos e a resistência à mudança.

Ainda que as instituições tenham sido capazes de identificar os obstáculos mais prováveis de ocorrer, houve na sua generalidade incapacidade de prevenção e minimização dos riscos esperados, algo que assume elevada relevância em situações de mudança, evitando que se sigam caminhos próprios e desarticulados, elevando custos do sistema e potencialmente agudizando insustentabilidades⁽³⁴⁾.

Esta visão é partilhada por vários autores, destacando Gittins e Standish (2010) e Luecke (2003) que defendem que o planeamento da mudança deve necessariamente incluir uma gestão do risco, de forma a antecipar, prevenir e minimizar potenciais problemas. Com os dados obtidos constata-se que informações e orientações importantes que a

literatura oferece para a gestão de risco parecem não estar a ser utilizadas pelos gestores de saúde em situações de mudança, pese embora a dimensão do estudo e as suas limitações.

Quanto a obstáculos não expectáveis, estes diferem entre as instituições, não existindo nenhum unanimemente mencionado pelas quatro em estudo.

Destaca-se, contudo, a menção à mudança do CA em 50% das instituições (n=2), evidenciando a parca transmissão de informação e de lideranças de sucessão, levando à perda de memória institucional, algo evidenciado pela incapacidade global em indicar os principais resultados obtidos para os primeiros 3, 6 e 12 meses.

Evidencia-se, também, a menção a dificuldades e falhas dos sistemas de informação utilizados (n=2), com potencial de comprometerem o sucesso da implementação e a confiança dos profissionais.

Os problemas imprevistos, não podendo ser prevenidos, podem ser identificados de forma rápida se o processo de implementação de uma mudança for monitorizado.

De acordo com 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, conseqüentemente, motivar o esforço sustentado de mudança. Neste estudo, a maioria das instituições que compõem a amostra (n=3) monitoriza a implementação do projeto no seio da sua instituição, fazendo-no maioritariamente mediante visitas aos serviços, no decorrer das quais as chefias intermédias elaboram relatórios de atividades e/ou planos de ação que servem de base ao relatório de monitorização da CLIC e/ou da Comissão de Desmaterialização.

Desta forma, a maioria das instituições está a monitorizar a implementação, o que vai de encontro às melhores práticas sugeridas pela literatura.

6.4. Envolvimento dos *stakeholders*

Todas as instituições conhecem e sabem caracterizar os *stakeholders* de acordo com as suas características e relevância, reconhecendo a importância dos mesmos.

No entanto, de acordo com os dados obtidos, apenas uma instituição (CHPVVC) refere a manutenção de contacto com os *stakeholders*, sendo eles parceiros tecnológicos e prestadores de serviços, como estratégia para garantir a execução do projeto, mediante reuniões periódicas.

Segundo os estudos de Gittins e Standish (2010) a comunicação com os *stakeholders* durante um processo de mudança deve ser dirigida a todos, sendo eles os investidores (para compreenderem os benefícios das mudanças no desempenho da organização e os

investimentos necessários para a sua concretização), os utentes (a fim de compreenderem como as mudanças nos serviços os vão afetar) e colaboradores (a fim de compreenderem o seu papel na mudança e na organização e como a mudança os poderá afetar).

No seguimento desses estudos, Galpin (2000), Gittins e Standish (2010), Luecke (2003), Mento, Jones e Dirndorfer (2002) corroboram a importância da comunicação com os *stakeholders* acrescentando que esta deve ser realizada ao longo de todas as fases do processo.

A SPMS é considerada um *stakeholder* imprescindível por todas as instituições. O apoio e formações que disponibiliza não é consensual, sendo considerado adequado em duas de quatro instituições.

Com os dados obtidos constata-se que informações e orientações importantes que a literatura oferece parecem não estar a ser utilizadas pelos gestores de saúde para a implementação de mudanças. No entanto, é necessário ter em consideração que a maioria da literatura não é específica para um determinado contexto, nomeadamente para as características do SNS português. Adicionalmente, as instituições diferem nas suas características, sendo que um modelo considerado *standard* pode não se aplicar às características da instituição.

6.5. Capacitação dos profissionais

Na maioria das instituições (n=3), foram dadas formações locais aos profissionais diretamente afetados com a implementação do projeto SNS Sem Papel nos diferentes serviços com o objetivo de os capacitar, recorrendo a formações em sala e *in loco*. Estas formações decorreram maioritariamente em dois tempos, evitando interferir no normal funcionamento dos serviços. Para tal, existiu uma capacitação inicial das chefias intermédias que *à posteriori* capacitariam os profissionais a nível operacional.

A capacitação dos profissionais permite modificar os sistemas de estruturas que obstruem a visão de mudança e, paralelamente, motivar os colaboradores para o estado futuro pretendido.

Segundo Luecke (2003) e Mento, Jones e Dirndorfer (2002), a capacitação é uma ferramenta eficaz para aumentar a motivação e compromisso, reduzir a confusão e a resistência à mudança e preparar para as potenciais adversidades que poderão vir com a iniciativa.

Assim, verifica-se que as práticas seguidas pela maioria da amostra vão de encontro ao recomendado na literatura e auxiliam a que, potencialmente, uma mudança seja sucedida.

6.6. Desmaterialização

Os principais resultados obtidos com a implementação do projeto e aos objetivos futuros das instituições são díspares, dependendo do grau de maturação digital de cada uma e do seu caminho próprio de transformação tecnológica.

Em relação às percentagens de RSP nas instituições em análise, verifica-se que, para todas, a percentagem de receitas parcialmente desmaterializadas é superior à percentagem de receitas totalmente desmaterializadas, ou seja, a maioria das receitas emitidas ainda contempla a impressão de guias de tratamento.

No caso do CHPL, dadas as características específicas do tipo de utentes que recebem, é referido como imprescindível a existência e impressão de um guia de tratamento. Por sua vez, na ULSG considera-se que a impressão de guias de tratamento deve ser opção do médico e do seu utente, pelo que, no seu entender, uma receita deve considerar-se totalmente desmaterializada mesmo com a impressão da guia.

Pese embora essa visão não seja partilhada pelas restantes instituições analisadas, poderá ser interessante uma reflexão a este nível, procurando formas de facilitar a desmaterialização total do receituário em todas as instituições. Em âmbitos gerais, destaca-se o CHPVVC enquanto instituição com os melhores resultados a este nível. Importa, contudo, realçar que a RSP não é a maior fonte de consumo de papel numa instituição, pelo que este indicador não deverá ser analisado individualmente.

Em relação à classificação HIMSS Analytics, a ULSAM encontra-se no nível 3 de classificação, sendo que as restantes instituições se encontram no nível 2. Esta classificação mede a adoção e a utilização das funções de *Electronic Medical Record* necessárias para obter um ambiente sem papel que aproveite a tecnologia para oferecer suporte ao atendimento otimizado ao utente. Constata-se que o melhor resultado da amostra é atingido pela ULSAM, o que indica que, pese embora a sua percentagem RSP não seja a mais elevada, existem outros circuitos de informação informatizados que reduzem o consumo de papel.

O projeto SNS Sem Papel pretende garantir a harmonização ao nível 4 EMRAM da HIMSS a nível nacional, pelo que a transformação digital ainda deverá ser trabalhada em todas as instituições.

Salienta-se que as medidas estruturantes são frequentemente exigentes do ponto de vista da articulação entre intervenientes, da redefinição de funções das entidades, da avaliação e responsabilização pelas práticas de gestão e das mudanças culturais⁽³⁴⁾.

6.7. Resistência à mudança - *Six Change Approaches*

Todas as instituições experienciaram uma resistência à mudança expectável neste contexto. Verifica-se que apenas uma instituição (ULSAM) realizou ações que visaram neutralizar a resistência, mediante reposicionamentos estratégicos de alguns profissionais. Através da aplicação deste modelo, esta instituição é a que apresenta maior possibilidade de fazer face, com sucesso, à resistência à mudança.

Segundo Luecke (2003), os resistentes à mudança não contribuem para o processo de mudança, prejudicando inclusive a sua progressão. O autor acrescenta que é importante, em primeiro lugar, identificar os potenciais resistentes, determinando quem e de que forma a mudança vai ser afetada e, em segundo, de que forma a resistência pode ser neutralizada, estimulando, se possível, o seu envolvimento no processo.

Kotter & Schlesinger (2008) sugerem abordagens concretas consoante a resistência sentida, a intensidade da mesma, e o poder de quem a promove. Tendo em conta as características das instituições analisadas, é possível sugerir abordagens⁽²⁶⁾.

Ao nível do CHPL, sugere-se a instauração da abordagem “Participação e Envolvência” na conceção e implementação da iniciativa SNS Sem Papel. Com a utilização desta abordagem, aproveitando a fase embrionária em que a mudança se encontra nesta instituição, será possível englobar a massa resistente e criar um esforço sustentado de mudança. Apesar dos constrangimentos de comunicação internos poderem beneficiar da instauração concomitante da abordagem “Educação e Comunicação” esta não deverá ser única, já que a mesma exige uma boa relação entre o iniciador e os resistentes para que os últimos consigam acreditar no que ouvem.

No que concerne ao CHPVVC, os problemas de ajustamento parecem ser relevantes na existência de resistência, pelo que se sugere a abordagem “Facilitação e Apoio”, garantindo apoio e formação especializada.

Relativamente ao ULSAM, pese embora tenham existido ações com vista à envolvimento e à neutralização de resistência, não deixa de ser relevante a introdução da abordagem “Facilitação e Apoio” por forma a proporcionar o auxílio necessário no processo de mudança em curso.

Por sua vez, ao nível da ULSG sugere-se a utilização da abordagem “Educação e Comunicação” por forma a contrariar a falta de informação e análises imprecisas tidas por parte dos colaboradores, concomitante com a “Facilitação e Apoio”. Dadas as características desta ULS, da região onde se insere, população que serve e colaboradores que tem, evidencia-se que os possíveis resistentes temem não ser capazes de fazer os ajustes necessários para acompanhar o processo de mudança. Enquanto o temerem, esses mesmos ajustes não serão feitos, pelo que esta abordagem bimodal parece ser adequada à instituição.

A resistência sentida pelas instituições é também expectável ao nível da literatura. Estudos recentes demonstram que a resistência dos profissionais de saúde a um processo de mudança é, na sua maioria, acentuada e causada pela ameaça percebida da perda de controle sobre procedimentos de trabalho⁽²⁷⁾. Estudos relacionam também, o papel da resistência à mudança na implementação e uso de novas tecnologias em saúde, sendo a resistência considerada um inibidor chave de processos de transformação digital⁽²⁶⁾, o que está em consonância com os resultados obtidos. Para estudos futuros poderá ser interessante aferir os preditores de resistência à mudança.

6.8. Liderança na mudança - *Kotter's 8-Step Change Model*

Através da aplicação deste modelo vislumbra-se que existiu uma instituição que seguiu de próxima o Modelo de Kotter, sem incorrer nos seus designados oito erros.

Apesar das particularidades de cada caso, Kotter indica-nos os erros mais comuns na implementação de uma mudança, referindo que cometer qualquer um deles poderá ter consequências graves no sucesso e implementação da mesma⁽²⁶⁾.

Evidencia-se que os erros mais frequentes entre as instituições analisadas (n=4) foram negligenciar a incorporação sólida das mudanças à cultura corporativa (n=3) e falhar na criação de vitórias de curto prazo (n=3).

A mudança incorpora-se realmente quando os novos comportamentos estão enraizados nas normas e valores sociais, apesar de estes estarem sempre sujeitos à degradação assim que a pressão associada à implementação da mudança desapareça⁽²⁴⁾.

Na fixação de novas abordagens na cultura de uma organização, é de relevo:

1. Demonstrar conscientemente aos colaboradores a forma como comportamentos e atitudes específicas têm ajudado a melhorar o desempenho da instituição; e
2. Certificar que passou tempo suficiente para que a próxima equipa de gestão realmente personifique a nova abordagem⁽²⁶⁾.

Através da aplicação deste modelo, constata-se que é necessário trabalhar neste âmbito, recomendando-se que haja um maior envolvimento da gestão intermédia.

No que concerne à falha na criação de vitórias de curto prazo, para que seja exequível ultrapassar este erro é necessário, antes de mais, compreender que criar vitórias de curto prazo é diferente de esperar vitórias de curto prazo, no qual o último é passivo e o anterior é ativo.

Os gestores devem procurar ativamente atingir formas claras de melhoria contínua, estabelecendo metas no sistema de planeamento organizacional, alcançando objetivos, e recompensando os colaboradores envolvidos⁽²⁶⁾. As iniciativas de mudança que falham por

incorrerem neste erro não garantiram um esforço sistemático para promover vitórias inequívocas dentro de um curto período de tempo, pois os gestores apenas se envolveram com uma visão a longo prazo, acabando por não se preocuparem muito com o mais imediato. Esse papel caberá mais às chefias intermédias. Deve haver, por isso, envolvimento das chefias intermédias e delegação de tarefas, com relatórios periódicos de monitorização e planos de ação para atingir as metas a curto, médio e longo prazo, estas últimas traçadas pela gestão de topo.

Através de compromissos para produzir vitórias a curto prazo é possível manter o nível de urgência e, ao mesmo tempo, forçar o pensamento analítico, aspetos de relevo na implementação de uma mudança⁽²⁶⁾.

Nenhuma instituição analisada cometeu o erro de declarar vitória prematuramente. Este erro é bastante típico havendo, após um período de trabalho duro, a tentação de declarar vitória assim que se alcança a primeira grande melhoria de desempenho organizacional. Em todas as instituições analisadas, pese embora as melhorias obtidas, existiu sempre a consciência de que há muito caminho a percorrer.

Evidencia-se que a instituição que seguiu de forma mais próxima o modelo de Kotter foi a ULSAM, uma instituição onde a implementação da iniciativa SNS Sem Papel foi assumida como prioritária *ad initium*, contendo uma metodologia escolhida pela gestão de topo, e tendo como principal sponsor o presidente do CA.

Antagonicamente, verifica-se que existe uma instituição que comete a quase totalidade dos erros enunciados por Kotter como fatais num processo de mudança (CHPL), pelo que será necessário encontrar estratégias de gestão de mudança apropriadas para que o processo não fracasse.

6. Discussão

Na tabela 18 encontra-se, para cada erro de Kotter, o respectivo racional nas instituições que os cometeram.

Tabela 18 - Análise dos erros de Kotter nas instituições

Erro	Instituição	Racional
Permitir complacência excessiva	CHPL	Os colaboradores não estão convencidos da importância de agir imediatamente; Não foram identificadas nem analisadas crises, ameaças e oportunidades.
	CHPVVC	-----
	ULSAM	-----
	ULSG	Não houve um sentido de urgência estabelecido entre os colaboradores.
Falhar na criação de uma coligação administrativa forte	CHPL	O CA mudou recentemente e existe resistência visível entre os colaboradores; Não existe uma coligação administrativa; Não existe um grupo com poder suficiente para comandar a mudança.
	CHPVVC	-----
	ULSAM	-----
	ULSG	Ao nível da CLIC não foi reunido um grupo com poder suficiente para comandar a mudança.
Subestimar o poder da visão	CHPL	Não houve uma visão clara e apropriada sobre o processo de mudança.
	CHPVVC	-----
	ULSAM	-----
	ULSG	-----
Comunicar a visão de forma ineficiente	CHPL	Fluxos de comunicação interna ineficientes; Na terceira visita da SPMS à instituição acerca do SNS Sem Papel existiam diversos colaboradores que desconheciam a iniciativa e não sabiam o motivo da visita.
	CHPVVC	-----

	ULSAM	-----
	ULSG	Pouca clareza na definição, responsabilidades e âmbitos de atuação.
Permitir que obstáculos bloqueiem a nova visão	CHPL	Gestores de topo ofuscados pela principal dificuldade encontrada: a resistência; Os colaboradores não estão focados na melhoria contínua, nem a receber <i>empowering</i> da organização para agir.
	CHPVVC	-----
	ULSAM	-----
	ULSG	-----
Falhar na criação de vitórias de curto prazo	CHPL	Não foram criadas vitórias de curto prazo no âmbito da implementação do projeto.
	CHPVVC	Não houve reconhecimento visível e recompensa das pessoas que tornaram os ganhos possíveis.
	ULSAM	-----
	ULSG	Não houve visões de ganho ou melhorias de performance planeadas.
Declarar vitória prematuramente	CHPL	-----
	CHPVVC	-----
	ULSAM	-----
	ULSG	-----
Negligenciar a incorporação sólida das mudanças à cultura corporativa	CHPL	Não se verificam conexões entre os novos comportamentos e o sucesso da organização.
	CHPVVC	Não foram desenvolvidas maneiras de assegurar o desenvolvimento de lideranças e sucessão.
	ULSAM	-----
	ULSG	Verificam-se sistemas, estruturas e políticas que não estão harmonizados entre si e não são adequados à visão da mudança.

6.9. Liderança na mudança - Modelo V.I.A.R.M.A.

O modelo V.I.A.R.M.A. congrega habilidades de liderança e gestão como bases para garantia do êxito da mudança planeada.

Através da aplicação deste modelo constata-se que as dimensões visão e implementação são cumpridas pela quase totalidade das instituições (n=3).

A visão relaciona-se com a liderança e é o processo fundamental deste modelo, representando uma imagem coerente do futuro e daquilo que se pretende alcançar, de forma clara e consistente, considerando-se a base da implementação de uma mudança⁽³⁰⁾. De facto, verifica-se que a maioria das instituições analisadas possui uma visão sólida do que será possível atingir com a iniciativa SNS Sem Papel, pese embora obstáculos expectáveis e não expectáveis relacionados.

Contudo, evidencia-se que uma das instituições analisadas (CHPL) não cumpre qualquer dimensão do modelo - incluindo a visão - o que, de acordo com o modelo subjacente, evidencia falhas de liderança e pode comprometer o sucesso da mudança. É, assim, algo que deve ser trabalhado de forma premente.

Por sua vez, a implementação relaciona-se mais com a gestão e traduz a dimensão da visão em elementos mais específicos, compreendendo os planos estratégicos e a gestão do projeto, sendo cumprida pelas mesmas instituições.

As restantes dimensões do modelo (apoio, reconhecimento, ativação e monitorização) são cumpridas por duas instituições, o CHPVVC e a ULSAM.

O apoio relaciona-se com a liderança e está muito associado ao reconhecimento, não se esgotando nele. Representa a transmissão de expectativas de desempenho elevado aos colaboradores, inculcando-lhes confiança no processo de mudança⁽³⁰⁾. O reconhecimento e a monitorização são, por sua vez, âmbitos da gestão e incorporam as ações destinadas a reconhecer e incentivar as pessoas envolvidas no processo, bem como a criação de estratégias que assegurem que o mesmo está a seguir o caminho correto. Já a ativação relaciona-se com a liderança e visa assegurar que os membros da organização - e outros *stakeholders* - compreendem a visão e a mudança nela embutida, apoiando-a e auxiliando a sua implementação.

À luz deste modelo, as duas instituições em análise que parecem ser mais prováveis de ter uma mudança bem sucedida no contexto de implementação da iniciativa SNS Sem Papel são o CHPVVC e a ULSAM, destacando-se pelo cumprimento das seis dimensões supracitadas.

6.10. Liderança na mudança - Modelo proposto

Através da análise da literatura e junção das várias perspetivas abordadas ao longo deste estudo, foi criada uma árvore de decisão de carácter simplista e generalista que possa dar indicações claras aos gestores sobre as possíveis necessidades da sua instituição aquando da implementação de uma mudança.

Coloca-se como questão central a existência de um método de gestão de mudança por se considerar imprescindível um planeamento estratégico prévio.

Através desta árvore de decisão, de forma intuitiva, relacionam-se os modelos de Kotter e V.I.A.R.M.A..

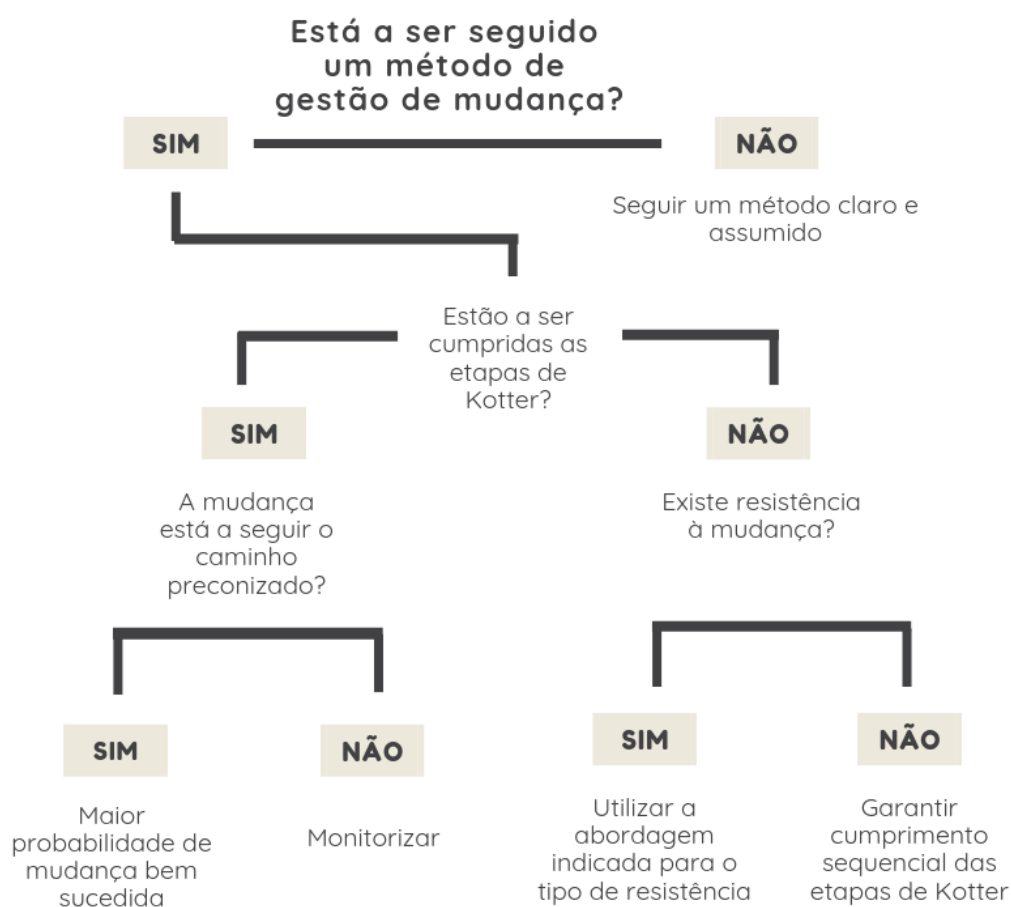


Figura 7 - Árvore de decisão. Fonte: Elaboração própria

6.11. Limitações do estudo

Os achados deste estudo devem ser interpretados à luz das suas limitações, que se enumeram:

1. Reduzido tamanho da amostra;
2. Disparidade da amostra face ao grau de maturação digital e ao tempo decorrido desde o início da implementação do projeto;
3. Reduzido número de indicadores de resultados objetivos;
4. Não se contempla de forma discriminada a perspetiva de todos os níveis organizacionais (gestão de topo, gestão intermédia e operacional) nem a caracterização da desmaterialização (circuitos clínicos ou circuitos não clínicos);
5. Falta de escalas pré-validadas para medir a resistência à mudança na literatura, pelo que a mesma foi analisada com base nos dados obtidos nas entrevistas e em modelos de referência. Assim, esses dados são específicos para o contexto de implementação do projeto SNS Sem Papel e não podem ser generalizados para outros contextos ou outras iniciativas.

7. Conclusões e perspectivas futuras

A maioria das falhas relacionadas com a mudança são de implementação e não de conceção de ideias iniciais⁽⁹⁾.

A mudança nas organizações de saúde não é susceptível de ser simples ou linear. 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.

No que concerne à transformação digital, a mesma é indissociável dos profissionais que dela vão usufruir, pelo que a implementação de sistemas de informação em organizações se traduz sempre num impacto para os recursos humanos⁽³⁵⁾.

A iniciativa SNS Sem Papel pretende, através da integração entre sistemas de informação e simplificação eletrónica de processos, eliminar o uso de papel nos diferentes serviços de apoio à prestação de cuidados clínicos.

Assim, e no que diz respeito à implementação deste projeto nas instituições em análise, num contexto de gestão e liderança, surgem como **principais conclusões do estudo**:

1. A existência de um método de gestão claro e assumido relaciona-se com melhores resultados na implementação da mudança;
2. A equipa de gestão deve compreender os melhores métodos de liderança na mudança e possuir uma visão estratégica que se coadune com a cultura organizacional;
3. É fulcral existir compromisso do topo hierárquico para implementar uma mudança com sucesso;
4. Os elementos chave dentro da organização devem ser identificados e deve-se avaliar a pertinência da sua inclusão ou afastamento;
5. As instituições são capazes de prevenir os riscos esperados, mas parece existir dificuldade em preveni-los ou minimizá-los;
6. É inevitável existir resistência à mudança;
7. A implementação de uma mudança deve ser monitorizada, sendo que as chefias intermédias assumem um papel relevante;
8. Deve existir gestão do risco numa mudança, de forma a antecipar, prevenir e minimizar potenciais problemas;
9. Mecanismos de transmissão de informação e de lideranças de sucessão são importantes para preservação de memória institucional e consolidação de

mudanças, pelo que as chefias intermédias têm um papel fucral, bem como a criação de *uma task force* que sobreviva à mudança de CA;

10. É relevante conhecer os *stakeholders* da instituição e mantê-los próximos ao longo de todas as fases do processo;
11. Deve ser garantida a capacitação dos profissionais;
12. As informações e orientações importantes que a literatura oferece não estão a ser utilizadas pelos gestores de saúde para a implementação de mudanças;
13. A gestão de mudança não é por hábito uma prioridade consensual na gestão de topo, mas sim o funcionamento harmónico, receando-se que a mudança possa perturbar essa harmonia;
14. Os erros de Kotter mais frequentes foram negligenciar a incorporação sólida das mudanças à cultura corporativa e falhar na criação de vitórias de curto prazo;
15. À luz dos modelos utilizados e das limitações ao estudo já elencadas, identifica-se que a instituição mais provável de ter uma mudança bem sucedida é a ULSAM.

Aos gestores do SNS, sugere-se e conclui-se que:

1. A equipa de gestão deve compreender os melhores métodos de liderança na mudança e possuir uma visão estratégica que se coadune com a cultura organizacional;
2. Devem saber identificar os elementos chave dentro da organização e avaliar a sua inclusão ou afastamento;
3. Devem saber diagnosticar a organização, escolhendo o modelo, as técnicas e as ferramentas mais adequadas às circunstâncias particulares;
4. Não se devem adotar modelos de gestão considerados “*best practice*”, sem se compreenderem os conceitos e processos subjacentes;
5. Deve haver uma procura ativa para atingir formas claras de melhoria contínua, estabelecendo metas no sistema de planeamento organizacional, alcançando objetivos, e recompensando os colaboradores envolvidos;
6. Deve criar-se um esforço sistemático para promover vitórias inequívocas dentro de um curto período de tempo, evitando um envolvimento exclusivo com uma visão a longo prazo;
7. Não se deve subestimar a variedade de reações face à mudança, nem os poderes da equipa de gestão para influenciar essas respostas;
8. Não se deve abordar a mudança de forma desconexa e incremental.

Quanto à realização de futuros estudos, sugere-se:

1. Aumentar o tamanho da amostra e número de indicadores objetivos utilizados;
2. Extrapolar o âmbito do presente estudo e aferir a resistência à mudança de forma generalizada para outros contextos ou outras iniciativas;
3. Aferir os preditores de resistência à mudança;
4. Analisar metodologias de gestão de mudança em saúde e sua implementação;
5. Aferir a percepção de mudança ao nível da gestão de topo, intermédia e operacional.

Conclui-se reforçando a importância do planeamento estratégico, baseado no conhecimento real da instituição e das necessidades em saúde das populações, sobretudo em situações de mudança, pois sem este planeamento as organizações tendem a seguir caminhos próprios e desarticulados, potencialmente elevando os custos do sistema e agudizando a insustentabilidade⁽³⁴⁾.

Bibliografia

1. Haussen DF. Comunicação e culturas regionais e a sociedade digital no Brasil Comunicación y culturas regionales y la sociedad digital en Brasil Communication and regional cultures in the Brazilian digital society context. :179-94.
2. SPMS. eHealth em Portugal - Visão 2020. 2015.
3. Martins H. Transformação digital e inovação na saúde em debate no “Portugal eHealth Summit.” Público. 2018;
4. WHO. WHO releases first guideline on digital health interventions. WHO Headl. 2019;
5. Union E, Council CA. Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council meeting. 2017;2017(November):1-14.
6. European Commission. Transformation of Health and Care in the Digital Single Market. 2019.
7. SPMS. SNS Sem Papel e Inclusão Digital em análise na SPMS. 2018;
8. XXI Governo Constitucional. Resolução do Conselho de Ministros n.º 62/2016. Diário da República, 1ª série, Nº 199. 2016;1-4.
9. Ana Rita Cascavel Martins. Gestão da mudança na saúde: da revisão à ação. ISCTE Business School; 2012.
10. SPMS. Estratégia Nacional para o Ecosistema de Informação de Saúde. 2017;
11. Assembleia da República. Lei n.º 48/90 de 24 de agosto. 1990. p. 8.
12. Gabinete do Ministro da Saúde. Despacho n.º 3156/2017. Diário da República, 2ª série – Nº 74 – 13 abril 2017. 2017;
13. Cabral A. Relatório de Acompanhamento da iniciativa SNS Sem Papel no 1º semestre de 2018. 2018.
14. HIMSS Europe. A strategic roadmap for effective EMR adoption and usage. 2018.
15. Souza MDE, Santos ES. Gestão da mudança Organizacional: Uma revisão teórica. ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E DE EMPRESAS; 2014.
16. Price Water House Coopers. Gestão da Mudança - Best Case for Change. 2010. p. 4.
17. Todnem R. Organisational change management : A critical review Organisational Change Management : A Critical Review. 2007;7017:13.
18. Branco MPPDCP. A Comunicação Organizacional como Estratégia de Gestão. 2013.
19. Baptista RF. Causas e Gestão da Resistência à Mudança Caso da Banca Portuguesa. Universidade de Évora; 2017.
20. Gomes RC. O Papel dos Stakeholders na Sustentabilidade da Empresa : Contribuições para

- Construção de um Modelo de Análise. 2009;39-52.
21. Martins H. Tecnologia, Modernidade e Política. 1967. p. 35.
 22. Almeida B de. Gestão do risco e da incerteza. Instituto Superior Técnico da Universidade de Lisboa; 2005.
 23. Monica Anastassiou FMS, Gleison Santos. Meta-modelo para Mudança Organizacional em Melhoria de Processo de Software. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2016.
 24. Santos J. Gestão da Mudança na Implementação de Sistemas de Informação em Organizações de Saúde. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias; 2012.
 25. Raquel A, Martins P. Mudança Organizacional numa Empresa Gráfica : o caso da Traços Originais. 2016;
 26. Santos MA. O Modelo de Kotter: Os Profissionais e a Mudança. Universidade de Évora; 2014.
 27. Bhattacharjee, A., & Hikmet N. Physicians' Resistance toward Healthcare Information Technologies: A Dual-Factor Model. 40th Annual Hawaii International Conference on System Sciences (HICSS'07); 2007.
 28. Nascimento FP. Uma proposta metodológica para implementação de um ERP orientada à gestão de mudanças. ESAG FLORIANÓPOLIS; 2007.
 29. Francisco P, Mudanças MDEGDE. Metodologia de gestão de mudanças para apoiar a implementação e manutenção de um sistema de gestão da qualidade. Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.
 30. Rego A. A hora da mudança. Universidade de Aveiro; 2003.
 31. Martins ACO. A gestão da mudança no processo de certificação das empresas. Universidade de Aveiro; 2014.
 32. Sociological Society. Structured Interviews. Sociol Res Ski. 2010;1-4.
 33. MORTENSEN D. Thematic Analysis of User Interviews. Interaction Design Foundation; 2019.
 34. Deloitte. Saúde em análise: Uma visão para o futuro. 2011;116.
 35. Monteiro CC dos S. O Impacto dos Sistemas de Informação em Contexto Hospitalar. 2014.

Anexos

Anexo 1 - Guião de entrevista utilizado

Tabela A1 - Guião de entrevista utilizado.

Fonte: Bass, B. M., & Riggio, R. E. (2006). *Transformational leadership* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; Burnes, B. (1996). No such thing as a “one best way” to manage organizational change. *Management Decision*, 34(10), 11-18; Gamm, L., Kash, B., & Bolin, J. (2007). Organizational technologies for transforming care: Measures and strategies for pursuit of IOM quality aims. *Journal of Ambulatory Care Management*, 30(4), 291-301; Porter, M. E. (1991). Towards a dynamic theory of strategy. *Strategic Management Journal*, 12, 95-117; Kotter, J. P. (1996). *Leading change*. Boston, MA: Harvard Business School Press.

QUESTÃO

Q1	Que metodologia foi adotada na implementação do projeto SNS Sem Papel?
Q2	Em que fases foi dividida a implementação?
Q3	Existe alguém na instituição com a responsabilidade de acompanhar a implementação do projeto?
Q4	Existe alguma deliberação do Conselho de Administração sobre o projeto ou que resultou dele?
Q5	Como se tem garantido a execução deste projeto?
Q6	Quais são os principais resultados a assinalar após a implementação (nos primeiros 3, 6 e 12 meses), e o que se espera atingir futuramente?
Q7	Quais os principais obstáculos a assinalar - expectáveis e não expectáveis - no que concerne à implementação do projeto?
Q8	Que grupos profissionais foram incluídos no processo de mudança?
Q9	Como se garantiu a adesão dos grupos profissionais ao processo de mudança?
Q10	Houve profissionais estrategicamente afastados de alguma fase?
Q11	Foi dada alguma formação interna aos profissionais sobre as mudanças a implementar? (Se sim, a quem e em que modelos)
Q12	As formações e auxílio por parte da SPMS foram considerados suficientes?
Q13	Conhecem e sabem agrupar os <i>stakeholders</i> da instituição?

Anexo 2 - Entrevistas descritivas

- **Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, E.P.E.**

Q1: Que metodologia foi adotada na implementação do projeto SNS Sem Papel?

Não foi utilizada nenhuma metodologia. Até ao momento apenas foram definidas as entidades responsáveis pelo seu acompanhamento, sem papéis totalmente delineados, mas pretende-se que, posteriormente, exista formação interna aos profissionais de saúde com deliberações do CA que venham a nortear este processo de mudança.

Q2: Em que fases foi dividida a implementação?

De momento, está a iniciar-se a análise dos processos passíveis de desmaterialização.

Q3: Existe alguém na instituição com a responsabilidade de acompanhar a implementação do projeto?

Sim, sendo essa responsabilidade partilhada entre a CLIC, vogal executivo do CA e gestão de qualidade, com papéis, âmbitos de atuação e divisão de trabalhos ainda por definir. Não houve reunião até ao momento entre as partes envolvidas, mas é reconhecida a necessidade de ocorrer.

Q4: Existe alguma deliberação do Conselho de Administração sobre o projeto ou que resultou dele?

Não existe, para já, nenhuma deliberação do CA sobre o projeto ou que resultaram dele. Prevê-se, contudo, que proximamente seja feita a primeira deliberação no sentido de garantir que os novos processos abertos neste CH passem a ser digitais. Apesar desta deliberação abarcar apenas os novos processos pretende-se desmaterializar progressivamente os processos que, mesmo estando em papel, pertençam a utentes que recorram novamente a este CH.

Q5: Como se tem garantido a execução deste projeto?

A fase embrionária em que se encontra este processo de mudança não tem dado margem à monitorização da sua execução. Ainda assim, a garantia da execução ficará a cargo das entidades do CH com responsabilidade de acompanhamento do projeto, mediante reuniões

periódicas que se irão futuramente iniciar. É reconhecida a necessidade de implementar novos procedimentos, melhorar os existentes e criar iniciativas que os congreguem. No que concerne às receitas sem papel, dadas as características específicas do tipo de utentes que recebem, é referido como imprescindível a existência e impressão de um guia de tratamento.

Q6: Quais são os principais resultados a assinalar após a implementação (nos primeiros 3, 6 e 12 meses), e o que se espera atingir futuramente?

Refere-se não existirem ainda resultados a assinalar, estando apenas a iniciar-se agora a análise de processos com possível desmaterialização. Futuramente, pretende-se encontrar estratégias conjuntas na implementação desta iniciativa e na melhoria da comunicação interna ao nível do CH.

Q7: Quais os principais obstáculos a assinalar - expectáveis e não expectáveis - no que concerne à implementação do projeto?

Os principais obstáculos a assinalar são: Constrangimentos financeiros - expectável; Estrutura própria deste CH que alberga NIC, dificultando uma gestão articulada - expectável; Ligação ao Ministério da Justiça - expectável; Dificuldade na adaptação das características do CH e dos seus utentes a esta mudança. É dado o exemplo das Guias Terapêuticas, as quais, no entender dos profissionais deste CH, não poderão em fase alguma ser totalmente desmaterializadas - expectável; Existência de poucos profissionais a trabalhar na vertente informática no CH - expectável; Resistência à mudança - expectável; Dificuldades internas de comunicação - não expectável; Transição do CA - não expectável; Reduzido apoio por parte da SPMS ao nível dos sistemas de informação - não expectável.

Q8: Que grupos profissionais foram incluídos no processo de mudança?

Todos os grupos profissionais deste CH estão a ser incluídos no processo de mudança.

Q9: Como se garantiu a adesão dos grupos profissionais ao processo de mudança?

Estando a implementação desta iniciativa numa fase embrionária ainda estão a ser procuradas as melhores metodologias de garantia de adesão.

Q10: Houve profissionais estrategicamente afastados de alguma fase?

Nenhum profissional foi afastado do processo.

Q11: Foi dada alguma formação interna aos profissionais sobre as mudanças a implementar? (Se sim, a quem e em que modelos)

Internamente não houve formação aos profissionais do CH, mas é reconhecida pelos presentes essa necessidade. Por parte da SPMS, em dois meses existiram três reuniões com o CH. Nestas reuniões, não foram os mesmos profissionais a estarem presentes, o que levou à necessidade de explicação introdutória do projeto SNS Sem Papel inclusive na terceira visita.

Q12: As formações e auxílio por parte da SPMS foram considerados suficientes?

Considera-se que, sobretudo ao nível dos sistemas de informação, o auxílio e formações dadas pela SPMS não foram suficientes.

Q13: Conhecem e sabem agrupar os *stakeholders* da instituição?

Sim.

- **Centro Hospitalar Póvoa de Varzim / Vila do Conde, E.P.E.**

Q1: Que metodologia foi adotada na implementação do projeto SNS Sem Papel?

Utilizou-se a ferramenta e filosofia *Lean Healthcare*, junto com outras metodologias complementares, com o intuito de potenciar a eliminação de desperdício e criar valor acrescentado.

Procura-se, não só com a implementação deste projeto, mas com a utilização desta metodologia, obter melhorias ao nível do fluxo dos utentes, dos tempos de espera, dos tempos globais do serviço, no serviço de urgência ou nas consultas externas, da otimização dos blocos operatórios, da deslocação dos utentes e dos serviços administrativos.

Assim, para o efeito, no âmbito da consulta externa do CHPVVC, foi feita uma análise do fluxo do utente, onde foram detetados cinco vetores de melhoria, que abarcam: sinalética adequada, processo de referenciação, processos administrativos, processo de agendamento, orientação do utente, e o seu fluxo clínico.

No contexto dos blocos operatórios pretendeu-se aumentar a produtividade reduzindo custos através da eliminação do desperdício, atuando nos seguintes vetores: criação de um sistema de planeamento de cirurgias, normalização e centralização de tarefas e procedimentos, criação de mecanismos de comunicação entre médicos, enfermeiros,

administrativos e outros prestadores de saúde, simplificação de fluxos e processos entre prestadores de saúde/administrativos e utentes, e aumento da rentabilização da ocupação dos blocos operatórios.

No que concerne ao fluxo de utentes, pretendeu-se a criação de mecanismos que permitissem a comunicação de informação sem necessidade de um contacto direto constante com o utente, através de serviços de envio de mensagens a utentes, *Mobile App*, e quiosques de atendimento.

Por último, o foco de atuação dirigiu-se também junto dos Serviços Administrativos, designadamente, o Serviço de Gestão de Doentes, o Serviço de Recursos Humanos e o Serviço de Aprovisionamento e Logística, cujos objetivos específicos passavam pela descrição do circuito atual e do seu diagnóstico, definição dos vários tipos de fluxos de informação e utilização de impressos, mapeamento dos processos existentes, e identificação dos desperdícios existentes, nomeadamente, ao nível do excesso de movimentação, transporte, tempo de espera e processamento inapropriado. À luz da filosofia Lean foi criada uma proposta de correção destas vertentes.

Q2: Em que fases foi dividida a implementação?

A implementação do projeto SNS Sem Papel neste Centro Hospitalar foi dividida em quatro fases: Levantamento de processos em papel passíveis de desmaterialização; Desmaterialização e simplificação desses processos; Implementação de ferramentas eletrónicas e monitorização de indicadores.

Q3: Existe alguém na instituição com a responsabilidade de acompanhar a implementação do projeto?

Sim, sendo essa responsabilidade partilhada entre a vogal executiva do CA e os profissionais da área das Tecnologias de Informação e Comunicação.

Q4: Existe alguma deliberação do Conselho de Administração sobre o projeto ou que resultou dele?

Existem deliberações do CA sobre o projeto ou que resultaram dele, nomeadamente através da emissão de circulares normativas, implementação de ferramentas electrónicas, criação de regulamentos, redefinição de procedimentos e disponibilização de sinalética apropriada.

Q5: Como se tem garantido a execução deste projeto?

Tem-se garantido através de reuniões regulares internas, reuniões com parceiros tecnológicos e com prestadores de serviços; visitas aos serviços; formação aos vários grupos de profissionais; reporte de informação de gestão e publicação e difusão de notícias.

Q6: Quais são os principais resultados a assinalar após a implementação (nos primeiros 3, 6 e 12 meses), e o que se espera atingir futuramente?

Não foi possível obter de forma discriminada os resultados obtidos. Contudo, os principais resultados a assinalar são: 100% de requisições eletrónicas de transportes; 100% de requisições eletrónicas de MCDT ao exterior; 100% de requisições eletrónicas de análises no internamento; 100% de utilização do diário clínico na plataforma SClínico e 100% de registos eletrónicos da cirurgia de ambulatório. É feita a ressalva de que, devido a uma transição recente no CA, o elemento que foi até então o elo de ligação neste âmbito já não trabalha na instituição. Futuramente, pretende-se evoluir para 100% de desmaterialização em todos os procedimentos possíveis.

Q7: Quais os principais obstáculos a assinalar - expectáveis e não expectáveis - no que concerne à implementação do projeto?

Os principais obstáculos a assinalar são: Falta de recursos internos para gerir a mudança - expectável; Ausência de um gestor de projeto dedicado - expectável; Reduzido número de elementos do serviço de informática - expectável; Sistemas de informação obsoletos - expectável; Ausência de MCDT realizados internamente - expectável; Resistência à mudança - expectável; Transição do CA em junho de 2018 - não expectável; Pouca desmaterialização no setor financeiro devido à plataforma de faturação - não expectável.

Q8: Que grupos profissionais foram incluídos no processo de mudança?

Todos os grupos profissionais deste CH foram incluídos no processo de mudança.

Q9: Como se garantiu a adesão dos grupos profissionais ao processo de mudança?

A adesão foi incentivada através de reuniões periódicas, emissão de circulares informativas e notícias; visitas regulares aos serviços; e aposta numa relação de proximidade com o CA, pese embora uma resistência inicial à mudança.

Q10: Houve profissionais estrategicamente afastados de alguma fase?

Nenhum profissional foi afastado do processo.

Q11: Foi dada alguma formação interna aos profissionais sobre as mudanças a implementar? (Se sim, a quem e em que modelos)

Foi dada formação aos profissionais envolvidos diretamente nos processos que seriam afetados. Esta formação foi feita em sala e in loco nos serviços.

Q12: As formações e auxílio por parte da SPMS foram considerados suficientes?

As formações e auxílio por parte da SPMS foram consideradas suficientes. Considera-se, inclusivamente, que a SPMS tem sido um parceiro de enorme relevância que tem promovido contactos com outros parceiros e auxiliado o desenvolvimento da instituição.

Q13: Conhecem e sabem agrupar os *stakeholders* da instituição?

Sim.

- **Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.**

Q1: Que metodologia foi adotada na implementação do projeto SNS Sem Papel?

Na implementação desta iniciativa, usou-se o Ciclo PDCA (*Plan, Do, Check, Act*), uma ferramenta de gestão que tem como foco principal a melhoria contínua. Este ciclo tem como estágio inicial o planeamento da ação, sendo que, nesta etapa, se devem estabelecer metas e/ou identificar os constrangimentos internos e/ou externos. É também preciso analisar os fatores que possam influenciar a obtenção do resultado almejado dentro do tempo definido e identificar as suas possíveis causas, desenhando um plano de ação eficiente.

Em seguida, a CLIC deve ser célere e eficaz na concretização das ações e deve realizar todas as atividades que foram previstas e planeadas dentro do plano de ação, gerando, posteriormente, a necessidade de validação e auditoria constante (avaliar processos e resultados, confrontando-os com o planeado, com objetivos, especificações e estado desejado, consolidando as informações) das ações implementadas. Pode ser preciso tomar medidas para corrigir eventuais desvios ao planeado e corrigir problemas detetados nas avaliações e relatórios sobre os processos. Se necessário, o Coordenador CLIC deve traçar novo plano de ação para melhoria da qualidade do procedimento, visando sempre a correção máxima de falhas e o aperfeiçoamento da dinâmica da CLIC e dos processos de desmaterialização em curso. Este modelo é dinâmico.

A ULSAM envolveu-se precocemente na definição de estratégias no âmbito do ENESIS 2020 - Projeto SNS Sem Papel e desenvolveu três grandes linhas estratégicas para o seu triénio

2017-2019: a segurança; o SNS Sem Papel e a TeleSaúde/Telemedicina. Este processo exige uma gestão documental ativa e está a ser articulado com o ACES Alto Minho. A ULSAM pretende ser uma das primeiras ULS do país a atingir um nível de desmaterialização avançado com uma gestão documental adequada e a eliminação de um grande volume de processos físicos. Inicialmente, foram envolvidas as Coordenações de todas as unidades de CSP, tendo sido promovida pelo CA a primeira reunião de Governance (dez/2017) que teve um forte impacto na subida, nos seis meses seguintes, do indicador RSP (a média da região Norte era 10% e na ULSAM a média encontrava-se nos 3,15%).

Q2: Em que fases foi dividida a implementação?

A implementação do projeto SNS Sem Papel na ULSAM foi dividida em duas fases centrais:

1. Criação da CLIC: constituição e regulamentação interna;
2. Realização de visitas da CLIC aos serviços:
 - a. Diagnóstico aos processos dos serviços - identificando tudo que é passível de ser desmaterializado e entidades internas que necessitavam ser envolvidas. O Gabinete de Qualidade esteve envolvido nos levantamentos de massa documental e teve um papel essencial na identificação da tipologia de documentos a desmaterializar. Com a participação dos responsáveis de vários Serviços, conseguiram-se importantes contributos para o início da simplificação de processos, destacando-se:
 - Serviço de Aprovisionamento - acesso aos consumos de papel, de forma a enquadrar a CLIC na monitorização deste indicador;
 - Serviços Farmacêuticos - identificação de processos de prescrição de medicamentos em suporte físico;
 - Área de Imagiologia;
 - Gestão de MCDT;
 - Serviço de Nutrição;
 - Saúde Pública.
 - b. Desenho do Plano de Implementação - através de entrevistas, *workshops* e sessões dinâmicas;
 - c. Desenho do Plano de Gestão da Mudança - Envolvimento de *stakeholders* no processo de mudança;
 - d. Alinhamento de estratégias para a reorganização de processos por forma a criar um ambiente desmaterializado, simplificado, integrado, seguro e em consonância com as expectativas dos *stakeholders*;

e. Desenvolvimento de Plataforma de suporte à atividade da CLIC, com possibilidade de Monitorização de Indicadores de Informatização Clínica.

Q3: Existe alguém na instituição com a responsabilidade de acompanhar a implementação do projeto?

Sim, é responsabilidade da CLIC e CA.

Q4: Existe alguma deliberação do Conselho de Administração sobre o projeto ou que resultou dele?

Existem deliberações do CA sobre o projeto ou que resultaram dele, nomeadamente no que concerne à nomeação dos elementos da CLIC, aprovação do seu regulamento interno, redefinição de procedimentos e disponibilização de auxílio apropriado.

Q5: Como se tem garantido a execução deste projeto?

Monitorização regular, reuniões periódicas, formações e registo das atividades de gestão no portefólio ENESIS a cargo da SPMS. A CLIC do ULSAM, logo após a sua constituição, realizou reuniões mensais e visitas de levantamento de processos dirigidas a Serviços Clínicos e Administrativos nos seus seis primeiros meses de vida.

Q6: Quais são os principais resultados a assinalar após a implementação (nos primeiros 3, 6 e 12 meses), e o que se espera atingir futuramente?

Não foi possível obter de forma discriminada os resultados obtidos. Contudo, os principais resultados a assinalar foram o desenho de novos workflows, com envolvimento dos vários profissionais no projeto, e obtenção de registos eletrónicos no hospital de dia. O grande objetivo da instituição passa pela obtenção de um nível de maturidade digital superior através da certificação HIMSS.

Q7: Quais os principais obstáculos a assinalar - expectáveis e não expectáveis - no que concerne à implementação do projeto?

Os principais obstáculos a assinalar são: Constrangimentos financeiros - expectável; Equipamentos informáticos obsoletos - expectável; Falta de recursos humanos - expectável; Resistência à mudança - expectável; Reduzida literacia em saúde e características demográficas da população do alto minho - expectável; Dificuldades / falhas nos sistemas de informação utilizados - não expectável.

Q8: Que grupos profissionais foram incluídos no processo de mudança?

Todos os grupos profissionais deste CH estão a ser incluídos no processo de mudança, havendo uma participação transversal. Salienta-se que o maior impulso vem do CA desta entidade, o que lhe confere uma preocupação em se tornar rapidamente uma ULS desmaterializada a um nível sem precedentes.

Q9: Como se garantiu a adesão dos grupos profissionais ao processo de mudança?

A adesão foi incentivada através de monitorização adequada, reuniões periódicas, formações, visitas regulares aos serviços e aposta numa relação de proximidade com o CA.

Q10: Houve profissionais estrategicamente afastados de alguma fase?

Sim, houve profissionais reposicionados por proposta da CLIC ao CA.

Q11: Foi dada alguma formação interna aos profissionais sobre as mudanças a implementar? (Se sim, a quem e em que modelos)

A SPMS forneceu formação aos colaboradores da ULSAM que, através de formações internas, chegaram aos restantes profissionais. Estas formações são articuladas com a área/serviços afetos, garantindo-se uma consultoria constante. Esta formação foi feita em sala e in loco nos serviços.

Q12: As formações e auxílio por parte da SPMS foram considerados suficientes?

Considera-se que, sobretudo ao nível dos sistemas de informação, o auxílio e formações dadas pela SPMS podem ser potenciadas. Como exemplo, referem-se as atualizações do SClínico, para as quais são feitos e enviados manuais pela SPMS à ULSAM com pouca antecedência, impedindo que possa haver formação interna ou uma correta e prévia difusão de informação aos colaboradores. Desta forma, considera-se benéfico que possa existir uma maior antecedência ou até um período de transição.

Q13: Conhecem e sabem agrupar os *stakeholders* da instituição?

Sim.

- **Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.**

Q1: Que metodologia foi adotada na implementação do projeto SNS Sem Papel?

Considera-se que não existe metodologia implementada.

Q2: Em que fases foi dividida a implementação?

A implementação do projeto SNS Sem Papel na ULSG foi dividida em três fases centrais: Diagnóstico diferencial das necessidades em termos de desmaterialização; Redação e envio de propostas de priorização de desmaterialização ao CA e contacto com *stakeholders* e entidades externas.

Q3: Existe alguém na instituição com a responsabilidade de acompanhar a implementação do projeto?

Sim, os Serviços Informáticos e o CA. Pese embora exista CLIC a nível desta ULSG, a mesma funciona de forma informal não assumindo uma função clara no projeto.

Q4: Existe alguma deliberação do Conselho de Administração sobre o projeto ou que resultou dele?

Sim, existem deliberações do CA no que concerne a processos desmaterializados.

Q5: Como se tem garantido a execução deste projeto?

A execução do projeto tem-se garantido através da análise das dificuldades aquando da visita aos serviços por parte dos serviços informáticos. Ao nível das receitas sem papel, considera-se que a impressão de guias de tratamento deve ser opção do médico e do seu utente, pelo que se refere que uma receita deve considerar-se totalmente desmaterializada mesmo com a impressão de guia de tratamento.

Q6: Quais são os principais resultados a assinalar após a implementação (nos primeiros 3, 6 e 12 meses), e o que se espera atingir futuramente?

Não foi possível obter de forma discriminada os resultados obtidos. Contudo, como principais resultados até ao momento assinalam-se a diminuição do volume de papel utilizado; a criação do gabinete de gestão documental e simplificação de processos; a

desmaterialização das requisições; a desmaterialização das folhas de ponto e escalas de serviço; inserção totalmente eletrónica de exames e análises realizados dentro da instituição no processo clínico do doente e obtenção dos resultados de exames de anatomia patológica realizados no exterior de forma eletrónica. Pretende-se, futuramente, implementar um projeto de gestão documental em toda a instituição, facilitando a desmaterialização de áreas com elevado consumo de papel na instituição.

Q7: Quais os principais obstáculos a assinalar - expectáveis e não expectáveis - no que concerne à implementação do projeto?

Os principais obstáculos a assinalar são: Constrangimentos financeiros - expectável; Equipamentos informáticos obsoletos - expectável; Falta de recursos humanos - expectável; Resistência à mudança - expectável; Reduzida literacia em saúde - expectável; Contexto geográfico e demográfico da ULSG - expectável; Reduzida largura de banda - não expectável; Dificuldades / falhas nos sistemas de informação utilizados- não expectável; Parca integração entre os sistemas de informação utilizados - não expectável; Dificuldades na obtenção de auxílio através da helpdesk - não expectável.

Q8: Que grupos profissionais foram incluídos no processo de mudança?

Todos os grupos profissionais da ULSG foram incluídos no processo de mudança.

Q9: Como se garantiu a adesão dos grupos profissionais ao processo de mudança?

Não há mecanismos concretos para garantir a adesão dos grupos profissionais.

Q10: Houve profissionais estrategicamente afastados de alguma fase?

Não houve profissionais estrategicamente afastados.

Q11: Foi dada alguma formação interna aos profissionais sobre as mudanças a implementar? (Se sim, a quem e em que modelos)

Sim, foi dada formação aos profissionais sobre as mudanças a implementar. Estas formações estão maioritariamente a cargo dos serviços informáticos e decorrem no início da desmaterialização de um novo processo para os profissionais afetos a essa mudança. Existe também um gabinete de ensino e formação que é responsável pela vertente formativa dos vários grupos profissionais.

Q12: As formações e auxílio por parte da SPMS foram considerados suficientes?

As formações e auxílio por parte da SPMS não foram considerados suficientes, destacando-se a ausência de resposta atempada através da helpdesk e o facto de não ter existido, até à data da entrevista, uma visita à instituição com o intuito transversal de levantar necessidades.

Q13: Conhecem e sabem agrupar os *stakeholders* da instituição?

Sim.