



Nélia Cristina Lopes Filipe

# AUSTERIDADE E MUDANÇA DE LÓGICAS NA GESTÃO DO DESEMPENHO HUMANO

BEM-ESTAR PSICOLÓGICO, LIDERANÇA E COORDENAÇÃO RELACIONAL EM HOSPITAIS PÚBLICOS

Tese de doutoramento em Gestão de Empresas, especialização em Gestão e Pessoas,  
orientada pela Prof. Doutora Teresa Carla Trigo de Oliveira  
e apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

Agosto de 2017



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Nélia Cristina Lopes Filipe

# Austeridade e mudança de lógicas na gestão do desempenho humano

Bem-estar psicológico, liderança e coordenação relacional em  
hospitais públicos

Tese de Doutoramento em Gestão de Empresas, especialização em  
Gestão e Pessoas, apresentada à Faculdade de Economia da  
Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Doutor

Orientador: Prof. Doutora Teresa Carla Trigo de Oliveira

Coimbra, 2017



*Aos meus pais, por continuarem a trilhar os meus passos.  
À minha filha, por me revelar a certeza do caminho percorrido.*

DEDICO



## AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que, de forma permanente ou pontual, se envolveram com o propósito desta tese e se cruzaram com os desígnios do percurso de aprendizagem trilhado, gostaria de expressar os meus sinceros agradecimentos.

À minha orientadora, Prof. Doutora Teresa Carla Trigo de Oliveira. Este é um agradecimento profundamente sentido, desculpem-me os restantes pela primazia que lhes subtraio. Pela generosidade com que partilhou dados, conhecimento e literatura, pelo incentivo e presença constantes. Por me ter feito experienciar que a autonomia nos liberta a capacidade criativa e permite desenvolver uma individualidade independente, sedimentar o envolvimento, a autoconfiança e o bem-estar psicológico. Todas as palavras que conheço não fazem justiça ao que representou em todos os percursos percorridos, profissionais, académicos e, particularmente, o dos afetos positivos. Obrigada.

À minha filha e aos meus pais, pela força que em mim projetaram, pelo apoio, estímulo, interesse e paciência que demonstraram e que, reconhecidamente, considero terem sido penalizados na atenção e no convívio, que tanto merecem. Com vocês e por vocês, tudo fez mais sentido. Obrigada.

Ao Prof. Stuart Holland, pelas palavras amigas, pelos generosos, pertinentes e preciosos comentários, sugestões e contributos que em muito enriqueceram este trabalho, bem como todas as comunicações e publicações que dele derivaram. Obrigada.

À Isabel e ao Marco, pelo encorajamento e apoio constantes, pela energia positiva que me transmitiram e pelas palavras sempre tão amigas e acolhedoras. A todos os familiares, amigos, colegas e professores que, de algum modo, se envolveram com os propósitos deste trabalho. Obrigada por terem estado presentes.

A todos os profissionais do Centro Hospitalar que participaram neste estudo, pela forma entusiasta com que se envolveram na partilha de dados e pela relevância das declarações que prestaram. Ao Francisco, pela generosa e fundamental contribuição no processo de tratamento dos dados e pela partilha permanente de literatura. Obrigada.



'Organizations are the people in them; people make the place'

Schneider, 1987, p. 450

'A haver alguma paz, ela provirá do ser, não do ter'

Henry Miller, 1891-1980





# RESUMO

**Enquadramento.** Nas últimas duas décadas, em vários países da Zona Euro, o setor público tem sido sujeito a grandes exigências de reestruturação. Com a introdução dos princípios da Nova Gestão Pública (NGP) foram tomadas medidas para introduzir modelos de governação e gestão nas organizações de serviços públicos, especialmente do setor da saúde, em linhas semelhantes aos modelos empresariais do setor privado. Uma das principais medidas consistiu na redefinição do desempenho organizacional em termos de novos critérios de gestão, com o objetivo de aumentar o controlo sobre a eficiência económica. Inicialmente introduzido no Reino Unido, esse controlo foi reforçado em vários países da Zona Euro, tais como Portugal, por pressão institucional sobre os governos por parte da *Troika* (i.e., Banco Central Europeu, Comissão Europeia e Fundo Monetário Internacional), através de medidas de austeridade.

No setor da saúde, estas reformas têm sido altamente controversas não só em termos de eficiência económica (desempenho), mas também de eficiência social (bem-estar psicológico dos trabalhadores, satisfação dos utilizadores e expectativas sociais). As políticas da NGP têm sido profundamente criticadas pelo facto de imporem a coordenação e o cumprimento *top-down*, com pouca preocupação em aprender com os trabalhadores sobre o que ‘funciona bem’, ‘menos bem’ ou o que é contraproducente nos níveis operacionais. O resultado tem sido uma quebra percebida da coordenação relacional e do contrato psicológico entre os trabalhadores e os governos.

**Objetivos.** Avaliar as relações de trabalho que inibem ou melhoram o elevado desempenho e o bem-estar psicológico em organizações complexas, tais como as do setor da saúde. Analisar, em equipas multidisciplinares, as dinâmicas subjacentes à coordenação relacional, à liderança transacional (orientada para as tarefas) e à liderança transformacional (orientada para as relações). Esclarecer os princípios da relação de troca líder-membro (*leader-member exchange – LMX*), identificando a importância de coordenar relacionamentos múltiplos em diferentes níveis e domínios. Tudo isto para a reconciliação da eficiência económica com a eficiência social na gestão hospitalar ao nível macro (institucional), meso (organizacional) e micro (operacional) e nos domínios clínico, científico, tecnológico e político-de gestão.

**Metodologia.** No sentido de facilitar uma abordagem compreensiva sobre a complexidade da natureza do contrato psicológico nas reformas da gestão hospitalar, faz-se uso de uma

metodologia qualitativa, longitudinal e *multi-foci*, na perspetiva da *grounded theory approach*. O estudo de caso foi realizado num hospital universitário Europeu e os dados foram recolhidos entre 2010 e 2015, através de entrevistas individuais áudio gravadas e semiestruturadas, com uma duração média de quarenta e cinco minutos, com cinquenta e dois (N=52) profissionais e gestores de saúde. Destes, quarenta e seis (n=46) são médicos como gestores (dos quais: 31 de nível operacional e 15 de nível organizacional), três (n=3) são enfermeiros (2 de nível operacional e 1 de nível organizacional) e três (n=3) são gestores (de nível organizacional). Análise de conteúdo, através de um novo sistema de códigos de análise, com recurso ao *software* MAXQDA®.

**Resultados.** Os resultados do estudo de caso informam sobre a importância da coordenação relacional e do contrato psicológico para a gestão de organizações complexas. Este contrato poderá ser colocado em causa se as exigências transacionais para o desempenho, em termos de eficiência económica, comprometerem o que os trabalhadores consideram ser importante em termos de eficiência social para a qualidade dos serviços prestados, comprometendo também os seus próprios valores, como foi considerado o caso das exigências das políticas da NGP impostas em Portugal, reforçadas pela *Troika* num clima de austeridade, no período de 2010 a 2015.

**Implicações.** Os resultados indicam que a coordenação relacional efetiva – e a aprendizagem – entre unidades e serviços, é compreendida e foi procurada pelos trabalhadores como gestores, mas comprometida pela intensidade das pressões para a eficiência económica, em termos da rapidez do serviço prestado (e.g., saída dos doentes) e pela fusão de organizações (e.g., hospitais) e serviços, sem a devida consulta. Os resultados sugerem a necessidade de ampliar a coordenação relacional da ligação horizontal entre unidades e serviços, para a ligação vertical *base-up*, com suficiente autoridade para os gestores operacionais ‘se fazerem ouvir’ em níveis superiores, sobre a medida em que as pressões para a eficiência económica comprometem a eficiência social na prestação dos serviços aos pacientes e o bem-estar dos trabalhadores, bem como permitir um maior grau de autonomia relativa para esses gestores, como líderes ao nível operacional, para decidirem sobre como implementar a mudança.

**Palavras-Chave.** Desempenho, contrato psicológico, coordenação relacional, austeridade, lógicas, hospitais públicos.

# ABSTRACT

**Framework.** Over the last two decades, in several countries of the Eurozone, the public sector has been subject to major demands for restructuring. With the introduction of principles of New Public Management (NPM), steps were taken to introduce models of governance and management of public service organisations, especially those of the health sector, on lines similar to entrepreneurial models in the private sector. One of the main measures was the redefinition of organizational performance in terms of new management criteria, with the aim of strengthening control over economic efficiency. Introduced initially in the United Kingdom, this control was reinforced in several countries of the Eurozone, such as Portugal, by institutional pressure on governments from the Troika (i.e., European Central Bank, European Commission and International Monetary Fund), for austerity measures.

In the health sector, such reforms have been highly controversial not only in terms of economic efficiency (performance) but also social efficiency (psychological well-being of employees, user satisfaction and social expectations). NPM policies have been subject to extensive criticism for the fact that they impose coordination and compliance top-down with little concern to learn up from employees of what is working well, less well or is counter-productive at operational levels. The outcome has been a perceived breach of relational coordination and psychological contract between employees and governments.

**Objectives.** To evaluate work relationships that either inhibit or enhance high performance and psychological well-being in complex organizations, such as those of the health sector. To analyse, in multidisciplinary teams, the underlying dynamics of relational coordination, transactional leadership (task oriented) and transformational leadership (relationship oriented). To inform leader-member exchange (LMX) principles, identifying the importance of coordinating multiple relationships at varying levels and domains. All this to reconcile economic and social efficiency in hospital management at macro institutional, meso organisational and micro operational levels and clinical, scientific, technological, and management domains.

**Methodology.** In order to facilitate a comprehensive approach to the complexity of the nature of the psychological contract in reforms of hospitals management, a qualitative, longitudinal and multi-foci methodology, from the perspective of the grounded theory approach, is used. The case study was conducted in an European university hospital and data were collected

between 2010 and 2015 through individual audio recorded and semi-structured interviews, with an average duration of forty-five minutes, with fifty two (N=52) professionals and health managers: forty-six (n=46) doctors as managers (of which: 31 operational level and 15 organizational level), three (n=3) nurses (2 operational level and 1 organizational level) and three (n=3) managers (organizational level). Content analysis, through a new system of analysis codes, using MAXQDA<sup>®</sup> software.

**Results.** The results of the case study inform about the importance of relational coordination and the psychological contract for complex organizations management. Such a contract may be thrown into question if transactional demands for performance in terms of economic efficiency compromise what employees deem to be important in terms of social efficiency in the quality of services that they can give to the public and their own professional values, as was found to be the case in terms of the demands from NPM policies demanded in Portugal, reinforced by *Troika* in a climate of austerity, over the period from 2010 to 2015.

**Implications.** The findings indicate that effective relational coordination – and learning – between units and services is understood and was sought by employees as managers but compromised by the intensity of pressures for economic efficiency in terms of speeding the service provided (e.g., turnover of patients) and by the merger of organisations (e.g., hospitals) and services, without due consultation. The results suggest the need to widen relational coordination from horizontal liaison between units and services to base-up voice, with sufficient authority for operational managers to register at higher levels the degree to which pressures for economic efficiency compromise social efficiency in providing service to patients and the well-being of employees, as well as to allow a higher degree of relative autonomy for them as leaders at operational levels in deciding how to implement change.

**Key words.** Performance, psychological contract, relational coordination, austerity, logics, public hospitals.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Domínios de lógicas de gestão: institucional, organizacional e operacional .....	2
Figura 2 – Lógicas operacionais, práticas políticas-de gestão e resultados .....	3
Figura 3 – Contrato psicológico (itens publicados e citações por ano).....	5
Figura 4 – Liderança e coordenação relacional em hospitais públicos: o papel do gestor .....	8
Figura 5 – A ligação entre a GRH e o desempenho organizacional.....	10
Figura 6 – Ligações na relação GRH, bem-estar e desempenho organizacional.....	11
Figura 7 – Coordenação relacional (itens publicados e citações por ano).....	12
Figura 8 – Liderança transacional e transformacional (itens publicados e citações por ano) .....	13
Figura 9 – Liderança LMX (itens publicados e citações por ano) .....	14
Figura 10 – Indicadores de excelência organizacional no setor público .....	53
Figura 11 – Modelo de causalidade da GRH e desempenho .....	81
Figura 12 – Relação de troca no contrato psicológico .....	92
Figura 13 – Fases da transição organizacional .....	122
Figura 14 – Processo de mudança organizacional: ‘modelo dos 4I’ .....	130
Figura 15 – Fases do processo de implementação de novas práticas .....	131
Figura 16 – Interpretação da cultura organizacional .....	135
Figura 17 – Reforço mútuo entre as dimensões da coordenação relacional.....	161
Figura 18 – Confrontos inter-práticas .....	175
Figura 19 – Confrontos intra-práticas .....	175
Figura 20 – Lógicas, práticas e desafios de reconciliação e coordenação .....	178
Figura 21 – Elevado desempenho e bem-estar psicológico em hospitais .....	179
Figura 22 – Mudança de lógicas, práticas e resultados.....	182
Figura 23 – Austeridade e mudança de lógicas de gestão do desempenho em hospitais: desafios de reconciliação .....	183
Figura 24 – Modelo de análise do papel do gestor para a gestão do contrato psicológico .....	184
Figura 25 – HPWS, coordenação relacional e elevado desempenho (em hospitais).....	191
Figura 26 – Modelo de análise para o bem-estar psicológico através da liderança e da coordenação relacional.....	193
Figura 27 – Indicadores de eficiência económica e eficiência social (Fase 1, em %).....	229
Figura 28 – Eficiência social e eficiência económica (Fase 1, em %).....	230
Figura 29 – Contrato psicológico (incentivos do empregador) (Fase 1, em %).....	234
Figura 30 – Contrato psicológico (contributos do empregado) (Fase 1, em %).....	239
Figura 31 – Liderança transformacional e transacional (1) (Fase 1, em %) .....	243
Figura 32 – Liderança transformacional e transacional (2) (Fase 1, em %) .....	244
Figura 33 – Eficiência económica e eficiência social (Fase 1 e Fase 2, em %).....	254
Figura 34 – Domínios de lógicas (1) (Fase 1 e Fase 2, em %) .....	254
Figura 35 – Domínios de lógicas (2) (Acumulado Fase 2, por posição, em %) .....	255
Figura 36 – Atribuições da mudança de lógicas (1) (Acumulado Fase 2, em % por lógicas).....	259
Figura 37 – Atribuições da mudança de lógicas (2) (Acumulado Fase 2, em % do total de atribuições) .....	260
Figura 38 – Atribuições da mudança de lógicas (3) (Fase 1 e Fase 2, em %) .....	261
Figura 39 – Atribuições da mudança de lógicas (4) (Acumulado Fase 2, por posição, em %) .....	262
Figura 40 – Relevância dos domínios de práticas (1) (Fase 1 e Fase 2, em %).....	265

Figura 41 – Relevância dos domínios de práticas (2) (Acumulado Fase 2, por posição, em %).....	266
Figura 42 – Atribuições da mudança de práticas (1) (Acumulado Fase 2, em %) .....	268
Figura 43 – Atribuições da mudança de práticas (2) (Acumulado Fase 2, em %) .....	269
Figura 44 – Atribuições da mudança de práticas (3) (Fase 1 e Fase 2, em %).....	270
Figura 45 – Atribuições da mudança de práticas (4) (Acumulado Fase 2, por posição, em %).....	271
Figura 46 – Domínios de práticas e confrontos intra-práticas (Fase 1 e Fase 2, em %).....	276
Figura 47 – Confrontos intra-práticas (Acumulado Fase 2, em %).....	277
Figura 48 – Confrontos inter-práticas (1) (Fase 1 e Fase 2, em %).....	284
Figura 49 – Confrontos inter-práticas (2) (Acumulado Fase 2, por posição, em %).....	285
Figura 50 – Bem-estar psicológico eudemónico e hedónico (1) (Fase 1 e Fase 2, em %).....	297
Figura 51 – Bem-estar psicológico eudemónico e hedónico (2) (Fase 1 e Fase 2, em %).....	298
Figura 52 – Incentivos do empregador (1) (Fase 1 e Fase 2, em %).....	301
Figura 53 – Incentivos do empregador (2) (Acumulado Fase 2, em %).....	301
Figura 54 – Contributos do empregado (1) (Fase 1 e Fase 2, em %).....	302
Figura 55 – Contributos do empregado (2) (Acumulado Fase 2, em %) .....	302
Figura 56 – Coordenação relacional (1) (Acumulado Fase 2, em %) .....	303
Figura 57 – Coordenação relacional (2) (Fase 1 e Fase 2, em %) .....	304
Figura 58 – Liderança transformacional e transaccional (1) (Fase 1 e Fase 2, em %).....	310
Figura 59 – Liderança transformacional e transaccional (2) (Acumulado Fase 2, por posição, em %) .....	310
Figura 60 – Incentivos do empregador (1) (Fase 1, Fase 2 e Fase 3, em %).....	319
Figura 61 – Incentivos do empregador (2) (Fase 3 Acumulado, em %).....	319
Figura 62 – Contributos do empregado (1) (Fase 1, Fase 2 e Fase 3, em %).....	320
Figura 63 – Contributos do empregado (2) (Fase 3 Acumulado, em %) .....	320
Figura 64 – Coordenação relacional (1) (Fase 1, Fase 2 e Fase 3, em %) .....	321
Figura 65 – Coordenação relacional (2) (Acumulado Fase 3, em %).....	322
Figura 66 – Coordenação relacional (2) (Acumulado Fase 3, por posição, em %) .....	322
Figura 67 – Liderança transformacional e liderança transaccional (1) (Fases 1, 2 e 3, em %) .....	325
Figura 68 – Liderança transformacional e liderança transaccional (2) (Acumulado Fase 3, em %) .....	325
Figura 69 – Modelo de gestão hospitalar para uma coordenação relacional efetiva.....	356
Figura 70 – Modelo integrativo de gestão do desempenho humano.....	372

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Características de ‘boa governação’ .....	48
Quadro 2 – Princípios subjacentes à Nova Governação Pública.....	49
Quadro 3 – Princípios subjacentes ao ‘Novo Serviço Público’ .....	51
Quadro 4 – Bem-estar psicológico hedónico e eudemónico: distinção.....	61
Quadro 5 – Indicadores de desempenho – abordagens KAS e VBP.....	64
Quadro 6 – Perspetivas de ‘melhor ajustamento’ da GRH .....	73
Quadro 7 – Relação de emprego: incentivos do empregador e contributos do empregado.....	90
Quadro 8 – Relação de emprego: promessas implícitas.....	90
Quadro 9 – Contrato psicológico transacional e contrato psicológico relacional: diferenças.....	96
Quadro 10 – Interações entre os empregados e a organização .....	116
Quadro 11 – Métodos de aculturação .....	137
Quadro 12 – Componentes centrais do fenómeno da liderança.....	141
Quadro 13 – Liderança transacional e liderança transformacional .....	144
Quadro 14 – Dimensões da coordenação relacional .....	159
Quadro 15 – Domínios de práticas em hospitais universitários públicos .....	174
Quadro 16 – Diferenças entre pesquisa qualitativa e pesquisa quantitativa .....	201
Quadro 17 – Entrevistas: fases, unidades e responsabilidades .....	207
Quadro 18 – Sistema de códigos de análise (1) .....	213
Quadro 19 – Sistema de códigos de análise (2) .....	214
Quadro 20 – Definições operacionais do código de análise .....	214
Quadro 21 – Tipos de codificação: open coding, axial coding e selective coding.....	223
Quadro 22 – Bem-estar psicológico (eficiência social): discursos ilustrativos (Fase 1) .....	231
Quadro 23 – Desempenho (eficiência económica): discursos ilustrativos (Fase 1).....	232
Quadro 24 – Contrato psicológico (incentivos do empregador): discursos ilustrativos (Fase 1) ..	235
Quadro 25 – Contrato psicológico (contributos do empregado): discursos ilustrativos (Fase 1)..	241
Quadro 26 – Liderança transformacional e transacional: discursos ilustrativos (Fase 1).....	244
Quadro 27 – Domínios de lógicas: discursos ilustrativos (Fase 1 e Fase 2) .....	258
Quadro 28 – Mudança de lógicas e atribuições: discursos ilustrativos (Fase 1 e Fase 2).....	262
Quadro 29 – Domínios de práticas: discursos ilustrativos (Fase 1 e Fase 2).....	267
Quadro 30 – Atribuições da mudança de práticas: discursos ilustrativos (Fase 1 e Fase 2).....	272
Quadro 31 – Confrontos intra-práticas: discursos ilustrativos (Fase 1 e Fase 2).....	283
Quadro 32 – Confrontos inter-práticas: discursos ilustrativos (Fase 1 e Fase 2).....	292
Quadro 33 – Coordenação relacional: discursos ilustrativos (Fase 1 e Fase 2) .....	305





## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACAS	Advisory, Conciliation, and Arbitration Service
AGI	Área de Gestão Integrada
CWB	Counterproductive Work Behavior
CRI	Centro de Responsabilidade Integrado
EFQM	European Foundation for Quality Management
ELMX	Economic Leader-Member Exchange
ESCUN	The Economic and Social Commission of United Nations
EUA	Estados Unidos da América
GERH	Gestão Estratégica de Recursos Humanos
GQT	Gestão pela Qualidade Total
GRH	Gestão de Recursos Humanos
HCWS	High Commitment Work Systems
HIWS	High Involvement Work Systems
HPWS	High Performance Work Systems
KAS	Knowledge, Abilities, and Skills
LMX	Leader-Member eXchange
NGP	Nova Gestão Pública
NHS	National Health Service
OCB	Organizational Citizenship Behavior
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OIT	International Labour Organization
PIDESC	Pacto Internacional dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais
POS	Perceived Organisational Support
RH	Recursos Humanos
SIADAP	Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho da Administração Pública
SLMX	Social Leader-Member Exchange
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UGI	Unidade de Gestão Intermédia
UNESC	The United Nations Economic and Social Council
VBP	Values, Beliefs, and Personality



# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>PARTE I</b> .....	<b>21</b>
<b>CAPÍTULO I</b> .....	<b>23</b>
<b>AUSTERIDADE E MUDANÇA DE LÓGICAS, CONTRATO SOCIAL, GESTÃO DO DESEMPENHO HUMANO E CONTRATO PSICOLÓGICO</b> .....	<b>23</b>
1.1. AUSTERIDADE, CONTRATO SOCIAL E MUDANÇA DE LÓGICAS DE GESTÃO NO SETOR PÚBLICO .....	26
<i>Crise financeira de 2008 e austeridade na Zona Euro</i> .....	26
<i>O ‘estado da natureza’ e a ‘teoria do contrato social’</i> .....	27
<i>Lógicas institucionais, organizacionais e operacionais</i> .....	33
<i>Nova Gestão Pública e mudança de lógicas</i> .....	36
<i>Uma economia de serviços e conhecimento</i> .....	41
<i>Nova Governação Pública e Novo Serviço Público</i> .....	44
1.2. GESTÃO DO DESEMPENHO NO SÉCULO XXI: PRÁTICAS DE GRH, SISTEMAS DE TRABALHO E BEM-ESTAR PSICOLÓGICO ..	52
<i>Desempenho, recursos e vantagens competitivas sustentáveis</i> .....	52
<i>Trabalho digno, bem-estar psicológico e ‘valor dos RH’</i> .....	57
<i>Gestão de RH e gestão do desempenho humano</i> .....	63
<i>O estudo da relação GRH-desempenho</i> .....	68
<i>Práticas de gestão de RH e sistemas de trabalho</i> .....	72
<i>Processos, percepções, interpretações e atribuições das práticas de gestão de RH</i> .....	78
<i>O processo de implementação da GRH: o papel dos gestores</i> .....	82
1.3. EXPECTATIVAS NA RELAÇÃO DE EMPREGO E CONTRATO PSICOLÓGICO.....	86
<i>Mudanças nas relações de emprego</i> .....	86
<i>Expectativas, incentivos e contributos na relação de emprego</i> .....	88
<i>Contrato psicológico e obrigações recíprocas</i> .....	90
<i>Reciprocidade e troca na relação de emprego</i> .....	93
<i>Contrato psicológico: transacional, relacional e balanceado</i> .....	95
<i>O representante da organização e a teoria da agência</i> .....	98
SÍNTESE CONCLUSIVA.....	100
<b>CAPÍTULO II</b> .....	<b>105</b>
<b>GESTÃO DA MUDANÇA, TRANSIÇÃO, COORDENAÇÃO RELACIONAL E LIDERANÇA</b> .....	<b>105</b>
2.1. GESTÃO DA MUDANÇA, TRANSIÇÃO E APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL .....	107
<i>A heterogeneidade da mudança</i> .....	107
<i>Gestão da mudança: planeada e emergente</i> .....	110
<i>A resistência à mudança e as emoções</i> .....	114
<i>Quebra do contrato psicológico</i> .....	116
<i>Transição organizacional</i> .....	119
<i>Desenvolvimento organizacional</i> .....	122
<i>Aprendizagem organizacional</i> .....	124
<i>Institucionalização da aprendizagem</i> .....	129
<i>Mudança, liderança e aculturação</i> .....	132
2.2. LIDERANÇA TRANSFORMACIONAL E LMX (TROCA LÍDER-MEMBRO).....	137
<i>Gestão e liderança da mudança</i> .....	137
<i>Liderança, líderes e seguidores</i> .....	140
<i>Liderança transformacional e transacional</i> .....	142
<i>A teoria da troca líder-membro (LMX)</i> .....	147
<i>Acordos idiossincráticos (I-deals) e LMX</i> .....	152
2.3. INTERAÇÕES DE TRABALHO E COORDENAÇÃO RELACIONAL.....	156

<i>Dinâmicas relacionais e a teoria da coordenação relacional</i> .....	156
<i>Dimensões da coordenação relacional</i> .....	158
<i>Coordenação entre papéis e reforço mútuo</i> .....	160
SÍNTESE CONCLUSIVA .....	162
<b>CAPÍTULO III</b> .....	<b>167</b>
<b>MODELOS DE ANÁLISE DE GESTÃO DO DESEMPENHO HUMANO EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS PÚBLICOS</b> .....	<b>167</b>
3.1. MUDANÇA DE LÓGICAS EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS PÚBLICOS E DESAFIOS DE GESTÃO .....	168
<i>Lógicas da nova natureza da gestão pública hospitalar</i> .....	168
<i>Domínios de práticas, confrontos múltiplos e relações de trabalho</i> .....	174
<i>Contrato psicológico e elevado desempenho em hospitais públicos</i> .....	178
3.2. DESAFIOS DE RECONCILIAÇÃO: LIDERANÇA E COORDENAÇÃO RELACIONAL .....	181
<i>Desafios de reconciliação de lógicas, práticas e resultados em hospitais</i> .....	181
<i>Bem-estar psicológico, liderança e coordenação relacional em tempos de austeridade</i> .....	192
SÍNTESE CONCLUSIVA .....	195
<b>PARTE II</b> .....	<b>197</b>
<b>CAPÍTULO IV</b> .....	<b>199</b>
<b>ESTUDO DE CASO EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS PÚBLICOS</b> .....	<b>199</b>
4.1. RECOLHA, TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....	200
<i>Escolha da abordagem metodológica: justificação</i> .....	200
<i>Grounded theory approach</i> .....	202
<i>Contexto de investigação e unidade de análise</i> .....	204
<i>Amostra e recolha de dados: entrevistas individuais semi-estruturadas</i> .....	207
<i>Requisitos éticos e protocolo de entrevista</i> .....	208
<i>Procedimento científico, validade e confiabilidade</i> .....	209
<i>Sistema de códigos de análise e definições operacionais</i> .....	212
<i>Tratamento e codificação dos dados</i> .....	221
<i>Organização e estruturação dos dados: MAXQDA®</i> .....	222
<i>Guião das entrevistas</i> .....	223
4.2. RESULTADOS DAS ENTREVISTAS .....	226
<i>Resultados da fase 1 (2010/2011) – após reorganização interna</i> .....	226
Desempenho: eficiência económica e eficiência social .....	227
Gestão do contrato psicológico .....	233
Gestão híbrida, liderança transformacional e transaccional .....	242
Coordenação relacional .....	246
<i>Resultados da fase 2 (2012/2013) – implementação da fusão</i> .....	248
Mudança de lógicas .....	250
Mudança de práticas .....	264
Confrontos e desafios de gestão .....	275
Gestão do contrato psicológico .....	294
Coordenação relacional .....	302
Liderança transformacional e transaccional .....	310
Modelo de gestão hospitalar .....	312
<i>Resultados da fase 3 (2014/2015) – acomodação da fusão</i> .....	315
Excelente desempenho humano .....	316
Atração e retenção de RH .....	317
Coordenação relacional .....	321
Liderança transaccional e transformacional .....	323
Modelo de gestão .....	325
SÍNTESE CONCLUSIVA .....	326
<b>CAPÍTULO V</b> .....	<b>329</b>
<b>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES</b> .....	<b>329</b>
5.1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	329

<i>A importância da reconciliação da eficiência económica com a eficiência social.....</i>	<i>329</i>
<i>Os impactos das mudanças sobre o desempenho humano .....</i>	<i>335</i>
<i>Os desafios das barreiras intra-práticas e inter-práticas e as atribuições da mudança de lógicas e práticas .....</i>	<i>339</i>
<i>A gestão do contrato psicológico como prática de GRH efetiva .....</i>	<i>343</i>
<i>O papel da liderança e da coordenação relacional efetiva como facilitadores da gestão da mudança e do elevado desempenho humano .....</i>	<i>349</i>
<b>5.2.      CONTRIBUTOS E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO.....</b>	<b>357</b>
<i>Para a gestão da mudança e da transição organizacional.....</i>	<i>357</i>
<i>Para o estudo da GERH e da gestão do desempenho humano.....</i>	<i>359</i>
<i>Para o estudo das relações de emprego e do contrato psicológico.....</i>	<i>362</i>
<i>Para o estudo da liderança e qualidade das relações de troca líder-membro.....</i>	<i>364</i>
<i>Modelo integrativo para a efetiva implementação da gestão do desempenho humano.....</i>	<i>369</i>
<b>5.3.      LIMITAÇÕES DO ESTUDO E PISTAS DE INVESTIGAÇÃO FUTURA.....</b>	<b>373</b>
<i>Limitações do estudo .....</i>	<i>373</i>
<i>Pistas de investigação futura.....</i>	<i>376</i>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>383</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>391</b>



# INTRODUÇÃO

## Enquadramento

Cada vez mais, assistimos a controvérsias e tensões, quer sobre o papel de intervenção do estado na economia (Osborne & Radnor, 2016; Pollitt & Bouckaert, 2011), quer sobre a natureza dos serviços públicos (Hughes, 1998, 2012; Osborne, 2010). Consequentemente, as lógicas de governação (Oliveira, Raposo, Holland, & Lira de Carvalho, 2017; Osborne, 2010; Raposo, 2007) e gestão das organizações de serviços públicos (van Dooren, Bouckaert, & Halligan, 2015) e, especialmente, das organizações de saúde, sofreram profundas alterações nas últimas décadas (Doherty, Horne, & Wootton, 2014; Haynes, 2015; Oliveira & Holland, 2017). Nas palavras de Denhardt e Denhardt (2000), *“a gestão pública sofreu uma revolução”*<sup>1</sup> (p. 549), tendo sido sujeita a um conjunto de pressões relacionadas com a mudança de paradigmas de gestão (Osborne & Radnor, 2016), entre os quais se destaca a Nova Gestão Pública (NGP).

A NGP, enquanto movimento de reinvenção dos serviços públicos (Dawson & Dargie, 1999; Hood, 1991, 1995; Pollitt, 1990, 1995, 2004) e como *“uma abordagem para gerir os serviços públicos que atribui prioridade às competências de gestão, em vez de às competências profissionais, e que inclui a gestão de recursos e do desempenho como elementos centrais”*<sup>2</sup> (Osborne & Brown, 2005, p. 4), veio impor a gestão do desempenho das organizações públicas como um predicado essencial (Hood, 1991, 1995). Numa perspetiva mais restritiva (Hughes, 2012), apesar da qualidade do serviço e a satisfação dos utentes continuarem a ser o objetivo de atuação central (DeNisi, 2000; DeNisi & Smith, 2014), foram colocados grandes constrangimentos ao nível da eficiência económica, com reflexo na produtividade dos serviços prestados (Araújo, 2001; Oliveira, Holland, Costa, & Lira de Carvalho, 2014), exigindo-se maior rigor no controlo dos gastos e maior racionalização de recursos (O'Donnell, O'Brien, & Junor, 2011; Pollitt, 2004). No caso da introdução da NGP no *National Health Service* no Reino Unido, tal revelou-se contraproducente, com as novas camadas de gestão introduzidas, à semelhança

---

<sup>1</sup> Tradução livre de: “public management has undergone a revolution” (Denhardt & Denhardt, 2000, p.549).

<sup>2</sup> Tradução livre de: “an approach to managing public services that prioritizes managerial, as opposed to professional skills and which includes resource and performance management at its heart” (Osborne & Brown, 2005, p.4).



do setor privado, triplicando, em vez de reduzir, os custos administrativos (Leys & Player, 2011; Oliveira & Holland, 2017; Pollock, 2004). Além disso, na última década, profundas alterações geoeconómicas e geopolíticas que ocorreram a nível mundial e, em particular, a crise financeira de 2008 e a crise na Zona Euro (Oliveira & Holland, 2017), levaram vários países, nomeadamente Portugal, Espanha, Grécia, Chipre, Itália e Irlanda (Sarmiento, Fernandes, & Trevisan, 2015) a recorrer a apoio financeiro internacional, colocando as suas economias sob um clima de austeridade, sujeitas às exigências orçamentais restritivas e impostas pela *Troika* (Blyth, 2013; Karanikolos et al., 2013), grupo constituído pela Comissão Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional (Legido-Quigley et al., 2016). Os novos pressupostos orçamentais refletiram-se em ‘cortes’ nas despesas públicas (Blyth, 2013; Karanikolos et al., 2013) o que, por sua vez, teve como implicação maiores constrangimentos na utilização dos recursos nas organizações públicas (Doherty, Horne, & Wootton, 2014; Radnor & Osborne, 2013): maior rigor no controlo dos gastos (eliminação de despesas supérfluas/dispensáveis), racionalização de recursos e redução de custos da prestação dos serviços (Legido-Quigley et al., 2016).

Tem-se defendido (Lok, 2010; Oliveira & Holland, 2013), como modelado na **Figura 1**, que a distinção entre lógicas institucionais, organizacionais e operacionais é relevante para a análise da introdução da NGP, assim como das novas lógicas de gestão.

Figura 1 – Domínios de lógicas de gestão: institucional, organizacional e operacional



Fonte: adaptado de Oliveira et al. (2014)

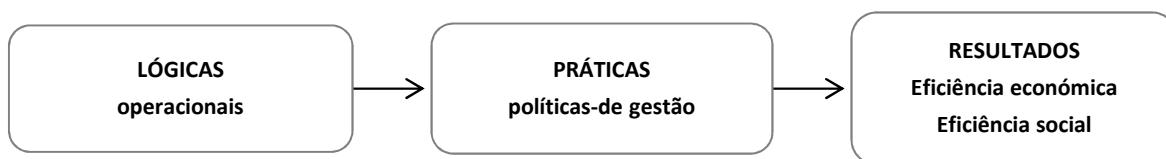
A crise financeira de 2008 e a da Zona Euro colocaram e continuam a colocar em evidência fragilidades estruturais das economias e das sociedades a nível mundial (Oliveira & Holland,

2017) e vieram expôr, em particular nas organizações do setor público, as dificuldades de reconciliação, quer inter, quer intra as diferentes lógicas (i.e., institucionais, organizacionais e operacionais) (Lok, 2010; Oliveira et al., 2014), níveis de atuação (i.e., macro, meso e micro) (Oliveira et al., 2014) e domínios de práticas (Mørk, Hoholm, Maaninen-Olsson, & Aanestad, 2012).

As lógicas institucionais referem-se ao nível macro e estão subjacentes ao funcionamento e orgânica interna do Governo e dos ministérios (e.g., da saúde, da educação) e às entidades reguladoras da atividade das organizações públicas (e.g., Serviço Nacional de Saúde, no setor da saúde; Direção Geral da Educação, no setor da educação); as lógicas organizacionais reportam-se ao nível meso e relacionam-se com a estratégia de atuação das organizações (e.g., hospitais, centros de saúde, universidades, escolas) delineadas pelas equipas de gestão de topo, para a organização como um todo, de uma forma concertada e conducente ao cumprimento das prerrogativas impostas pela lógica institucional; as lógicas operacionais são definidas e atuam ao nível micro de cada serviço/unidade da organização. Quanto aos domínios de práticas, no contexto das organizações, referem-se às práticas substantivas (i.e., clínicas, educacionais), científicas, tecnológicas e políticas-de gestão (Mørk et al., 2012).

A pressão institucional dos governos para a redução de custos e maiores ganhos de eficiência económica (Blyth, 2013; Karanikolos et al., 2013), tem vindo a traduzir-se em dificuldades e tensões para as organizações continuarem a suportar uma lógica de maiores ‘apertos financeiros’ perante a exigência de elevados níveis de qualidade e excelência (Haynes, 2015; Pollitt & Bouckaert, 2011), paralelamente com a exigência para a satisfação das necessidades e expectativas dos utentes, bem como dos seus profissionais e da comunidade em geral, para responder à eficiência social (Oliveira et al., 2014). Assim, por exemplo, tal como modelado na **Figura 2**, diferentes lógicas operacionais vão traduzir-se em diferentes implementações do domínio de prática política-de gestão e com impacto para a eficiência económica e social.

Figura 2 – Lógicas operacionais, práticas políticas-de gestão e resultados



Fonte: adaptado de Mørk et al. (2012) e Oliveira et al. (2014)

Não obstante esta retórica e a principal lógica explícita de gestão do desempenho organizacional assentar na qualidade dos serviços e satisfação dos utentes, vários estudos (e.g., Gittell, 2016; Pescud et al., 2015; Ravalier, McVicar, & Munn-Giddings, 2014; Rod & Ashill, 2015), têm sugerido que a procura de maiores níveis de eficiência económica, o ‘fazer mais com menos’ (Conway, Kiefer, Hartley, & Briner, 2014) tem dominado a gestão das organizações públicas, colocando em causa o bem-estar psicológico dos profissionais, quer hedónico (i.e., satisfação, quer eudemónico (i.e., motivacional) e o seu desempenho e produtividade (Oliveira et al., 2014). Tudo isto, por sua vez, compromete o ‘fazer bem’ (i.e., eficácia, efetividade e inovação) (Andrews & van de Walle, 2013; McCann, Granter, Hassard, & Hyde, 2015) e, consequentemente, a satisfação dos utentes (Andersen & Kjeldsen, 2013; Hassan & Hatmaker, 2015; Quratulain & Khan, 2015).

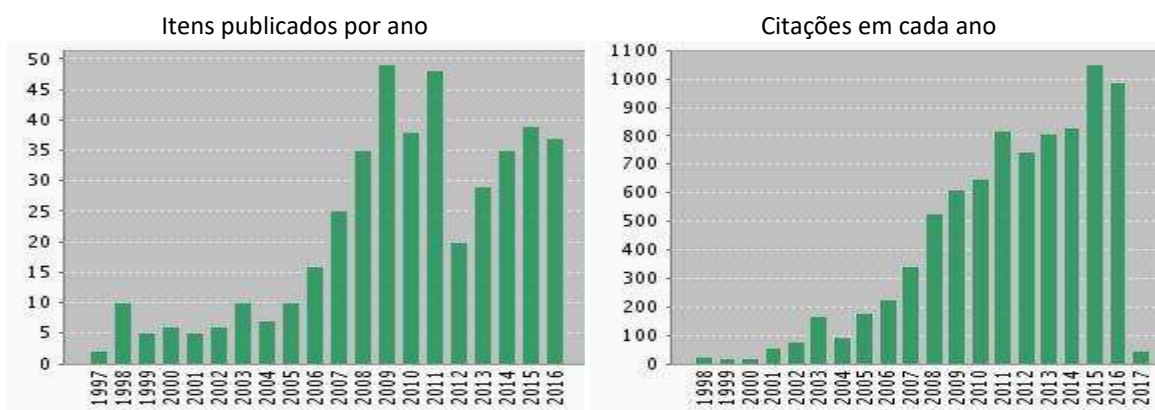
A potencial conflitualidade entre as diferentes lógicas explícitas, quer a nível macro, meso e micro, no que às prioridades de gestão do desempenho diz respeito (Brignall & Modell, 2000; Lok, 2010; Oliveira et al., 2014), obriga a repensar o que está subjacente às dificuldades e desafios de reconciliação das lógicas explícitas e implícitas (Oliveira, 2006), para identificar alternativas de gestão, que assegurem que o desempenho organizacional seja elevado (Fraser, Encinosa, & Glied, 2008), quer em termos de eficiência económica, quer de eficiência social (Oliveira et al., 2014). O debate sobre a governação e gestão das organizações públicas (Buick, Blackman, O'Donnell, O'Flynn, & West, 2015; Oliveira, Holland, & Filipe, 2017; Oliveira, Raposo, Holland, & Lira de Carvalho, 2017), obriga ainda à necessidade de melhor compreender as implicações das mudanças de práticas de gestão do desempenho humano sobre o desempenho organizacional.

Já há muitas décadas que se defende que o desempenho das organizações depende do desempenho das pessoas que as constituem (Bonache & Noethen, 2014; Jacobs, 1981; Ostroff, 1992; Safdar, 2011; Schneider, 1987; Vroom, 1964). Mais ainda, a gestão do desempenho humano e a implementação de práticas explícitas e implícitas de gestão de recursos humanos, tem vindo a surgir na literatura (Buick et al., 2015) como um tema crítico, representando igualmente um desafio prático para qualquer líder e estratégia de gestão (van Dooren, Bouckaert, & Halligan, 2015). Numa perspetiva organizacional, *“as práticas de GRH enviam fortes mensagens aos indivíduos, no que se relaciona com o que as organizações esperam deles*

e o que eles podem esperar em troca”<sup>3</sup> (Rousseau, 1995, p.162). Dessa forma, as lógicas representam comunicações, ‘mensagens calculadas’ ou ‘sinais intencionais’ quanto à relação de emprego estabelecida entre o empregador e o empregado (Guzzo & Noonan, 1994; McDermott, Conway, Rousseau, & Flood, 2013).

Embora, como representado na **Figura 3**, o estudo do contrato psicológico, como “a percepção de ambas as partes da relação de emprego, organização e indivíduo, sobre as promessas e obrigações recíprocas implícitas nessa relação”<sup>4</sup> (Guest & Conway, 2002, p. 22), ser há décadas um foco de interesse (e.g., Alcover, Martínez-Íñigo. & Chambel, 2012; Argyris, 1960; Bunderson, 2001; Chambel & Alcover, 2011; Conway & Coyle-Shapiro, 2012; Guest, 1998, 2004, 2016; Guzzo & Noonan, 1994; Kotter, 1973; Levinson, Price, Munden, Mandl, & Solley, 1962; Morrison & Robinson, 1997; Robinson & Rousseau, 1994; Rousseau, 1990, 1995, 2004), tem tido recentemente um interesse crescente em termos de investigação (e.g., Alcover, Rico, Turnley, & Bolino, 2017a, 2017b; Bankins, 2015; Erkutlu & Chafra, 2016; Guest, 2016; Laulié & Tekleab, 2016; Ruokolainen et al., 2016; Virgolino, Coelho, & Ribeiro, 2017) e muito devido à percepção de desequilíbrio, ou mesmo quebra, na relação de troca entre as partes envolvidas nesse contrato, na qual os empregados parecem estar em desvantagem (De Hauw & De Vos, 2010).

Figura 3 – Contrato psicológico (itens publicados e citações por ano)



Fonte: Web of Science (<http://apps.webofknowledge.com>)

Query de pesquisa: TI="psychological contract" AND PY=1997-2016 AND TS=Business Economics

<sup>3</sup> Tradução livre de: “HR practices send strong messages to individuals, regarding what the organizations expects of them and what they can expect in return” (Rousseau, 1995, p.162).

<sup>4</sup> Tradução livre de: “the perceptions of both parties to the employment relationship – organisation and individual – of the reciprocal promises and obligations implied in that relationship” (Guest & Conway, 2002, p.22).

Tendo em conta que a intensificação das pressões para maiores níveis de eficiência económica está a levar as organizações, em geral, a exigir maior empenho, iniciativa e flexibilidade por parte dos seus empregados, sem oferecerem em troca, por exemplo, garantia de segurança no emprego, oportunidades de desenvolvimento e progressão na carreira, ou mesmo condições para o equilíbrio vida-trabalho (Conway, Kiefer, & Briner 2013; van der Smissen, Schalk, & Freese, 2013), esta qualidade da troca tem que ser melhor compreendida, se queremos identificar contributos para a qualidade de vida no trabalho.

Tudo isto num contexto em que a União Europeia exigiu, e continua a exigir, 'reformas estruturais' para aumentar a competitividade. No entanto, verifica-se que tem vindo a competir através da redução de custos, ao invés de inovar nos métodos de organização do trabalho, e os efeitos (Holland, 2015; Janssen, 2015) foram a diminuição dos direitos dos trabalhadores e a violação do contrato psicológico. De acordo com Holland (2017), quer a inovação dos processos, quer dos produtos, não são dinâmicas apenas a nível micro e uma questão de lógica operacional, mas, tal como sublinhado por Schumpeter (1934), o meio de elevar economias e sociedades como um todo a níveis mais elevados de bem-estar a nível macro que, dessa forma, podem alcançar a eficiência social, em termos de sociedades funcionais baseadas em valores humanos e sociais, e não apenas em eficiência económica.

## **Objetivos**

As lógicas restritivas de gestão do desempenho organizacional têm contribuído para profundas mudanças nas condições de trabalho e nos sistemas de incentivos, tendo vindo a impor-se importantes desafios à gestão das relações de emprego (O'Donnell, Brien, & Junor, 2011; Shaw, Dineen, Fang, & Vellella, 2009), dos contratos psicológicos (Conway & Coyle-Shapiro, 2012; Conway, Kiefer, & Briner, 2013) e, conseqüentemente, da gestão do desempenho humano (Berman et al., 2010; Buick et al., 2015). A evidência empírica tem demonstrado que a gestão efetiva das expectativas dos profissionais relativamente aos 'incentivos' (e.g., em termos de progressão na carreira, compensação financeira, ambiente social, ambiente de trabalho e equilíbrio vida-trabalho) que a organização lhes dá, em contrapartida dos seus 'contributos' (e.g., em termos de esforço e desempenho, disponibilidade, flexibilidade, lealdade e conduta ética) (De Vos, Buyens, & Schalk, 2003; Herriot & Pemberton, 1995, 1997; Lee, Liu, Rousseau, Hui, & Chen, 2011), está associada a maiores níveis de satisfação no trabalho (Rayton & Yalabik, 2014; Turnley & Feldman, 2000), perceção de suporte organizacional (*Perceived Organizational*

*Support – POS*) (Aselage & Eisenberger, 2003; Coyle-Shapiro & Conway, 2005), lealdade do empregado para com a organização (Shin, Taylor, & Seo, 2012; van der Smissen, Schalk, & Freese, 2013), comprometimento, envolvimento e bem-estar psicológico (Gupta, Agarwal, & Khatri, 2016; Roukolainen et al., 2016) e, conseqüentemente, a desempenho humano superior (Aselage & Eisenberger, 2003; Coyle-Shapiro & Kessler, 2000; Donald et al., 2005).

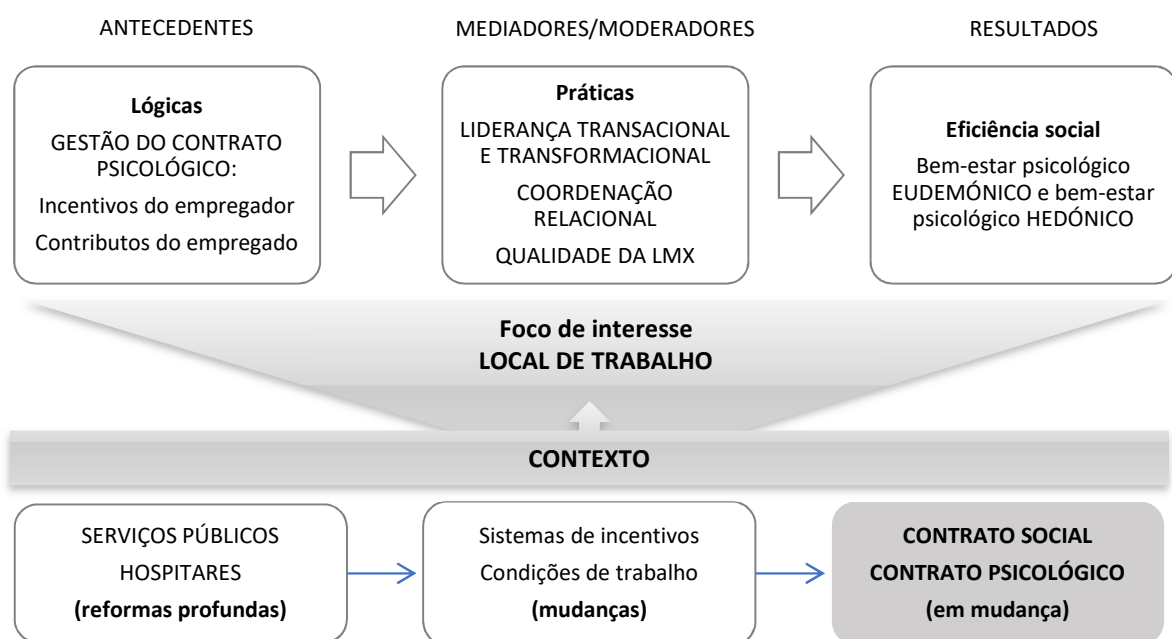
Perante o desafio de reconciliação de diferentes níveis de lógicas de gestão do contrato psicológico, desde a institucional, passando pela organizacional, e até à operacional, como organizações complexas e multidisciplinares, os hospitais universitários públicos, onde as relações de emprego têm sido alvo de constantes e dramáticos processos de gestão da mudança (Bunderson, 2001; Conway et al., 2014; Guest, 2011; Coyle-Shapiro & Kessler, 2003), são uma referência para estudar as reestruturações que têm ocorrido nos setores públicos a nível europeu. Mais ainda, os contextos hospitalares universitários representam uma interessante oportunidade para melhor se compreender e explicar o inter e intra relacionamento dos domínios de práticas clínicas, científicas, tecnológicas e políticas-de gestão e, muito em particular, o papel das dinâmicas relacionais e de poder.

Com base num quadro conceptual, tal como representado na **Figura 4**, que articula literatura sobre Gestão de Recursos Humanos (GRH) (e.g., Bolton & Houlihan, 2009; Boxall & Macky, 2009; Bowen & Ostroff, 2004; Boxall & Purcell, 2008; Wright & Nishii, 2007), coordenação relacional (Gittell, 2009, 2011, 2012, 2016) e gestão da mudança (Burnes, 2014; Osborne & Brown, 2005; Osborne & Radnor, 2016; Senior & Swailes, 2010), o objetivo desta investigação, consiste em avaliar as relações de trabalho que inibem ou melhoram o elevado desempenho e o bem-estar psicológico em organizações complexas, tais como as do setor da saúde e em melhor compreender a perceção dos gestores organizacionais e operacionais, médicos e não-médicos, sobre a dinâmica subjacente à liderança transaccional e transformacional (Bass, 1985, 1990; Bass & Avolio, 1994; Judge & Piccolo, 2004) e à coordenação relacional (Gittell, 2009, 2011, 2012, 2016), em equipas multidisciplinares, para explicar a qualidade da relação da troca líder-membro (*leader-member exchange – LMX*) (Boer, Deinert, Homan, & Voelpel, 2016; Graen & Cashman, 1975; Graen & Uhl-Bien, 1995; Matta, Scott, Koopman, & Conlon, 2015) identificando a importância de coordenar relacionamentos múltiplos em diferentes níveis (i.e., institucionais, organizacionais e operacionais) e domínios de práticas (i.e., clínico, científico, tecnológico e político-de gestão). Assim, e de acordo com Oliveira e seus colegas (2014), analisamos até que ponto a gestão do contrato psicológico e, conseqüentemente, a gestão das

expectativas dos profissionais para o alcance de elevado bem-estar psicológico, quer hedónico (i.e., satisfação no trabalho), quer eudemónico (i.e., propósito de envolvimento, autonomia relativa e desenvolvimento pessoal), são a base para a eficiência social, com impacto na eficiência económica.

Como objetivos específicos, e fazendo uso de uma abordagem compreensiva e longitudinal, pretendemos atribuir um significado teórico às perceções dos gestores de organizações complexas, com múltiplas unidades, divisões, departamentos e serviços (Czarniawska, 2007; Gingrich, 2015) sobre: (1) os impactos das mudanças/reestruturações sobre a gestão do desempenho humano; (2) a importância e a efetividade da reconciliação da eficiência económica com a eficiência social; (3) os desafios das barreiras intra e inter-práticas e as atribuições sobre a mudança de lógicas e de práticas, como forma de compreender, tal como modelado na **Figura 4**, o ‘espaço’ para a efetiva gestão do contrato psicológico, através da liderança e da coordenação relacional.

Figura 4 – Liderança e coordenação relacional em hospitais públicos: o papel do gestor



Fonte: elaboração própria

## Relevância

Sabendo que a efetiva implementação das práticas de GRH permite às organizações direcionar e influenciar os comportamentos e atitudes e, conseqüentemente, o desempenho dos

empregados aos propósitos organizacionais (Bowen & Ostroff, 2004; Den Hartog, Boselie, & Paauwe, 2004; Gruman & Saks, 2011; Hiltrop, 1996; Judge, Thoresen, Bono, & Patton, 2001; Ostroff & Bowen, 2000) e tendo-se demonstrado o impacto das atividades relacionadas com a gestão das pessoas no desempenho organizacional (e.g., Becker & Gerhart, 1996; Bourne et al., 2013; Boxall, 1998; Boxall & Purcell, 2008; Bowen & Ostroff, 2004; Guest, 1997, 2011; Huselid, 1995; MacDuffie, 1995; Paauwe, 2004, 2009; Paauwe, Wright, & Guest, 2013; Purcell & Kinnie, 2007; Sanders & Yang, 2016; Tandung, 2016; Wright, Gardner, & Moynihan, 2003; Wright, Gardner, Moynihan, & Allen, 2005), faz deste tema um dos tópicos mais investigados, ou mesmo o tópico dominante, na investigação sobre Recursos Humanos (RH) realizada nas últimas duas décadas.

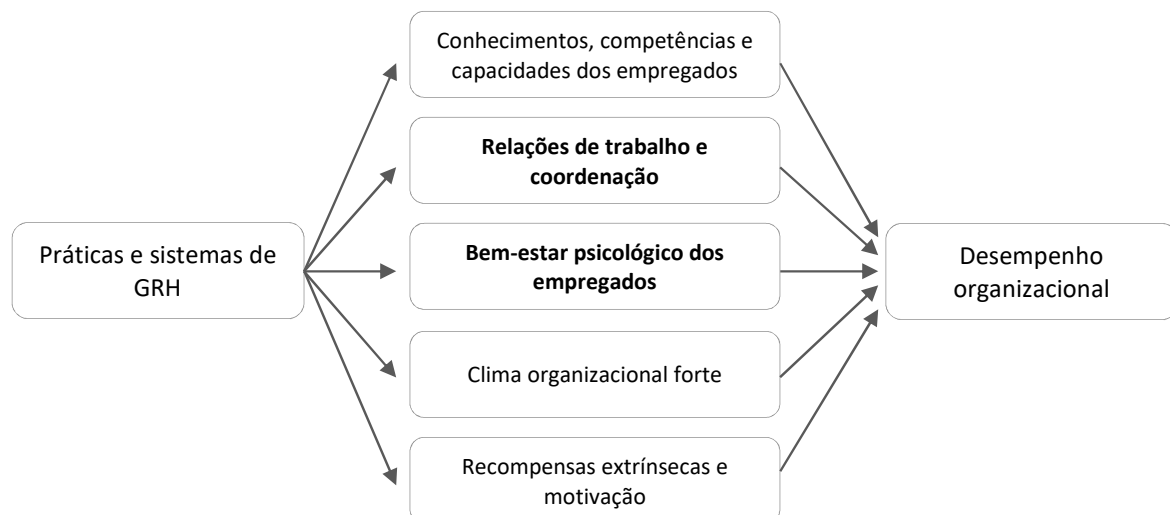
No entanto, apesar de se ter evoluído bastante e, nas palavras de Guest (2011), essa investigação se encontrar numa fase de *'crescente sofisticação'*, reconhece-se (Paauwe, Wright, & Guest, 2013) que os trabalhos empíricos recentes sobre o estudo da relação GRH-desempenho (organizacional) muito têm que evoluir. Tem sido sugerido (Nishii, Lepak, & Schneider, 2008; Nishii & Wright, 2008) que, embora o efeito das práticas de GRH sobre o desempenho organizacional resulte do significado que lhes é atribuído pelos trabalhadores, estudos sobre a razão de ser dessas mesmas práticas (e.g., Bowen & Ostroff, 2004; Legge, 2005; Purcell & Kinnie, 2007; Wright & Nishii, 2007), além de serem em número muito reduzido, não oferecem ainda evidência clara, nem dão respostas consistentes, sobre os mecanismos e processos que explicam ou condicionam aquela relação. Compreender o reflexo das políticas e práticas de GRH no desempenho organizacional, implica uma melhor identificação e descrição dos processos que contribuem para o comprometimento com um elevado desempenho organizacional, ou seja, que a *'black box'* ainda existente neste campo de estudo seja melhor explorada (Oppenauer & van de Voorde, 2016; van de Voorde, Paauwe, & Veldhoven, 2012). Na tentativa de explicar a qualidade da relação (positiva ou negativa), tal como modelado na **Figura 5**, diferentes abordagens, modelos e teorias têm sido utilizadas.

A teoria AMO – *Ability, Motivation and Opportunity* (Becker, Huselid, Pickus, & Spratt, 1997; Boxall & Purcell, 2008) sugere que as práticas de GRH podem influenciar o desempenho humano pela implicação que têm sobre a motivação, mas igualmente sobre as competências e a oportunidade das pessoas as colocarem em prática no trabalho (Peccei, van de Voorde, & van Veldhoven, 2013). Por sua vez, os modelos transacionais de GRH (Tsui, Pearce, Porter, & Tripoli, 1997) sugerem que o desempenho organizacional é superior quando se aumentam as



recompensas extrínsecas e a motivação dos empregados, uma vez que aumentam a sua predisposição para se envolverem nos aspetos padrão do desempenho das funções. O modelo desenvolvido por Bowen e Ostroff (2004) considera que a *'força'* dos sistemas de GRH pode afetar significativamente o desempenho organizacional através do desenvolvimento de um forte clima organizacional que ajude a estruturar e direcionar os esforços e os comportamentos dos empregados no sentido do alcance dos objetivos organizacionais. Os modelos relacionais de GRH (e.g., Peccei et al., 2013), que vão para além da perspetiva AMO, sugerem que os sistemas de trabalho contribuem para maiores níveis de desempenho organizacional ao fortalecerem as relações, a partilha e a coordenação entre os empregados (Flinchbaugh, Li, Luth, & Chadwick, 2016; Gittell, 2011, 2012, 2016).

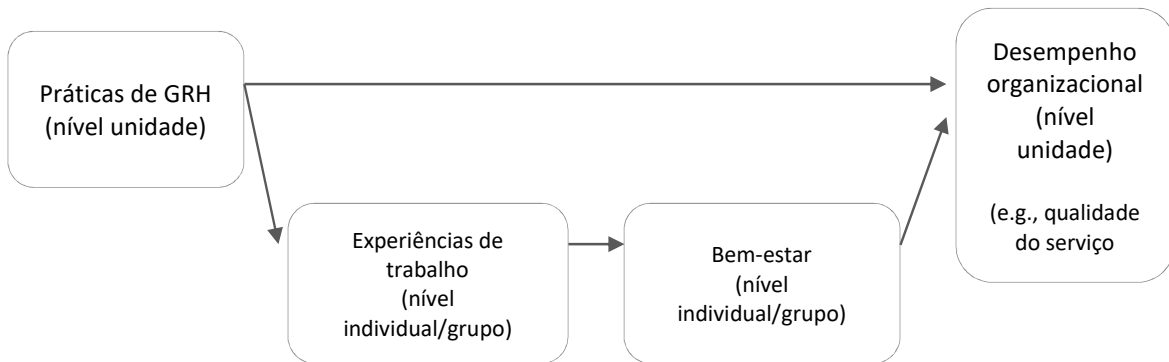
Figura 5 – A ligação entre a GRH e o desempenho organizacional



Fonte: Peccei et al. (2013, p. 19)

O trabalho aqui apresentado centra-se na análise das perceções dos gestores de unidades/serviços sobre o 'bem-estar psicológico dos empregados' e as 'relações de trabalho e coordenação', conforme identificados por Peccei et al. (2013). Atualmente, o debate (e.g., Anderzén et al., 2015; Cassar & Buttigieg, 2015; Kinman & McDowall, 2016; Peccei et al., 2013) tem atribuído importância crescente ao bem-estar psicológico dos empregados. O modelo de Peccei e seus colegas (2013), tal como modelado na **Figura 6**, por exemplo, considera que a unidade/serviço é o nível de análise mais apropriado para estudar a importância do bem-estar dos indivíduos e as suas experiências de trabalho, como mediadores na relação GRH-desempenho organizacional, em que um dos indicadores de desempenho é a qualidade do serviço.

Figura 6 – Ligações na relação GRH, bem-estar e desempenho organizacional



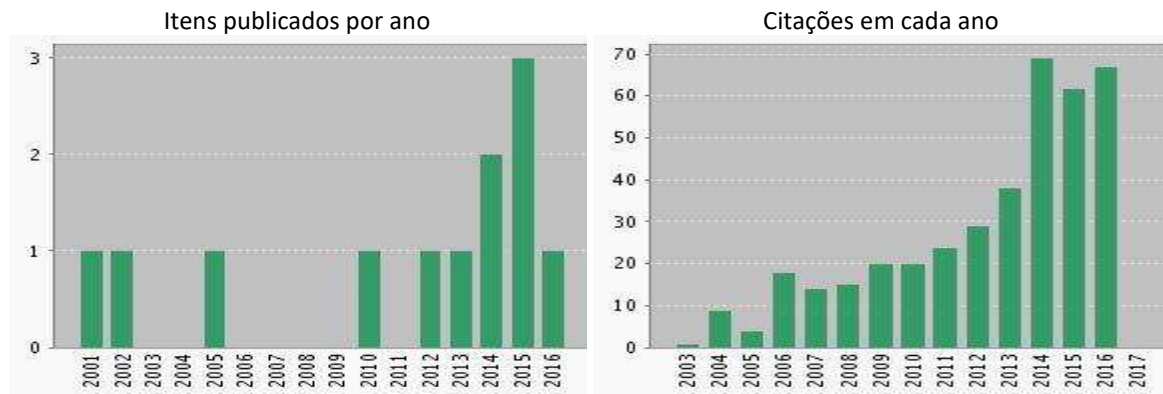
Fonte: adaptado de Peccei et al. (2013, p. 40).

Vários autores (e.g., Bechky, 2006; Crowston & Kammerer, 1998; Gittell, 2002a; 2002b; Mangham, 1986) têm defendido a importância das relações para a coordenação do trabalho, com base no argumento de que a coordenação consiste na interrelação e na gestão das interdependências das tarefas, estruturas e recursos num contexto organizacional, que pode ocorrer em diferentes níveis e ter diferentes dimensões e, dessa forma, constitui um processo relacional fundamental. E, particularmente na prestação de serviços, o aspeto relacional é fundamental, não apenas na relação direta com o utilizador, como também na relação estabelecida entre os diferentes intervenientes no processo de prestação do serviço, uma vez que a troca se processa através de mecanismos relacionais, mais do que transacionais (Pugh & Subramony, 2016). Pelo que é necessário aplicar uma abordagem multidisciplinar (Bowen, 2016), de modo a compreender a experiência dos consumidores/utilizadores e os processos organizacionais (Ehrenhalt, 2012), nomeadamente os que se relacionam com a GRH (Oliveira, Holland, & Filipe, 2017) e, em particular, com a gestão do desempenho humano (Buick, Blackman, O'Donnell, O'Flynn, & West, 2015).

A coordenação relacional, com as suas origens nos trabalhos de Gittell e seus colegas (e.g., Gittell, 2000, 2001, 2002a, 2002b, 2009, 2011, 2012, 2016; Gittell et al., 2000), tem vindo a atrair a atenção académica e a revelar-se como uma área de estudo cada vez mais relevante na procura de uma melhor compreensão desses processos, tal como evidenciado na **Figura 7**. De acordo com a teoria da coordenação relacional, a coordenação, que ocorre através de comunicação frequente e de elevada qualidade, suportada por uma teia de relações de objetivos e conhecimentos partilhados e mútuo respeito (Gittell, 2009, 2011, 2012), permite às organizações atingirem os seus propósitos de atuação de forma mais concertada e efetiva (Gittel, 2016; Gittell, Beswick, Goldmann, & Wallack, 2015). O trabalho em equipa tornou-se o

alicerce das organizações modernas (Salas, Cooke, & Rosen, 2008), permitindo superar as limitações de processamento de informação (Hinsz, Tindale, & Vollrath, 1997) por parte dos indivíduos.

Figura 7 – Coordenação relacional (itens publicados e citações por ano)



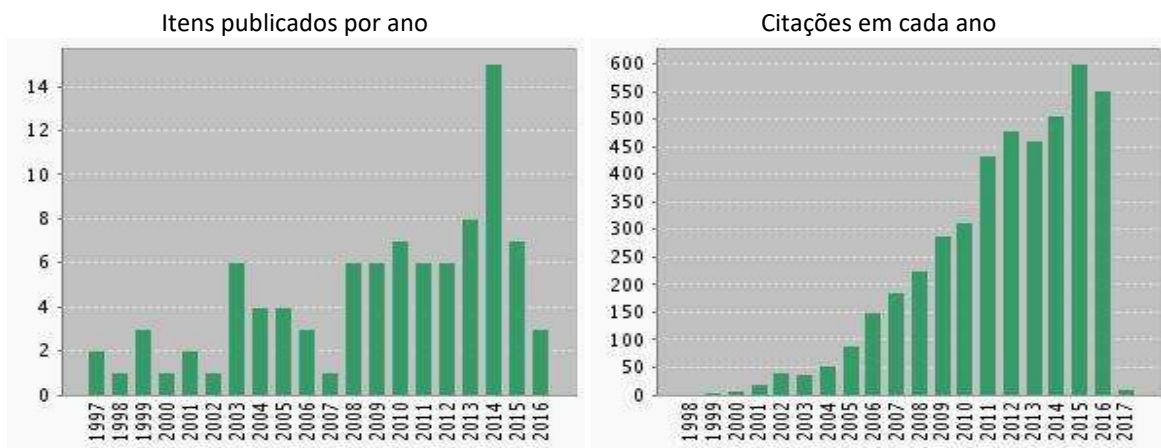
Fonte: Web of Science (<http://apps.webofknowledge.com>)

Query de pesquisa: TI="relational coordination" AND PY=1997-2016 AND TS=Business Economics

Dada a importância dos processos de partilha de informação para a qualidade das decisões em equipa (Meyer et al., 2016), a liderança surge como um tema de extrema relevância procurando-se compreender o que podem fazer os líderes para facilitar a coordenação das relações entre os membros das suas equipas (Oliveira & Filipe, 2016, 2017; Oliveira, Holland, & Filipe, 2017). A conjugação de estilos de liderança transacional, orientada para as tarefas, com o objetivo de aumento da produtividade e redução de custos, e de liderança transformacional, orientada para as relações, que pretende desenvolver o comprometimento, a confiança e a cooperação entre os subordinados (Bass, 1985, 1990; Bass & Avolio, 1994; Yukl, Gordon, & Taber, 2002), tem merecido uma preocupação crescente, tal como evidenciado na **Figura 8**, destacando-se na literatura como uma adequada forma para explicar a qualidade das relações de emprego (Ali, Jan, Ali, & Tariq, 2014) associada ao alcance de elevados desempenhos humano (Barling, Weber, & Kelloway, 1996) e organizacional (Judge & Piccolo, 2004).

Relações baseadas na confiança e respeito são relacionamentos emocionais, que se estendem para além do âmbito do emprego (Bauer & Ergoden, 2015). De acordo com Liden, Sparrowe e Wayne (1997), a LMX, uma abordagem de liderança que incide sobre a relação bidirecional (díade) entre líderes e seguidores (Graen & Cashman, 1975; Graen & Uhl-Bien, 1995), pode promover experiências positivas de emprego e aumentar a eficácia organizacional.

Figura 8 – Liderança transacional e transformacional (itens publicados e citações por ano)



Fonte: Web of Science (<http://apps.webofknowledge.com>)

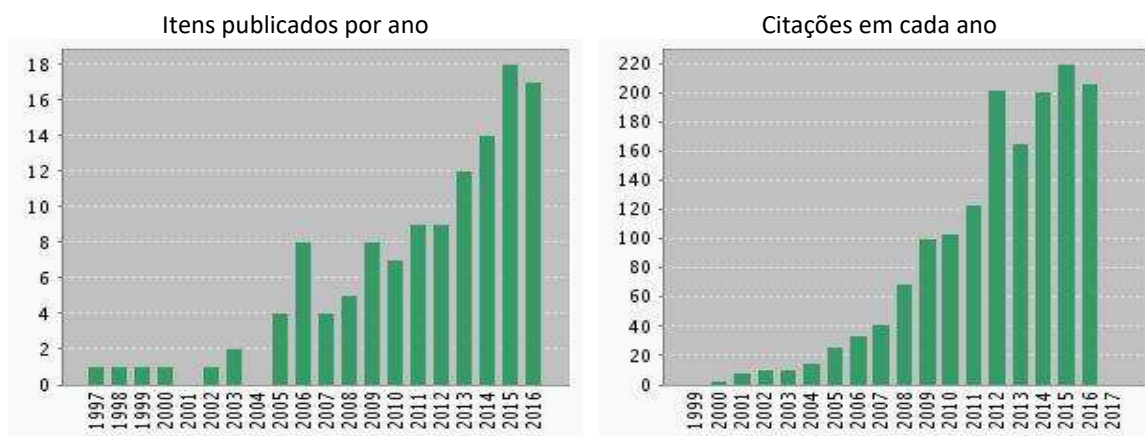
Query de pesquisa: TI=transaccional OR TI=transaccional" AND PY=1997-2016 AND TS=Business Economics

O estudo de Gerstner e Day (1997) revelou relações positivas entre a teoria LMX e medidas de desempenho e atitudes positivas, especialmente para os membros. No entanto, embora a grande quantidade de literatura sobre os efeitos da LMX nos resultados dos seguidores (e.g., Breevaart, Bakker, Demerouti, & van den Heuvel, 2015; Matta et al., 2015), pouco se sabe sobre o processo pelo qual a LMX influencia esses resultados. Esta é, atualmente, uma abordagem preferencial no estudo da liderança (e.g., Bauer & Ergoden, 2015; Dhar, 2016; Matta et al., 2015), na medida em que investiga a qualidade da relação entre o líder e um membro (Graen & Uhl-Bien, 1995) e o modo como pode levar a um maior enriquecimento das funções (Dienesch & Liden, 1986), que encapsula motivação, satisfação no trabalho (Volmer, Niessen, Spurk, Linz, & Abele, 2011) e desempenho (Lo, Abang Azlan, Ramayah, & Wang, 2015). Na base deste pressuposto, tal como evidenciado na **Figura 9**, (re)surgiu, nos últimos anos, um interesse pela liderança LMX (e.g., Arif, Zahid, Kashif, & Sindhu, 2017; Boon & Biron, 2016; Buch, Thompson, & Kuvaas, 2016; Choy, McCormack, & Djurkovic, 2016; Ibrahim, Ghani, Hashim, & Amin, 2017; Liao, Wayne, Liden, & Meuser, 2017).

Ao integrarmos no nosso estudo o conceito de contrato social de Jean-Jacques Rousseau (1762/1962), como um acordo entre os membros de uma determinada sociedade, pela via do qual reconhecem a autoridade, exercida de forma igual sobre todos, de um conjunto de regras, de um regime político ou de um Governo, procuramos, à semelhança com o que está a acontecer com os eleitores na Europa (Holland, 2017), explicar de que forma a imposição, a nível macro e institucional, de propostas de mudança, para impactos mensuráveis nas organizações, pode ser percebida como uma violação dos seus pressupostos. Ao relacionarmos

a ‘teoria do contrato social’ com a ‘teoria do contrato psicológico’, damos atenção à alegação de Denise Rousseau (1989, 2004) de que o contrato psicológico depende da percepção dos indivíduos, em vez de grupos ou sociedades, sobre o respeito ou violação do contrato psicológico. Estudos sobre a violação do contrato psicológico (e.g., Bankins, 2015; Bunderson, 2001; Cassar & Buttigieg, 2015; Conway et al., 2014; Erkutlu & Chafra, 2016; Tekleab & Taylor, 2003) têm vindo a ganhar relevância na teoria de gestão.

Figura 9 – Liderança LMX (itens publicados e citações por ano)



Fonte: Web of Science (<http://apps.webofknowledge.com>)

Query de pesquisa: TI="LMX leadership" OR TI="leader-member leadership" AND PY=1997-2016

## Metodologia

No sentido de facilitar uma abordagem compreensiva sobre a complexidade da natureza do contrato psicológico, nas organizações dos dias de hoje, através da liderança e da coordenação relacional, faz-se uso de uma metodologia qualitativa e longitudinal e multi-foci (i.e., organizacional e operacional). O estudo de caso, assente numa matriz de natureza hipotético-indutiva e baseado nos princípios de validação dos modelos apriorísticos da *grounded theory approach* (Glaser & Strauss, 1967, citados em Strauss, 1987; Strauss, 1987; Strauss & Corbin, 1990, 1998), focaliza-se numa grande e complexa instituição hospitalar universitária europeia, sujeita a profundas reestruturações nos últimos vinte anos assentes na abordagem da NGP, reforçadas com as políticas e medidas de austeridade (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). O estudo decorre num período marcado por profundas mudanças, de nível organizacional (meso) e institucional (macro). A mudança com foco organizacional refere-se à reorganização interna do hospital universitário em 2009, de 42 unidades dispersas passou para 7 Áreas de Gestão Integrada (AGI) e 2 Centros de Responsabilidade Integrados (CRI), com autonomia relativa. Em

2011 deu-se a grande mudança institucional, a fusão da unidade hospitalar com dois outros hospitais regionais, num grande Centro Hospitalar, pelo que de 7 AGI passou a 8 Unidades de Gestão Intermédia (UGI) e de 2 centros com autonomia relativa passou a 3 CRI.

Os dados foram recolhidos entre 2010 e 2015, em três fases, através de entrevistas individuais áudio gravadas e semiestruturadas com profissionais e gestores de saúde (N=52), com uma duração média de quarenta e cinco minutos; a fase 1 – 2010/2011, referente ao período de pós-reorganização interna da organização hospitalar de 42 serviços em 7 Áreas de Gestão Integrada (AGI) e 2 Centros de Responsabilidade Integrados (CRI); a fase 2 – 2012/2013, após a implementação da fusão; e a fase 3 – 2014/2015, referente à adaptação efetiva e acomodação da fusão. As entrevistas foram realizadas com quarenta e seis (n=46) médicos como gestores (dos quais: 31 de nível operacional e 15 de nível organizacional), três (n=3) enfermeiros (2 de nível operacional e 1 de nível organizacional) e três (n=3) gestores (de nível organizacional), dos quais 80% são homens, e foram integralmente transcritas para análise.

Os dados foram organizados e codificados na base de um código de análise especificamente desenvolvido para este estudo, com recurso ao *software* de análise qualitativa MAXQDA®.

## **Originalidade**

Este trabalho de investigação destaca-se dos estudos recentes que procuram evidência empírica sobre a relação GRH e desempenho organizacional, quer em termos teóricos, quer em termos empíricos.

Primeiro, ao assentar numa metodologia de base qualitativa e longitudinal, procura ser um contributo adicional para a compreensão dos processos que facilitam essa relação, na medida em que, apesar da importância evidenciada na literatura (Guest, 2011), são poucos os estudos que o fizeram, em contexto real, até agora (e.g., Bourne et al., 2013; Stanton & Nankervis, 2011; Townsend, Wilkinson, Allan, & Bamber, 2012). Segundo, porque o faz numa organização complexa (van der Voet, Kuipers, & Groeneveld, 2015), em contexto de austeridade económica e de introdução e efetiva implementação de grandes e complexas mudanças organizacionais, com impactos não apenas processuais, mas também de ordem psicológica, psicossocial e cultural. Terceiro, ao explorar os desafios e os facilitadores, e a forma como evoluem ao longo dos processos de reestruturação organizacional, inerentes à implementação da mudança para novos paradigmas de gestão, na sua abordagem mais filosófica, procura compreender o papel

da GRH em processos complexos de transição organizacional. Quarto, articulando a literatura em Gestão de Recursos Humanos (GRH) (e.g., Paauwe, Wright, & Guest, 2013) e em gestão da mudança organizacional (Mørk et al., 2012), explora o papel da coordenação relacional (Gittell, 2009, 2011, 2012, 2016) e da liderança (Bass, 1985, 1990; Bass & Avolio, 1994; Boer, Deinert, Homan, & Voelpel, 2016), como práticas facilitadoras da gestão do contrato psicológico (Alcover, Rico, Turnley, & Bolino, 2017; McDermott et al., 2013), para o alcance de um elevado desempenho, quando lógicas potencialmente paradoxais, em termos de eficiência económica e eficiência social, têm que ser reconciliadas. Quinto, perante um contexto de exigência de reconciliação de diferentes lógicas e domínios de práticas, analisa-se o papel dos gestores das unidades (i.e., nível meso – organizacional) e serviços hospitalares (i.e., nível micro – operacional) para a efetiva implementação da gestão do contrato psicológico. Além disso, procura aprofundar o estudo sobre as relações de emprego, a GRH e a gestão do contrato psicológico na perspetiva da organização e no contexto específico em que ocorrem; nestes domínios, a teoria tem sido escassa (Conway & Briner, 2005; Guest, 2004, 2011).

### **Estrutura da tese**

A tese organiza-se em duas partes distintas (antecedidas pela INTRODUÇÃO e, finalmente, uma CONCLUSÃO). Cada uma das partes subdivide-se em capítulos.

A *PARTE I* situa, no atual contexto de mudanças, a gestão e governação do setor público, com ênfase na gestão do desempenho, traçando algumas particularidades relacionadas com a NGP, a mudança de lógicas e de práticas em organizações de serviços, pelo que esta primeira parte se subdivide em três capítulos:

CAPÍTULO I – Austeridade e mudança de lógicas, contrato social, gestão do desempenho humano e contrato psicológico

CAPÍTULO II – Gestão da mudança, transição, coordenação relacional e liderança

CAPÍTULO III – Modelos de análise de gestão do desempenho humano em hospitais universitários públicos

Dado o contexto de austeridade e de profundas reestruturações em que realizamos o nosso estudo de caso, no CAPÍTULO I começamos por abordar a temática da crise financeira de 2008 e a austeridade na Zona Euro e as implicações para um contrato social funcional. Distinguimos lógicas institucionais, organizacionais e operacionais, identificando as implicações da mudança

de lógicas para a necessidade de mudança de práticas, principalmente substantivas e políticas de gestão. Tendo como referência a origem das mudanças de lógicas no setor público, centramo-nos nos pressupostos subjacentes à NGP. Exploramos as potencialidades das mais recentes abordagens da Nova Governança Pública e do Novo Serviço Público, para uma redefinição dos pressupostos e lógicas de gestão e governação das organizações públicas, em particular no que se refere ao contrato psicológico. Continuamos este primeiro capítulo com a revisão de literatura sobre gestão do desempenho no século XXI, focalizando a nossa análise nas ‘melhores práticas’ de GRH, sistemas de trabalho e bem-estar psicológico. Exploramos os conceitos de ‘trabalho digno’, ‘valor dos RH’ e bem-estar psicológico, efetuando a ligação com vários critérios ilustrativos de desempenho, nomeadamente de eficiência económica e de eficiência social.

Ao discutir a natureza da GRH, de acordo com as abordagens ‘hard’ e ‘soft’, ‘melhores práticas’ e ‘melhor ajustamento’, exploramos as diferentes ênfases dos sistemas de trabalho, distinguindo: (1) ‘sistemas de trabalho para o elevado desempenho’ (*High Performance Work Systems – HPWS*); (2) ‘sistemas de trabalho para o elevado comprometimento’ (*High Commitment Work Systems – HCWS*); e (3) ‘sistemas de trabalho para o elevado envolvimento’ (*High Involvement Work Systems – HIWS*). Ao analisarmos as ligações entre a GRH e o desempenho organizacional, destacamos as recentes abordagens que se têm focalizado na importância dos processos de GRH e do contexto em que as práticas são aplicadas, bem como das perceções, interpretações e atribuições da GRH. Procuramos depois compreender o papel e os desafios com que os gestores, particularmente de nível operacional, se confrontam no processo de implementação das práticas de GRH. Ainda no primeiro capítulo, consideramos literatura sobre mudanças e expectativas na relação de emprego e contrato psicológico. Exploramos a distinção entre ‘contrato psicológico transacional’ e ‘contrato psicológico relacional’ e abordamos a problemática da representação na relação de troca empregador-empregado.

No CAPÍTULO II, para melhor compreender os potenciais desafios que emergem em processos de reestruturação organizacional e de que forma podem ser minimizados os efeitos ‘negativos’ da mudança, abordamos literatura sobre gestão da mudança, desenvolvimento e aprendizagem organizacional, colocando em evidência o papel da GRH para uma efetiva implementação da mudança. A gestão do contrato psicológico é um tema de relevância atual devido às perceções de quebra que a mudança provoca nos termos de troca inerentes a esse



contrato implícito. Em particular, procuramos melhor compreender o papel da coordenação relacional e da liderança, não apenas como mediadores na relação GRH-desempenho, mas igualmente como facilitadores do desenvolvimento e aprendizagem em processos de reestruturação organizacional e da gestão efetiva do contrato psicológico, particularmente no que respeita à gestão dos termos de troca nas relações de emprego.

No CAPÍTULO III, para melhor contextualizar o estudo de caso que realizamos num grande hospital universitário, revemos literatura sobre mudança de lógicas de gestão do desempenho, relações de trabalho e contrato psicológico e elevado desempenho em hospitais públicos. Colocamos em evidência a necessidade de um modelo relacional para a gestão desempenho humano em organizações complexas e perante complexos processos de reestruturação organizacional. Ainda neste capítulo, e tendo como referência as reestruturações no setor da saúde, apresentamos o ‘modelo de análise do papel do gestor para a gestão do contrato psicológico’ que permite uma melhor compreensão das ligações entre a GRH e o desempenho humano em que o bem-estar psicológico eudemónico e hedónico são vitais. Apresentamos ainda o modelo de análise ‘modelo de análise para o bem-estar psicológico através da liderança e da coordenação relacional’ que permitirá enquadrar e explicar a dinâmica subjacente à coordenação relacional e à liderança como práticas efetivas de gestão do contrato psicológico num contexto de austeridade, no estudo de caso que apresentamos na Parte II.

Na *PARTE II*, apresentamos o estudo de caso da gestão do contrato psicológico em organizações complexas, como hospitais universitários públicos. Em particular, descrevemos o problema e o desenho da investigação, referimo-nos aos aspetos metodológicos envolvidos no estudo, nomeadamente os relativos à recolha, ao tratamento e à análise dos dados. Apresentamos e discutimos os resultados e conclusões. Desta forma, a segunda parte subdivide-se em dois capítulos:

#### CAPÍTULO IV – Estudo de caso em hospitais universitários públicos

#### CAPÍTULO V – Discussão dos resultados e conclusões

No CAPÍTULO IV, justificamos a opção por uma estratégia de investigação de base qualitativa assente na realização de um estudo de caso de natureza indutiva; descrevemos os processos genéricos de tratamento dos dados associados à abordagem da *grounded theory approach* (Glaser & Strauss, 1967, citados em Strauss, 1987; Strauss, 1987; Strauss & Corbin, 1990, 1998). Detalhamos informação sobre o contexto de investigação, a unidade de análise, a amostra e a

recolha de dados através de entrevistas individuais semiestruturadas, com gestores organizacionais e operacionais, médicos e não-médicos, e apresentamos considerações teóricas e práticas sobre o procedimento científico seguido e sua validade e confiabilidade. Apresentamos os requisitos éticos subjacentes ao protocolo de entrevista e ao processo de tratamento e codificação das entrevistas, na base de um sistema de códigos de análise e respectivas definições operacionais.

No CAPÍTULO V, expomos as conclusões que derivam do estudo de caso, discutimos os resultados e apresentamos algumas reflexões, considerando os propósitos gerais e específicos de investigação, colocando em evidência: (1) a importância e a efetividade da reconciliação da eficiência económica com a eficiência social; (2) os impactos das mudanças sobre o desempenho humano; (3) os desafios das barreiras intra-práticas e inter-práticas e as atribuições da mudança de lógicas e de práticas; (4) a gestão do contrato psicológico como prática de GRH efetiva; e (5) o papel da liderança e da coordenação relacional efetiva como facilitadores da gestão da mudança e do elevado desempenho humano. Referimo-nos aos principais contributos do estudo e suas implicações para a literatura de GRH no que se refere à gestão da mudança e da transição organizacional, em particular o que se relaciona com a qualidade das relações de emprego com focus no contrato psicológico, através da liderança e da coordenação relacional. Concluímos com comentários sobre as limitações do trabalho de investigação realizado e sugerimos algumas pistas para investigação futura.

Com a CONCLUSÃO procuramos unificar os conhecimentos teóricos e empíricos que resultaram do estudo, procedemos a uma síntese prospetiva sobre a gestão do desempenho humano e gestão da mudança em organizações complexas e em complexos contextos de reestruturação organizacional.



# PARTE I



# CAPÍTULO I

## AUSTERIDADE E MUDANÇA DE LÓGICAS, CONTRATO SOCIAL, GESTÃO DO DESEMPENHO HUMANO E CONTRATO PSICOLÓGICO

Independentemente dos propósitos implícitos ao seu funcionamento e seja privada, pública, com ou sem fins lucrativos, podemos afirmar que as organizações apenas sobrevivem se forem viáveis e se o seu sucesso assentar numa lógica de sustentabilidade (Myers, Hulks, & Wiggins, 2012; Watson, 2006). A viabilidade é, portanto, um dos aspetos fundamentais à sobrevivência de qualquer organização (Kraatz & Zajac, 2001). Nas palavras de Boxall e Purcell (2008), “*sem assegurarem viabilidade económica... as organizações falham*”<sup>5</sup> (p. 16). Para assegurarem essa viabilidade e um desenvolvimento sustentável (Abatecola, 2013), têm que ser capazes de, continuamente, acrescentar valor e conhecimento ao que produzem e vendem, contribuir para melhorar a qualidade dos seus produtos e/ou serviços e ganhar legitimidade social (Goetsch & Davis, 2014). Por sua vez, tal depende de um nível de desempenho positivo, da qualidade do desempenho e da capacidade de satisfazer as necessidades dos vários ‘*stakeholders*’ (Walker, Damanpour, & Devece, 2014).

Com a introdução do paradigma da Nova Gestão Pública (NGP) (Hood, 1991, 1995; Pollitt, 2004), as lógicas de gestão do desempenho das organizações públicas aproximam-se das lógicas do setor privado, assentando na obtenção de resultados positivos, ou menos negativos (Gould-Williams, 2003; Mentzer & Konrad, 1991), na qualidade dos produtos e/ou serviços, na satisfação dos clientes e dos profissionais, fundamentais para a sobrevivência organizacional (Carroll, 1979, 1999; Friedman, 1970). Considerando as circunstâncias que envolvem a realização do nosso estudo de caso, para que os serviços sejam mais eficientes de um ponto de vista económico, têm que ser colocados limites no aumento dos custos e têm que ser reduzidos os desperdícios (Fraser, Encinosa, & Glied, 2008; Walters, 2006). No entanto, para que a eficácia organizacional e a qualidade dos serviços prestados não sejam comprometidas, deverá ser colocada ênfase também na eficiência social (Oliveira, Holland, Costa, & Lira de Carvalho, 2014), no sentido de se conseguir a satisfação dos utentes, que justificam a existência destas organizações, e a satisfação, motivação e envolvimento dos profissionais, o principal recurso

---

<sup>5</sup> Tradução livre de: “without securing economic viability... firms fail” (Boxall & Purcell, 2008, p.16).

organizacional, do qual depende a gestão de todos os restantes (Rayton & Yalabik, 2014; Schneider, 1991).

Dado o contexto de austeridade e de profundas reestruturações em que realizamos o nosso estudo de caso, na primeira parte deste capítulo, abordamos a mudança de lógicas de gestão, particularmente de gestão do desempenho, impostas às organizações de serviços públicos, nas recentes décadas (Doherty, Horne, & Wootton, 2014; Haynes, 2015). Primeiro com a adoção dos pressupostos inerentes ao paradigma da NGP (Hood, 1991; 1995; Pollitt, 1990, 2004) e depois pelas ‘apertadas’ medidas de austeridade resultantes do ‘memorando da Troika’ (Giovanella & Stegmüller, 2014), estas organizações viram-se confrontadas com a necessidade absoluta de reduzir custos e racionalizar recursos (Oliveira et al., 2014; O'Donnell, O'Brien, & Junor, 2011; Pollitt, 2004). Começamos por abordar a temática da crise financeira de 2008 e a austeridade na Zona Euro e as implicações para um contrato social funcional (Holland, 2015). Distinguimos lógicas institucionais, organizacionais e operacionais (Lok, 2010; Oliveira et al., 2014), identificando as implicações da mudança de lógicas para a necessidade de mudança de práticas, principalmente substantivas e políticas-de gestão. Tendo como referência a origem das mudanças de lógicas no setor público, centramo-nos nos pressupostos subjacentes à NGP.

O surgimento das tecnologias de informação e comunicação, que ligaram as organizações a mercados de trabalho globais, resultou numa mudança na natureza dos serviços, que assentam, cada vez mais no conhecimento; e isto é válido não apenas para o setor privado, mas também para o setor público (Bowen, 2016; Gallouj, Weber, Stare, & Rubalcaba, 2015). Devido às particularidades inerentes à prestação de serviços (comparativamente à produção de bens) (Pugh & Subramony, 2016), procuramos melhor compreender e caracterizar a economia baseada nos serviços e no conhecimento. Volvidas quase três décadas sobre a introdução das ideias associadas à NGP, estão agora mais claros os seus impactos na sociedade, sendo já consideráveis as críticas a este movimento (Denhardt & Denhardt, 2007), pelo que exploramos ainda as potencialidades das mais recentes abordagens da Nova Governação Pública e do Novo Serviço Público para uma redefinição dos pressupostos e lógicas de gestão e governação das organizações públicas.

Na segunda parte, revemos literatura relacionada com a gestão do desempenho no século XXI, focalizando a nossa análise nas ‘melhores práticas’ de GRH, sistemas de trabalho e bem-estar psicológico. Como forma de combater os novos e difíceis desafios, a função de GRH tem sido solicitada a desenvolver novas capacidades estratégicas, sendo-lhe exigido uma gestão mais

eficiente dos RH (Wagner III & Hollenbeck, 2014), pelo que tem sido colocada maior ênfase em estratégias de GRH que aumentem o desempenho dos empregados (Gollan, 2005). A nossa tese centra-se no papel das atividades relacionadas com a gestão do desempenho humano, para o alcance de elevado desempenho organizacional. Exploramos os conceitos de trabalho digno, 'valor dos RH' e bem-estar psicológico, efetuando a ligação com vários critérios ilustrativos de desempenho, nomeadamente de eficiência económica e de eficiência social. Relacionamos RH, como parceiros estratégicos, e vantagens competitivas sustentáveis e desempenho organizacional. Abordamos os pressupostos inerentes à Gestão de Recursos Humanos (GRH), Gestão Estratégica de Recursos Humanos (GERH) e gestão do desempenho humano. Prosseguimos com a discussão sobre a natureza da GRH, de acordo com as abordagens 'hard' e 'soft', 'melhores práticas' e 'melhor ajustamento' e exploramos as diferentes ênfases dos sistemas de trabalho, distinguindo (1) 'sistemas de trabalho para o elevado desempenho' (*High Performance Work Systems – HPWS*); (2) 'sistemas de trabalho para o elevado comprometimento' (*High Commitment Work Systems – HCWS*); e (3) 'sistemas de trabalho para o elevado envolvimento' (*High Involvement Work Systems – HIWS*). Revemos a principal literatura de referência sobre o estudo das ligações entre a GRH e o desempenho organizacional, destacando as recentes abordagens que se têm focalizado na importância dos processos de GRH e do contexto em que as práticas são aplicadas, bem como das perceções, interpretações e atribuições da GRH. Dado que o processo de implementação das práticas de GRH poderá comprometer a eficácia de todo o sistema de GRH (Bos-Nehles, van Riemsdijk, & Kees Looise 2013), procuramos depois compreender o papel e os desafios com que os gestores, particularmente de nível operacional, se confrontam.

Na terceira e última parte deste capítulo, consideramos literatura sobre mudanças nas relações de emprego e o papel das expectativas na formação do contrato psicológico. Exploramos a importância da norma da reciprocidade (Gouldner, 1960) e da teoria da troca social (Blau, 1964), identificando os principais incentivos (do empregador) e os contributos (do empregado) que são esperados na relação de troca empregador-empregado. Distinguimos 'contrato psicológico transacional' de 'contrato psicológico relacional', distinção essa que tem dominado a literatura que aborda o 'conteúdo do contrato psicológico' (Rousseau, 1995, 2004). Por último, abordamos a problemática da representação na relação empregador-empregado, analisando a importância da teoria da agência (Eisenhardt, 1989) como base para a compreensão das relações de emprego.



## 1.1. AUSTERIDADE, CONTRATO SOCIAL E MUDANÇA DE LÓGICAS DE GESTÃO NO SETOR PÚBLICO

### Crise financeira de 2008 e austeridade na Zona Euro

Na sequência da crise bancária internacional desencadeada nos Estados Unidos da América (EUA) em 2008 (que tem as suas raízes na década de 70), resultante da desregulamentação do mercado financeiro, produziu-se uma crise financeira com recessão generalizada em 2009 e grandes repercussões no espaço europeu (Giovanella & Stegmüller, 2014; Oliveira & Holland, 2017). Os governos europeus ‘socorreram’ os seus sistemas financeiros ‘injetando’ fundos públicos no sistema bancário privado e tornando públicas dívidas bancárias privadas (Constâncio, 2014; Wahrig & Vallina, 2011).

Em resultado da publicização de dívidas privadas bancárias, da elevação e diferenciação dos juros pagos pelos diferentes estados europeus, produziu-se elevado endividamento e *déficits* nos orçamentos públicos, conduzindo à denominada “*crise da dívida pública europeia*” (Giovanella & Stegmüller, 2014). Como resultado, na última década, a Europa tem estado ‘mergulhada’ numa crise económica e financeira (crise na Zona Euro) que atingiu, em particular, as economias mais vulneráveis do Sul, tais como Portugal, Espanha e Grécia (Sarmiento, Fernandes, & Trevisan, 2015). De acordo com Garcia (2009), a principal origem da crise pode associar-se à própria dinâmica imposta pelo modo de funcionamento do sistema capitalista que gera crises periódicas, que se manifestam de forma cíclica.

No sentido de estabilizar o sistema financeiro europeu, foram acordados um pacto fiscal e um fundo financeiro de estabilização para apoiar os países em crise. Pelo pacto de austeridade fiscal, os países da União Europeia comprometeram-se com a redução sustentada dos seus *déficits* e maior disciplina orçamental para ‘consolidar’ os seus orçamentos públicos (Giovanella & Stegmüller, 2014). Enfrentando crise de dívida soberana, vários países (e.g., Portugal, Espanha, Grécia, Chipre, Itália e Irlanda) recorreram ao fundo de estabilização (Sarmiento, Fernandes, & Trevisan, 2015). Ao procederem dessa forma, os países tinham que se submeter a um programa de austeridade e ajuste que incluía medidas de reestruturação do mercado de trabalho, sistemas financeiro, tributário, previdenciário e de saúde, acompanhadas de cortes orçamentais, sem precedentes, em diversos programas sociais (Giovanella & Stegmüller, 2014).

Tal como referem Sarmiento, Fernandes e Trevisan (2015),

A austeridade tem sido a receita seguida em todos esses países, com constrangimentos no uso do dinheiro público, restrições nas políticas sociais, despedimentos na administração pública, redução dos salários nominais e aumento de impostos sobre a população ativa. Ao mesmo tempo, reformas estruturais têm sido anunciadas pelos diferentes governos, com o objetivo proclamado de reduzir a dívida pública e de aumentar o crescimento económico. (p. 81)

Em Portugal, a crise financeira tornou-se visível e ‘explosiva’ a partir de abril 2011, quando o país pediu ‘socorro’ à União Europeia e ao Fundo Monetário Internacional. Após o colapso bancário nos EUA e pouco depois do início da crise da dívida grega no primeiro trimestre de 2010, Portugal foi apontado como um investimento de alto risco: as exigências de títulos emitidos pelo Governo diminuíram e a taxa de juros disparou (Moury & Freire, 2013). No entanto, o Primeiro-Ministro Sócrates do PS (Partido Socialista, centro-esquerda) insistiu no facto de que o país não teria de ser resgatado, nem teriam que ser negociadas quaisquer medidas de austeridade em colaboração com a Comissão Europeia (Moury & Freire, 2013). Em março de 2011, todos os partidos da oposição rejeitaram o Pacto de Estabilidade e Crescimento (PEC 4) apresentado pelo Governo, provocando a renúncia de Sócrates e a convocação dos credores internacionais (*Troika*) para resgatar o país (Moury & Freire, 2013). Na eleição nacional de junho de 2011, uma coligação composta pelos dois partidos de direita, o PSD (Partido Social Democrata) e o CDS-PP (Centro Democrático Social - Partido Popular) obteve a maioria absoluta e *“começou a implementar uma série de dolorosas medidas de austeridade, supostamente condicionadas pelos credores internacionais, provocando recessão significativa e agitação social”* (Moury & Freire, 2013, p. 35). De acordo com Benavente, Queiroz e Aníbal (2016), o futuro de Portugal ficou ‘sob resgate’: *“a austeridade imposta pelas instâncias internacionais, a que se aliou um Governo de direita, desencadeou medidas devastadoras do Estado Social”* (p. 49).

### **O ‘estado da natureza’ e a ‘teoria do contrato social’**

Nas palavras de Cosmides (como citado em Gigerenzer & Hug, 1992), um contrato social

Relaciona os benefícios percebidos com os custos percebidos, expressando uma troca na qual um indivíduo é obrigado a pagar um preço (ou atender a um requisito) a um indivíduo (ou grupo) para ser elegível para receber um benefício desse indivíduo (ou grupo).<sup>6</sup> (pp. 129-130)

---

<sup>6</sup> Tradução livre de: “a social contract relates perceived benefits to perceived costs, expressing an exchange in which an individual is required to pay a cost (or meet a requirement) to an individual (or group) in order to be eligible to receive a benefit from that individual (or group)” (Gigerenzer & Hug, 1992, pp.129-130).

A austeridade comprometeu não apenas o contrato social do projeto europeu do pós-guerra, especialmente no que se refere aos compromissos anteriores com o pleno emprego e os serviços nacionais de saúde, como também compromissos específicos relativos aos tratados europeus (Holland, 2015; Janssen, 2015). Um exemplo constitui a referência explícita, em todos os tratados desde o de Roma, ao aumento dos níveis de emprego e à elevação dos padrões de vida (em vez de austeridade), tal como consta no artigo 3º dos ‘Tratados de Funcionamento da União Europeia’ (*Treaties on the Functioning of the European Union*) estabelecidos desde 1957 (Holland, 2016). Enquanto que as instituições que têm exigido austeridade, como a *Troika* ou o *Eurogrupo* (dos ministros das Finanças da Zona Euro), não têm qualquer base de fundamento em qualquer Tratado Europeu, não divulgam quaisquer documentos relativos aos seus procedimentos e não reportam a qualquer autoridade eleita, nomeadamente o Parlamento Europeu (Holland, 2016). Além disso, há evidências notáveis de que a austeridade imposta pela *Troika*, que exigiu cortes nas despesas públicas como um suposto meio de promover a recuperação económica (incluindo as despesas com os serviços nacionais de saúde), não tinha sido justificada e legitimada, nem pelo Departamento de Investigação do próprio FMI, nem pelo prestigiado *US National Bureau of Economic and Social Research* (Holland, 2016).

A ‘teoria do contrato social’ (*social contract theory*) postula uma ‘visão modular e evolutiva do raciocínio humano’: ‘modular’ significa que a teoria explica o desempenho num domínio de conteúdo específico: contratos sociais (Gigerenzer & Hug, 1992). A ‘teoria do contrato social’ é apresentada por Friend (2017) como “a visão de que as obrigações morais e/ou políticas das pessoas dependem de um contrato ou acordo entre elas para formar a sociedade”<sup>7</sup> (para. 1), que estipula as regras pelas quais vivemos e trabalhamos numa sociedade, juntamente com as consequências do não cumprimento dessas regras (Friend, 2017). Esta teoria esteve em voga nos séculos XVII ou XVIII. As razões para isso foram o declínio da aceitação inquestionável da religião e do ‘direito divino’ da monarquia. A necessidade era encontrar algo que justificasse os chamados direitos ‘naturais’. John Locke (1694) baseou isto na propriedade, e muito influenciou a Constituição Americana, embora seja negligenciado que o seu esboço de uma Constituição para a Carolina tenha justificado o direito ‘natural’ à propriedade dos escravos. Jean-Jacques Rousseau (1712 - 1778) adotou uma abordagem diferente, rejeitando a desigualdade e a apropriação por alguns do que deveriam ter sido os direitos naturais à

---

<sup>7</sup> Tradução livre de: “the view that persons’ moral and/or political obligations are dependent upon a contract or agreement between them to form society” (Friend, 2017).

propriedade de outros (Rousseau, 1757/1961, 1762/1962). No entanto, a aplicação da ‘teoria do contrato social’ data de Sócrates (469-399 a.C.) e do tempo do florescimento da civilização grega. Muitos filósofos influentes têm usado a ‘teoria do contrato social’ como argumento para a formação de estruturas governamentais (e.g., John Locke, 1632 - 1704; Rousseau, 1712 - 1778; Thomas Hobbes, 1588 - 1679). A ‘teoria do contrato social’ permite que os seres humanos se sobreponham ao ‘estado da natureza’ (*state of nature*) (uma situação anterior ao estabelecimento da sociedade), em que todos são iguais e não há poder estabelecido para forçar comportamentos (Friend, 2017). As regras que forçam o comportamento podem resultar numa estrutura social organizada (que pode ser justa – como numa democracia – ou injusta – como numa ditadura). Dado que o contrato social dá aos seres humanos as bases sobre as quais se devem construir os governos, Sócrates viu o Estado como a entidade mais importante merecendo a maior lealdade e um respeito profundo (Friend, 2017). Sócrates foi ao limite de aceitar a pena de morte – embora acreditasse que a pena era injusta – surgindo com um argumento convincente dos motivos pelos quais se deveria aceitar a prisão e a pena de morte, em vez de procurar ‘fugir’ e exilar-se numa outra cidade grega porque as leis do Estado deviam, simplesmente, ser obedecidas (Friend, 2017).

Thomas Hobbes (1588 - 1679) usou a ‘teoria do contrato social’ para se posicionar no centro de ideologias políticas, na defesa de uma reforma da autoridade política. Hobbes constrói um argumento provocativo e convincente dos motivos pelos quais devemos estar dispostos a nos submeter à autoridade política (Friend, 2017). Hobbes argumentou que os homens, enquanto vivem num ‘estado da natureza’, enfrentam recursos limitados necessários para a sobrevivência. No entanto, uma vez que todos os homens são criados de forma igual, e que não há poder para forçar a cooperação, a sobrevivência no ‘estado da natureza’ seria extremamente cruel. Assim, esse ambiente geraria desconfiança e possível morte (Friend, 2017). É por causa dessas consequências indesejáveis que os homens devem estar dispostos a criar um contrato social pelo qual possam existir, cooperativamente. Além disso, neste contrato deve haver duas componentes: um conjunto de leis com as quais todos concordam cumprir e um mecanismo de execução (uma pessoa ou grupo de pessoas encarregadas da interpretação e execução do contrato) para essas leis (Friend, 2017). O mecanismo de execução é necessário, porque no ‘estado da natureza’, os homens ainda têm, aos níveis mais elementares, uma certa quantidade de interesse próprio que influencia os seus comportamentos, tal como descrito por Friend (2017):

Além do subjetivismo, Hobbes também infere da sua teoria mecanicista da natureza humana que os seres humanos são necessariamente e exclusivamente auto-interessados. Todos os homens perseguem apenas o que eles percebem estar de acordo com os seus próprios interesses individualmente considerados – eles respondem mecanisticamente ao serem atraídos para o que eles desejam e repelidos por aquilo a que são avessos. Trata-se de uma afirmação universal: destina-se a cobrir todas as ações humanas em todas as circunstâncias – na sociedade ou fora dela, tanto em relação aos estranhos quanto aos amigos, no que diz respeito aos pequenos fins e ao mais generalizado dos desejos humanos, tais como o poder e o estatuto. Tudo o que fazemos é motivado unicamente pelo desejo de melhorar as nossas próprias situações e satisfazer mais dos nossos próprios desejos, considerados individualmente, tanto quanto possível. Temos um desejo infinito e estamos apenas genuinamente preocupados com os nossos próprios interesses.<sup>8</sup> (secção 2. Modern Social Contract Theory, para. 4)

John Locke (1632 - 1704) não tem uma visão tão insensível sobre o ‘estado da natureza’. Locke vê este estado como estado ‘nem desigual, nem cruel’; no entanto, admite que tem os seus inconvenientes. Como um mecanismo para assegurar o seu bem-estar individual, os homens devem concordar com regras mutuamente satisfatórias – um contrato social. Locke também observa que essas regras podem mudar e ser adaptadas à sociedade à medida que novos participantes são adicionados e/ou os membros existentes são removidos da sociedade (Keeley, 1988).

Uma ‘história’ mais complexa é apresentada por Jean-Jacques Rousseau (1712 - 1778) no seu argumento para a necessidade de uma ‘teoria do contrato social’. De forma similar a Locke, Rousseau vê o ‘estado da natureza’ como um estado em que o homem pode existir de forma pacífica e em que a natureza fornecia tudo o que era necessário para sustentar uma pequena população (Friend, 2017). No entanto, ao longo do tempo, verificava-se que à medida que a população aumentava, as pessoas passavam a viver em grupos e a assumir uma divisão de tarefas, como se faz na sociedade atual; isso resultou numa ‘vida mais fácil’, no surgimento do tempo dedicado ao lazer e, conseqüentemente, em comparações entre indivíduos e/ou famílias (Friend, 2017). Esta comparação resultou em valores públicos, positivos e negativos, que levaram à degradação da condição social. Para complicar ainda mais esta condição, foi

---

<sup>8</sup> Tradução livre de: “In addition to subjectivism, Hobbes also infers from his mechanistic theory of human nature that humans are necessarily and exclusively self-interested. All men pursue only what they perceive to be in their own individually considered best interests - they respond mechanistically by being drawn to that which they desire and repelled by that to which they are averse. This is a universal claim: it is meant to cover all human actions under all circumstances – in society or out of it, with regard to strangers and friends alike, with regard to small ends and the most generalized of human desires, such as the desire for power and status. Everything we do is motivated solely by the desire to better our own situations, and satisfy as many of our own, individually considered desires as possible. We are infinitely appetitive and only genuinely concerned with our own selves” (Friend, 2017).

inventada a propriedade privada, que levou a uma desigualdade entre os homens e a uma rápida saída do ‘estado da natureza’ para uma estrutura social mais formal, com classes sociais (Friend, 2017). No seu discurso, Rousseau considera muitas formas de Governo presentes no século XVIII e várias tipologias de leis. A principal conclusão é que, para que um contrato social seja formado, deve ser a vontade de todo o cidadão reunir-se e decidir, com quase unanimidade, como regular a sociedade. Rousseau reconhece que na origem de qualquer contrato social, se encontra a moral da sociedade – a pedra angular imutável da ‘teoria do contrato social’ (Friend, 2017; Rousseau, 1762/1962).

A intenção de Rousseau era que o seu contrato social fosse considerado em sociedades muito pequenas, em que todos se conheciam, o que é confirmado pela sua insistência em ‘*Du Contrat Social*’ (1762/1962) de que os membros da sociedade, que negociam e concordam com um contrato desse tipo, devem conhecer-se. Esta é uma condição altamente restritiva e impossível a nível macro, mesmo para um Estado-nação tão pequeno como o Luxemburgo ou o Mónaco (Holland, 2017). Mas é extremamente relevante a um nível meso, de indústria ou de ramo de atividade, em que os gestores e os funcionários podem já se conhecer, ou ter formas de comunicação estruturadas através das quais podem vir a conhecer-se, e negociar a mudança em benefício mútuo (Holland, 2017). Dentro do ‘contrato social’ de Jean-Jacques Rousseau para uma pequena sociedade, todos têm, portanto, um interesse mútuo em cumprir uma regra ou lei explícita, porque fazê-lo seria consentir o que se tinha acordado, com os outros, para si mesmo (Holland, 2017). O ‘legislador’ para a formação de um contrato social não era propriamente um legislador, mas antes um conselheiro (para aqueles que desejassem entrar em acordo) e que teria experiência suficiente em diferentes sociedades para ser capaz de aconselhá-los sobre as implicações do que eles estavam a considerar, incluindo as características do emprego e se isso geraria ou não desigualdades susceptíveis de ameaçar a integridade do próprio contrato (Holland, 2017). Assim como um consultor, o ‘legislador’ de Rousseau era um participante, não um parceiro; quando terminava o seu trabalho, iria embora e apenas seria chamado se surgisse um problema em que seu conselho adicional fosse procurado. Este princípio ainda é relevante para saber se um novo *design* organizacional ou operacional é concebido e feito de ‘cima para baixo’ ou sugerido a partir da base e nível intermédio ‘para cima’ (Holland, 2017). O que os empregados de nível inferior propuserem será mais aceitável na facilitação da mudança uma vez que já tem o seu consentimento (implícito ou explícito); podem aconselhar-se de forma independente sobre o que isso implica, em vez de apenas ‘trazê-lo do topo’ (Holland, 2017). Ou, se os pressupostos subjacentes e os seus direitos

são suficientemente acordados, podem simplesmente concordar com os princípios e, em seguida, ‘trabalhar’ para lhes dar cumprimento, numa base de vantagem mútua (Holland, 2017).

Aquilo que sugerimos neste trabalho também é relevante para o conceito de contrato social a nível nacional. Do mesmo modo, no contexto de austeridade que assola os países do Sul da Europa, como Portugal, desde o início da crise da Zona Euro. Tal como assumir que um SNS gratuito nos pontos de uso é um serviço social e considerar esse contrato quebrado ou violado, caso sejam introduzidas taxas para o seu uso ou se a privatização permitir que empresas ou corporações privadas façam lucro para os acionistas de serviços de saúde (Holland, 2016, 2017). Por exemplo, pelo facto de não haver uma unidade de cirurgia ou de radiologia equipada, ou uma nova tecnologia adotada, ou um medicamento prescrito por um Serviço Nacional de Saúde (SNS) que não gere rendimentos para o setor privado (Abiad, Furceri, & Topalova, 2016; Auerbach & Gorodnichenko, 2011; Blanchard & Leigh, 2013).

Ao responder a uma crise causada pelos bancos, os governos europeus ‘salvaram-nos’ da loucura especulativa e permitiram que a *Troika* da Comissão Europeia, do Banco Central Europeu e do FMI impusessem cortes nas despesas públicas, independentemente dos desejos expressos, em eleições ou referendos, pelos cidadãos desses países (Holland, 2016). Tal foi notoriamente o caso na Grécia. Uma hora após a vitória de Syriza nas eleições gerais de janeiro de 2015, o ministro das Finanças alemão, Wolfgang Schäuble, declarou: “*A eleição nada altera... Não há alternativa às reformas estruturais*”, acrescentando que a Grécia deve “*manter as regras*”. Quando um referendo contra uma maior austeridade ganhou mais de 62% de apoio em julho de 2015, o Eurogrupo dos ministros das finanças da Zona Euro ‘apertou’, em vez de ‘abrandar’, os termos para mais austeridade (Holland, 2016). Além disso, como o departamento de pesquisa do FMI publicou em 2014, não há evidência em qualquer economia da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) de que as ‘reformas estruturais’, no sentido em que desafiam a segurança dos funcionários e reduzem os seus direitos no trabalho, têm inibido a eficiência operacional ou inovação (Holland, 2016). O que emergiu foi uma ideologia dominante assente no facto de que apenas a austeridade pode resgatar a dívida e os défices e numa negação da afirmação paralela de Adam Smith de que as economias funcionais dependem de sociedades funcionais e justas (Smith, 1757/1961; Oliveira & Holland, 2012). Isto aprofundou o défice democrático de longa data da Europa. Austeridade como fé, como se não houvesse alternativas, também violou os sucessivos compromissos do

Tratado Europeu com o aumento dos padrões de vida e de inclusão social e arriscou a desintegração do ‘projeto europeu’ do pós-guerra, do qual a votação do Reino Unido em referendo a favorecer a retirada da UE em junho de 2016, tem sido sintomático (Holland, 2016). O que também tem importância para a nossa distinção entre lógicas institucionais organizacionais e operacionais no sentido de que os governos sujeitos ao ‘ajustamento estrutural’ já não são soberanos na forma de gerir um serviço público de saúde. Em vez disso, como em Portugal a partir de 2013, a *Troika* exigiu uma avaliação do desempenho de todos os trabalhadores da saúde em nome da eficiência económica. Isso reforçou a lógica da NGP no Reino Unido, que acabou com a relação de ‘confiança’ tipificada por Richard Titmuss no seu ‘*Gift Relationship*’ (Holland, 2016) como a base de um serviço público de saúde. Significou também a introdução de novos níveis de gestão a nível organizacional e operacional, muitos dos quais não tinham experiência ao nível de um serviço de saúde (a não ser como utilizadores), com um efeito totalmente negativo em termos de eficiência económica, uma vez que tal aumentou os custos administrativos no SNS até 2011 de menos de 5% para mais de 14% (Leys & Player, 2011).

### **Lógicas institucionais, organizacionais e operacionais**

Entenda-se por lógicas, de acordo com Thornton e Ocasio (2008), “*as práticas, pressupostos, valores, crenças e regras, socialmente construídos, através dos quais os indivíduos produzem, organizam, dão espaço e conferem significado à sua realidade social*”<sup>9</sup> (p. 804). No contexto da gestão organizacional, ‘lógica’ pode ser definida como o conjunto de práticas e construções simbólicas que constituem os princípios organizacionais, além da compreensão racional (Thornton & Ocasio, 2008; Thornton, Ocasio, & Lounsbury, 2012). Estas práticas são definidas como matrizes mediadas pela atividade humana e organizadas em torno da compreensão da prática partilhada e fornecem diretrizes para a ação, interesses e identidade dos trabalhadores (Lok, 2010; Oliveira & Holland, 2013; Oliveira et al., 2014). Esta tese propõe que as teorias de governação podem ser melhor entendidas através da distinção das lógicas organizacionais e operacionais da lógica institucional e das lógicas explícitas das lógicas implícitas (Oliveira, 2006). Assim como o SNS é uma instituição (nível macro), com a sua própria lógica explícita, as autoridades da área da saúde ou os hospitais são organizações (nível meso) com regras e

---

<sup>9</sup> Tradução livre de: “the socially constructed practices, assumptions, values, beliefs, and rules by which individuals produce, organize, space, and provide meaning to their social reality” (Thornton & Ocasio, 2008, p.804).



normas, quer explícitas, quer implícitas, e as unidades e serviços dentro do hospital envolvem lógicas operacionais (nível micro) que tendem a ser, quer explícitas, quer implícitas (Oliveira, 2006; Oliveira & Holland, 2013). Sustenta que essas distinções podem definir os limites da NGP na reforma dos serviços públicos e da administração pública no sentido de que a sua lógica institucional implícita tem sido Weberiana em termos de hierarquia, a lógica organizacional implícita tem sido Fordista em termos de assumir ganhos de economias de escala e a lógica operacional tem sido tanto Taylorista quanto Foucaultiana em termos de *'intrusive surveillance'*, com resultados que negam a eficiência, almejam os seus defensores iniciais e alienam os profissionais de uma forma violadora do contrato psicológico (Oliveira et al., 2014).

Em todo o mundo, as organizações são confrontadas com diferentes restrições impostas pelo ambiente em que atuam, o que pode ser o resultado de diferenças fundamentais entre países (Paauwe & Boselie, 2005). Os países anglo-saxônicos, como os EUA, estão menos institucionalizados relativamente às relações de trabalho, incluindo as relações laborais e as questões relacionadas com a GRH, do que os países da Renânia, como a Alemanha, a França e os Países Baixos (Paauwe & Boselie, 2005). Por exemplo, nos Países Baixos, os benefícios dos empregados são quase completamente determinados de forma coletiva (Visser & Hemerijck, 1997), os mecanismos institucionais incluem a influência dos parceiros sociais, tais como os sindicatos e os conselhos de empresas (*works councils*), e a legislação laboral relativa aos conselhos de empresas, condições de emprego, negociação e contratação coletiva, flexibilidade de emprego e segurança no trabalho (Paauwe & Boselie, 2005). Bem como acordos entre os parceiros sociais e o Governo, a nível macro, sobre como combater o desemprego, como reduzir o número de pessoas com direito a pensões por invalidez, etc. (Paauwe & Boselie, 2005). As diferenças entre as restrições ambientais também podem ser uma consequência das diferenças setoriais: por exemplo, o contraste entre as organizações tradicionais de produção e as organizações emergentes de serviços e conhecimento-intensivas (Paauwe & Boselie, 2005). De acordo com Paauwe e Boselie (2005),

Levando em conta as possíveis diferenças institucionais desta maneira, implica que precisamos refinar a análise da GRH para explicar a modelagem das práticas de RH em diferentes contextos institucionais [e] a ideia de que as organizações estão profundamente inseridas em ambientes institucionais mais amplos sugere, de acordo com Powell (1998), que as práticas organizacionais são, muitas vezes, ou reações diretas de, ou respostas a, regras e estruturas construídas em seus ambientes mais abrangentes.<sup>10</sup> (p. 59)

---

<sup>10</sup> Tradução livre de: "taking possible institutional differences into account in this manner implies that we need to refine the analysis of HRM in order to account for the shaping of HR practices in different institutional

Para DiMaggio e Powell (1983), três mecanismos institucionais influenciam a tomada de decisão nas organizações: (1) mecanismos coercivos, decorrentes da influência política e do problema da legitimidade; (2) mecanismos miméticos, que resultam de respostas padrão à incerteza; e (3) mecanismos normativos, que estão associados à profissionalização. No que se relaciona com a GRH, os mecanismos coercivos incluem a influência dos parceiros sociais (p.e., os sindicatos), a legislação laboral e o Governo. Os mecanismos miméticos referem-se a imitações de estratégias e práticas de concorrentes como resultado da incerteza, ou ‘modismos na moda’ no campo da gestão. O interesse atual mostrado pelas organizações para o desenvolvimento e implementação de um *scorecard* de RH (Becker, Huselid, & Ulrich, 2001) pode vir a ser um exemplo típico de um mecanismo mimético no campo da GRH. Os mecanismos normativos referem-se à relação entre as políticas de gestão e os antecedentes dos empregados em termos de nível educacional, experiência profissional e redes de identificação profissional. No entanto, isso depende da inversão dos paradigmas weberianos *top-down* que ainda tendem a dominar muito o pensamento e a prática de gestão no Ocidente (Weber, 1957). Por exemplo, as habilidades e a criatividade potencial dos funcionários tendem a ser tácitos e implícitos no contexto da sua experiência operacional. No entanto, os gerentes de topo raramente se esforçam para identificar isso e, em muitos casos, negligenciam o valor do que os funcionários de nível inferior sabem que ‘está a ir bem, menos do que bem ou errado’, mas que pode ser corrigido ou melhorado (Holland, 2015). Weber é conhecido por ter caracterizado as diferenças entre paradigmas carismáticos, tradicionais e modernos, ou o que ele considerava ‘tipos ideais’, quer de liderança, quer de governação e em que o seu tipo de eficiência ‘moderna’ era a burocracia (Holland, 2015). Ele foi criticado por Blau (1964) por tender a presumir que a burocracia como uma forma de organização implica que aqueles que trabalham dentro dela são burocratas. Wrong (1970) endossa o mesmo ponto, alegando que exércitos, fábricas e hospitais podem ser burocracias no sentido de Weber, e que aqueles que os comandam podem ser burocratas, mas que combatentes, operários, enfermeiros e estagiários não são burocratas nem consideram bem-vindos os procedimentos burocráticos. Além disso, uma ironia subjacente à identificação de Weber da burocracia como um ‘tipo ideal’ – ou arquétipo –, é muitas vezes ‘esquecida’ quando se faz referência a ele, que, pessoalmente, a deplorou (Weber, 1947). Ele reconheceu que a sua estrutura de poder piramidal era

---

settings” [e] “the idea that organisations are deeply embedded in wider institutional environments suggests, according to Powell (1998), that organisational practices are often either direct reactions of, or responses to, rules and structures built into their larger environments” (Paauwe & Boselie, 2005, p. 59).

oligárquica e não democrática, impenetrável para os seus clientes e ‘sem alma’ na sua negação do individualismo (Weber, 1957). A este respeito, lamentou os seus “*especialistas sem visão, sensualistas sem coração; essa nulidade que imagina que atingiu um nível de civilização nunca antes alcançado*”<sup>11</sup> (Weber, 1957, p. 118).

### **Nova Gestão Pública e mudança de lógicas**

Com origens no final do século XIX, a ‘administração pública tradicional’ atingiu o seu auge no sistema de providência social de Inglaterra (*Welfare British*) depois de 1945; naquela época, os países desenvolvidos consideravam que era um sistema de gestão da administração pública que satisfazia todas as necessidades da sociedade; no entanto, progressivamente entrou em decadência ao fim de cerca de 100 anos (Dargie & Rhodes, 1996). As lógicas inerentes à ‘velha’ administração pública consistiam em: (1) cumprir os procedimentos padronizados; (2) separar o pensamento da ação; (3) separar a formulação da implementação das políticas; (4) dicotomia política e administrativa; e (5) o Governo encarrega-se do produto e serviço público (Runya, Qigui, & Wei, 2015). Quando a teoria tradicional da administração pública deixou de conseguir fornecer orientação teórica eficaz para a gestão do Governo contemporâneo, os países desenvolvidos ocidentais levaram a cabo um movimento sobre o modo de gestão do Governo, que ficou conhecido como a NGP, “*um conjunto de ideias e práticas (incluindo reinvenção e neomanergerialismo) que, na sua essência, procura a utilização de abordagens de negócio do setor privado no setor público*”<sup>12</sup> (Denhardt & Denhardt, 2000, p. 550).

O movimento da NGP começou no final dos anos 1970 e início dos anos 1980. Os seus primeiros adotantes surgiram no Reino Unido e nos governos municipais dos EUA (por exemplo, Sunnyvale, Califórnia) que sofreram mais com a recessão económica e as revoltas com os impostos; os governos da Nova Zelândia e da Austrália juntaram-se depois ao movimento (OCDE, 1995). Em Inglaterra, a aproximação às novas lógicas subjacentes ao novo paradigma de gestão, começou com o denominado ‘pequeno Governo’ (*small government*) e com a ‘inovação de gestão financeira’ (*financial management innovation*), levados a cabo pelo Governo de Thatcher nos anos 1980, e prosseguindo com ‘O Movimento da Carta dos Cidadãos’

---

<sup>11</sup> Tradução livre de: “[s]pecialists without vision, sensualists without heart; this nullity that imagines that it has attained a level of civilization never before achieved’ (Weber, 1957, p. 182).

<sup>12</sup> Tradução livre de: “a cluster of ideas and practices (including reinvention and neomanergerialism) that seek, at their core, to use private-sector business approaches in the public sector” (Denhardt & Denhardt, 2000, p.550).

(*the Citizens' Charter Movement*) do Governo de Major e a 'terceira via' (*the Third Way*) do Governo de Blair (Runya, Qigui, & Wei, 2015). Essas reformas procuravam promover o papel do mercado; Thatcher argumentava então que a superioridade das técnicas de gestão do setor privado poderia melhorar a eficiência e a eficácia dos serviços prestados por organizações públicas (Runya, Qigui, & Wei, 2015). O sucesso obtido com estas experiências colocou as reformas administrativas da NGP nas agendas da maioria dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e de outras nações (OCDE, 1995). Só mais tarde os académicos identificaram as características comuns dessas reformas e organizaram-nas sob o rótulo de NGP (Dunsire, 1995).

A NGP emergiu então como o novo paradigma de gestão pública e, assentando particularmente nos trabalhos de Hood (1991, 1995) no Reino Unido, tornou-se depois o paradigma dominante, na teoria e na prática, da administração pública à escala global (Levy, 2010; Pollitt, 2004; Pollitt & Bouckaert, 2011). Com base nesta nova abordagem de gestão, várias organizações de serviços públicos foram sujeitas a profundas reestruturações em vários países a nível mundial, subtraindo importância aos princípios e lógicas subjacentes à 'velha administração pública', que começavam a ser alvo de criticismo por vários académicos (e.g., Dunleavy, 1985; Mishra, 1984; Ostrom & Ostrom, 1971). Depois das críticas encetadas na comunidade académica, também as elites políticas criticaram as lógicas subjacentes à 'administração pública tradicional' defendendo que não eram já mais adequadas para o desenvolvimento do setor público (Harding & Preker, 2000; O'Donnell, O'Brien, & Junor, 2011). As mudanças introduzidas nos setores da educação (e.g., Araújo, Tavares, & Rocha, 2014; Dunleavy & Hood, 1994; Ferlie, Musselin, & Andresanie, 2008), da saúde (e.g., Pollitt, Thiel, & Homburg, 2007; Russell, Bennett, & Mills, 1999) e no setor judiciário (e.g., Barzelay, 2001; da Cunha, 2016; Hughes, 2012), são disso exemplo. Defendia-se que os modelos administrativos de gestão pública estavam adaptados a um ambiente estável e de avanços lentos (Osborne & Brown, 2005) e a conceção burocrática, tradicionalmente associada às organizações de serviços públicos (Denhardt & Catlaw, 2014), já não se coadunava com o ambiente acelerado em que viviam as organizações, que exigia uma adaptação rápida e permanente (Doherty, Horne, & Wootton, 2014; Hughes, 2012).

Apesar das suas várias importantes contribuições para o desenvolvimento da gestão no setor público, a 'administração pública tradicional' *"começou a ser vista como sinónimo de burocracia, hierarquia e controlo"* (Denhardt & Denhardt, 2000, p. 550). Mas outros fatores

contribuíram para esta desadequação e mudança de lógicas de gestão dos serviços públicos. Osborne e Brown (2005), por exemplo, referiram-se a: (1) alterações demográficas, particularmente o envelhecimento da população; (2) mudanças nas expectativas dos cidadãos, que se tornaram mais exigentes em termos de opções de escolha e qualidade dos serviços públicos prestados; (3) alterações políticas, que demarcam uma alteração de paradigma quanto à hegemonia do estado na sua função de satisfação das necessidades públicas; e (4) mudanças económicas, que implicaram que as organizações de serviços públicos já não possam estar dependentes de crescimentos contantes; em vez disso, têm que se focalizar na utilização eficiente e eficaz dos recursos, cada vez mais escassos.

Hughes (2006, citado em O’Flynn, 2007) refere-se a quatro grandes lógicas caracterizadoras da NGP: (1) a gestão (i.e., resultados e responsabilidade de gestão) passou a ser a função de primeira ordem, substituindo a administração (i.e., seguir instruções); (2) princípios económicos [i.e. resultantes da ‘teoria de escolha pública’ (*public choice theory*), ‘teoria do agente-principal’ (*principal-agent theory*), contratação (*contracting*), concorrência (*competition*), a ‘teoria da empresa’ (*theory of the firm*) e a ‘teoria dos custos de transação’ (*transaction-cost theory*)], podem ajudar a administração pública; (3) práticas e teorias de gestão moderna (i.e., flexibilidade na contratação e organização) podem melhorar a gestão pública; e (4) a prestação dos serviços é importante para os cidadãos. A visão racional que deriva da economia é a de que *“todo o comportamento humano é dominado pelo interesse próprio e desejo de maximização dos benefícios”* (Boston, Martin, Pallot, & Walsh, 1996, p. 17). Dessa forma, os indivíduos teriam maiores níveis de escolha para a sua satisfação individual e por razões de eficiência. Esta era a lógica da ‘teoria da escolha pública’; a ‘teoria de agência’, por sua vez, postula o argumento de que o ‘principal’ deverá ser distinguido dos agentes de modo a que o principal possa controlar e responsabilizar os agentes pelos resultados; a teoria da economia institucional, também designada por ‘teoria dos custos de transação’ (*transaction-cost theory*), defende que, uma vez que todos os indivíduos agem no seu próprio interesse e desejo de maximizarem os seus benefícios, é importante que os custos de transação de cada serviço sejam examinados (Boston et al., 1996; Gruening, 2001).

Apesar das lógicas, filosofias e conceitos da NGP também derivarem do campo da economia, nomeadamente, as referidas ‘teoria da escolha pública’, ‘teoria de agência’ e ‘teoria dos custos de transação’ (Boston et al., 1996), por detrás das reformas da NGP tem estado o princípio de que as premissas, lógicas e as práticas vigentes no setor privado são aplicáveis ao setor público

(Hood, 1991; 1995; Pollitt, 1990, 2004) e, conseqüentemente, as características que distinguem as instituições do setor público das do privado deverão ser reajustadas (Bach & Givan, 2010; Boyne, 2002). Nesse sentido, uma das teorias mais representativas do novo sistema de administração pública foi a teoria do 'governo empresarial' (*Entrepreneurial Government*) proposto por Osborne e Gaebler (1993) em "Reforma do Governo" (*Reform of the Government*). Defende-se que uma melhor gestão oferece à sociedade mais oportunidades de sucesso material, consubstanciando-se na crença de que os princípios de gestão do setor privado são igualmente aplicáveis a agências públicas (Hughes, 1998, 2012). Esta é a ideologia do 'managerialismo' (*managerialism*) cuja essência reside no pressuposto de que a gestão é uma atividade genérica, puramente instrumental, que incorpora um conjunto de princípios que podem ser aplicados às organizações públicas e privadas (Boston et al., 1996).

Vários autores (e.g., Dawson & Dargie, 1999; Dunleavy & Hood, 1994; Hood, 1991, 1995; Hughes, 1998, 2012; Levy, 2010; Osborne & Gaebler, 1993; Pollitt, 1991, 1995; Pollitt & Bouckaert, 2011) se têm referido aos elementos caracterizadores da reforma administrativa do setor público e aos componentes doutrinários subjacentes à NGP. Osborne e Gaebler (1993) consideraram os seguintes elementos-chave da NGP: (1) a tarefa do Governo é dirigir em vez de remar; (2) colocar o mecanismo de concorrência nos serviços públicos; (3) o Governo deve prestar mais atenção ao desempenho no trabalho; (4) o recetor do serviço do Governo é o 'cliente'; (5) o Governo deve atender às necessidades dos clientes, não à necessidade da burocracia; (6) a descentralização do Governo: da hierarquização à participação e colaboração; e (7) o Governo deve considerar o mercado como orientação. De acordo com Hood (1991, 1995), o autor que introduziu o conceito de NGP, e de Pollitt (1995), que muito contribuiu para o desenvolvimento da NGP enquanto campo de estudo, os pressupostos em que assenta a NGP são:

- (1) primazia aos estilos de práticas de gestão do setor privado (aplicação ao setor público dos modelos de gestão do setor privado; por exemplo, no que se refere aos sistemas de contratação e recompensa – maior flexibilidade) (Hood, 1991, 1995);
- (2) profissionalização da gestão (a gestão das organizações públicas requer competências profissionais de gestão, um controlo mais ativo por parte dos gestores de topo, com poder discricionário) (Hood, 1991, 1995);
- (3) ênfase na disciplina e parcimónia na utilização dos recursos (maior controlo e disciplina na utilização dos recursos públicos e procura ativa de soluções alternativas para prestar o serviço público a custos mais reduzidos; procura de maior transparência na alocação dos recursos; corte nos gastos, diminuição nos orçamentos; ênfase no controlo e nos resultados, deve ser dada maior relevância ao desempenho e aos resultados) (Hood, 1991, 1995; Pollitt, 1995);

- (4) padrões de desempenho e medidas de avaliação (são necessários critérios objetivos e explícitos para a avaliação das operações e dos serviços) (Hood, 1991, 1995);
- (5) mudança na base de emprego público de sistemas permanentes e baseados em padrões de condições e incentivos definidos a nível nacional para contratos de equipa (Pollitt, 1995);
- (6) pagamentos com base na gestão e determinação local dos incentivos financeiros e condições de emprego (Pollitt, 1995);
- (7) reorganização das unidades do setor público (mudança para a desagregação das unidades no setor público por produto, geridas separadamente e maior delegação das decisões relacionadas com a alocação de recursos; descentralização da autoridade de gestão dentro das agências públicas; desagregação das organizações tradicionalmente burocráticas em agências separadas) (Hood, 1991, 1995; Pollitt, 1995);
- (8) introdução da concorrência no setor público e separação da função de prestação de serviços públicos da função de aquisição (ênfasis e aumento da concorrência no setor público, quer com outras organizações do mesmo setor, quer com organizações do setor privado; introdução de mecanismos do tipo de mercado ou quase-mercado) (Hood, 1991, 1995; Pollitt, 1995).

Para transformar efetivamente o setor público e garantir a sua sustentabilidade e eficiência de acordo com a mudança de lógicas institucionais (Brignall & Modell, 2000; Lok, 2010), também as lógicas organizacionais e as lógicas operacionais tiveram que ser revistas e reajustadas às novas prioridades de governação e gestão (Dawson & Dargie, 1999; Oliveira & Holland, 2013). Estas reconfigurações, por sua vez, tiveram profundas implicações sobre a forma de prestação dos serviços no que à relação e relevância dos diferentes domínios de práticas (partilhadas por vários profissionais) diz respeito, tendo-se tornado mais evidente do que nunca a necessidade de articulação das práticas instituídas aos vários níveis hierárquicos [de topo (*senior*), intermédio (*middle*) e de primeira-linha (*junior*)], particularmente dos serviços e das unidades (Andreasson, Eriksson, & Dellve, 2016). Uma prática pode ser definida como uma “*ação recorrente, materialmente delimitada e localizada, praticada por membros de uma comunidade*” (Orlikowski, 2002, p. 256, tal como citado em Mørk, Hoholm, Maaninen-Olsson, & Aanestad, 2012). Para Thornton, Ocasio e Lounsbury (2012), práticas são consideradas como conjuntos de atividades que apresentam significação social e, por isso, abarcam sentido coerente e estabilidade em determinado contexto. As mudanças ocorreram não apenas nas práticas de domínio substantivo (tais como as práticas clínicas, no setor da saúde, ou práticas de ensino, no setor da educação) como também nas práticas de domínios tecnológico, científico e, principalmente, de domínio político-de gestão (Mørk et al., 2012), particularmente de gestão do desempenho, organizacional e humano: procura de (novas) práticas de gestão que facilitem e potenciem maiores níveis de desempenho (Oliveira & Raposo, 2016; Oliveira, Holland, & Filipe, 2017).

A nível global, estas mudanças passaram pela implementação de sistemas importadas do setor produtivo que assentam no conceito de melhoria contínua, direcionados à melhoria de gestão dos processos, tais como a ‘Gestão pela Qualidade Total’ (*Total Quality Management*) (McLaughlin & Kaluzny, 1990), ‘Six Sigma’ (Revere & Black, 2003) e ‘Lean Production’ (Radnor, Holweg, & Waring, 2012). Apesar de distintos, estes sistemas de gestão têm em comum o facto de, sistematicamente, procurarem mudanças nos processos (Dahlgard & Dahlgard-Park, 2006) que suportem o crescimento e o desenvolvimento organizacionais (Goetsch & Davis, 2014; Lawal et al., 2016). A aplicação destes sistemas implicou, por exemplo, alterações na tecnologia utilizada para gerir os fluxos de informação intra e interorganizações, e destas com as entidades reguladoras do Estado, a contratação de serviços em regime de ‘outsourcing’ e a introdução do sistema de gestão de inventário ‘just-in-time’ (Dahlgard & Dahlgard-Park, 2006). No contexto das reformas hospitalares, a redução do número de camas e do tempo de permanência dos doentes (os pacientes têm que ser tratados mais rapidamente e apenas permanecem no hospital no período de tempo em que o seu estado de saúde se apresenta mais crítico) (Beardwood, Walters, Eyles, & French, 1999; Chen et al., 2006) são alguns dos exemplos de medidas adotadas.

### **Uma economia de serviços e conhecimento**

Ao longo dos últimos 60 anos, o setor dos serviços tem crescido e vindo a dominar a atividade económica nas economias industriais mais avançadas (Rust & Huang, 2014) e, atualmente, pode-se afirmar que vivemos numa ‘economia baseada nos serviços’ (Bowen, 2016; Gallouj, Weber, Stare, & Rubalcaba, 2015). Tem sido sugerido que a emergência do setor dos serviços resultou de uma progressão natural em que o domínio económico mudou, primeiro da agricultura para a indústria e, depois, para os serviços (Bowen, 2016). Existe ainda um grande consenso entre economistas e analistas de que, no futuro próximo, o maior crescimento da economia continuará a ocorrer no setor dos serviços (Rust & Huang, 2014) e advirá das ocupações criativas ou baseadas no conhecimento, impondo-se cada vez mais, a maior importância dos ‘trabalhadores do conhecimento’ (*knowledge workers*) (Joo, 2010; Stone & Deadrick, 2015). Estes são considerados empregados de ‘alto nível’ que aplicam conhecimento teórico e analítico, adquirido através de educação formal, no desenvolvimento de novos produtos ou serviços (Drucker, 2002). O principal propósito das suas funções relaciona-se com a criação, distribuição e aplicação de conhecimento (Davenport, 2016).



Um serviço é o conjunto de atividades realizadas por uma organização para responder às expectativas e necessidades do cliente ou utilizador (Rust & Huang, 2014). Outras definições de serviços enfatizam uma troca entre duas ou mais partes e uma transformação (potencialmente intangível) recebida por um cliente/utente/utilizador (e.g., Bowen, 2016; Haynes, 2015; Kotler & Bloom, 1984; Pugh & Subramony, 2016)<sup>13</sup>. A natureza da atividade de serviços é bastante ampla (e.g., Governo, cuidados de saúde, educação, finanças, transporte, comunicação, negócios). Distingue-se serviço público de serviço prestado pelo setor privado, o segmento da economia nacional que é detido, controlado e gerido por indivíduos ou organizações privadas (Gallouj et al., 2015). Um serviço público é um serviço prestado pelo Governo aos cidadãos, quer de forma direta (através do setor público), quer através do financiamento dos serviços prestados por organizações privadas (McGregor, Campbell, Macy, & Cleveland, 1982). Com a Revolução Industrial no Norte da Europa e na América do Norte no século XIX, novos ambientes urbanos foram criados e, com eles, novas necessidades sociais (Doherty, Horne, & Wootton, 2014). Numa mistura entre filantropia e interesse efetivo, os estados foram encorajados a oferecer serviços promotores do bem-estar dos seus cidadãos, difundindo-se a prestação de serviços públicos (Gallouj et al., 2015).

Para melhor compreender o *design* dos serviços, porque a sua gestão implica diferentes abordagens e para o enquadramento das implicações das reformas encetadas na gestão dos serviços públicos, é fundamental que se considere a natureza particular dos serviços, diferente das atividades de produção (Pugh & Subramony, 2016). Os serviços não são bens e as suas características diferem dos bens (Shostack, 1977). Além disso, a distinção é muito persistente no discurso comum, o que mostra que é útil e importante (Griffin, 1997; Hill, 1977)<sup>14</sup>.

Neste pressuposto, as organizações podem ser divididas em duas grandes categorias: organizações de produção/fabricação e organizações de serviços, cada uma assentando o seu funcionamento em diferentes lógicas (Lusch & Vargo, 2006, 2014), o que coloca desafios únicos

---

<sup>13</sup> Em sentido lato, um serviço constitui uma mudança na condição de determinada pessoa, ou num bem que pertence a uma entidade económica, provocada pela atividade de alguma outra entidade económica, com a aprovação da primeira pessoa, ou entidade económica (Hill, 1977).

<sup>14</sup> A distinção entre bens e serviços foi enfatizada por Adam Smith e considerada como uma questão de grande importância pelos economistas clássicos (Hill, 1977). Ele deu origem à diferenciação, um pouco emotiva, entre trabalho produtivo e improdutivo, consoante o trabalhador seja contratado na produção de bens ou serviços, uma distinção que, por influência de Marx, sobreviveu nos países socialistas (Hill, 1977). Esta distinção assume menor importância, no entanto, entre os economistas neo-clássicos até hoje, e é geralmente considerada como trivial. Marshall, por exemplo, rejeitou serviços como 'produtos imateriais', enquanto os economistas contemporâneos tendem a descrevê-los como 'bens imateriais' ou simplesmente como 'bens' (Hill, 1977).

de gestão (Gallouj et al., 2015). Conforme afirmam Doherty, Horne e Wootton (2014), o trabalho de um gestor numa organização de serviços não é igual ao trabalho de um gestor de uma organização que assenta numa lógica produtiva. Para tal concorrem quatro distinções básicas: (1) a tangibilidade da produção *versus* intangibilidade do serviço; (2) a homogeneidade dos produtos *versus* heterogeneidade dos serviços; e (3) a simultaneidade na relação com o consumidor/utilizador (nos serviços); (4) a automatização possível na produção:

- (1) o *output* de uma organização de serviços é intangível; as organizações de fabricação produzem bens físicos e tangíveis que os clientes podem ver e tocar e podem ser armazenados (os fabricantes produzem para stock, com os seus níveis alinhados com as previsões de procura do mercado; as organizações de serviços não produzem um serviço a menos que um cliente o exija) (Pugh & Subramony, 2016);
- (2) a heterogeneidade dos serviços decorre do facto dos elementos explícitos e implícitos dos serviços assentarem nas preferências e perceções individuais; é nesse sentido que se verificam diferenças nos outputs e resultados entre organizações que prestam o mesmo serviço, dentro da própria organização e ainda para o mesmo empregado em diferentes ocasiões; esta heterogeneidade torna difícil a padronização da qualidade dos serviços, quando comparada com o atributo da homogeneidade dos produtos (Pugh & Subramony, 2016);
- (3) no setor dos serviços, a produção e o consumo ocorrem simultaneamente; nas organizações de fabricação a maioria dos clientes não tem contato direto com a operação (Pugh & Subramony, 2016). Em organizações de serviços, os clientes estão presentes durante a prestação do serviço. Hospitais, escolas, teatros são exemplos de organizações de serviços em que o cliente está presente durante a criação do serviço (Pugh & Subramony, 2016);
- (4) embora os sistemas de gestão do conhecimento permitam um certo grau de partilha de conhecimento, os fabricantes podem automatizar muitos dos seus processos de produção, enquanto a prestação de serviços é um trabalho intensivo e não pode ser facilmente automatizado (Lusch & Vargo, 2006, 2014).

Apesar das diferenças identificadas, as organizações de serviços e de produção têm em comum a necessidade de pessoas qualificadas (com os conhecimentos, capacidades e competências específicas e ajustadas aos seus processos e sistemas de produção ou de difusão dos serviços distintos oferecidos), para criar um negócio rentável (Doherty, Horne, & Wootton, 2014; Lusch & Vargo, 2006, 2014). No entanto, mais do que nas organizações de produção, na prestação de um serviço, o aspeto relacional é fundamental, não apenas na relação direta com o utilizador, como também na relação estabelecida entre os diferentes intervenientes no processo de prestação do serviço (Pugh & Subramony, 2016; Stone & Deadrick, 2015).

Independentemente de serem prestados pelo setor privado ou público, existem elementos comuns a diferentes tipos de serviços, nomeadamente: (1) a interação próxima do prestador com o utilizador; (2) a simultaneidade da produção e do consumo; (3) a combinação do conhecimento em sistemas úteis; (4) a troca como um processo e pontos de experiência; (5) a

exploração das tecnologias de informação e comunicação e transparência; e (6) a natureza (intangível, inseparável, variável) do conhecimento criado e trocado (Chesbrough & Spohrer, 2006; Fitzsimmons, Fitzsimmons, & Bordoloi, 2006; Sampson, 2001).

A troca de serviços envolve uma troca negociada entre um prestador e um adotante (fornecedor e cliente) para o fornecimento de (predominantemente) ativos intangíveis (Rust & Huang, 2014). A troca é cograda por ambas as partes, e o processo de adoção ou o consumo é uma parte integrante da transação; além disso, envolve muitas combinações complexas, quer de conhecimento codificado, quer tácito<sup>15</sup>; a abundância de informação e a necessidade de ter em consideração o conhecimento tácito faz com que a criação de sistemas que combinem aqueles dois tipos de conhecimento, em soluções coerentes, seja um problema desafiador; a natureza do conhecimento tácito 'complica' a troca de serviços e limita a capacidade de cada parte compreender plenamente as necessidades e as capacidades do outro (Chesbrough & Spohrer, 2006). Os 'serviços profissionais'<sup>16</sup>, em particular, implicam elevado contato entre o cliente e o produtor do serviço e os clientes estão envolvidos no processamento do serviço durante muito tempo; além disso, por norma, são serviços com alto nível de diferenciação e que precisam de atender às preferências específicas de cada cliente (Von Nordenflycht, 2010).

### **Nova Governação Pública e Novo Serviço Público**

Mahon e Young (2006) referem que a NGP continua a constituir um quadro de referência útil para compreender a natureza das reformas instituídas em diferentes países e a importância que os gestores assumem nesse contexto. No entanto, apesar das previsões de que a NGP seria

---

<sup>15</sup> Um exemplo de conhecimento codificado (que se refere ao conhecimento que é transmissível em linguagem formal, sistemática) são as especificações técnicas de um produto que indicam as suas dimensões, as suas diferentes componentes, e como ele deve ser montado e operado. Geralmente, faz-se referência ao conhecimento codificado como "informações". A codificação permite a comunicação. Ao contrário do conhecimento codificado (difícil de descrever explicitamente), o conhecimento tácito é difícil de transferir entre as pessoas, entre os grupos, e entre organizações. Um exemplo de conhecimento tácito é a capacidade de andar de bicicleta. Embora o indivíduo saiba como andar de bicicleta, é difícil descrever explicitamente como executar esta função (Chesbrough & Spohrer, 2006, p.38).

<sup>16</sup> Von Nordenflycht (2010) gerou uma taxonomia de organizações de 'serviços profissionais', definindo quatro tipos: (1) organizações de serviços profissionais clássicos (por exemplo, empresas de advocacia e contabilidade (caracterizadas por elevada intensidade de conhecimento, mão-de-obra profissionalizada e uma baixa intensidade de capital); (2) campos profissionais (por exemplo, hospitais) (caracterizados por uma elevada intensidade de conhecimento, força de trabalho profissionalizada e elevada intensidade de capital); (3) neo-organizações de serviços profissionais (por exemplo, consultoria de gestão) - caracterizada por uma elevada intensidade de conhecimento e uma baixa intensidade de capital; (4) organizações de desenvolvimento de tecnologia (por exemplo, de Investigação & Desenvolvimento, biotecnologias) (caracterizados por alta intensidade de conhecimento e elevada intensidade de capital).

estabelecida como o 'novo' paradigma da administração e gestão pública, o uso da teoria da NGP estava limitado a países como a Inglaterra, os EUA, a Austrália e o norte da Europa, enquanto a antiga administração pública ainda era dominante em outros países (Kickert, 1997). E, de facto, devido à falta de base teórica real e rigorosa, o conceito de NGP foi visto como um ramo da antiga teoria da administração pública (Frederickson & Smith, 2003, citados em Runya, Qigui, & Wei, 2015). Como a teoria da NGP perseguia excessivamente a eficiência e o empreendedorismo, os investigadores do campo da administração pública começaram a questionar e a criticar a NGP, incluindo o facto de esta ter papéis diferentes (incluindo ideológicos, de gestão e de investigação), dependendo do público (Dawson & Dargie, 1999), ter demasiada preocupação com o foco intra-organizacional (Osborne, 2010), ou ter errado ao considerar o objeto alvo do Governo como o 'cliente' em vez de 'cidadão' (Denhardt & Denhardt, 2007). Mas uma das principais críticas ao movimento da NGP relaciona-se com as diferenças entre o setor público e o setor privado. Tradicionalmente, entre o setor público e o setor privado é possível identificar várias diferenças com profundas implicações sobre a gestão das organizações de cada um dos setores. O setor público serve as pessoas, o setor privado procura o lucro; as organizações do setor público são fortemente controladas pelos governos, as organizações do setor privado não estão tão sujeitas à interferência governamental (Boyne, 2002). No setor privado, o ambiente de trabalho é bastante mais competitivo do que no setor público, devido à existência de objetivos de natureza comercial; no geral, no setor público, a promoção dos empregados é feita com base na senioridade e no mérito; no setor privado, apesar do mérito ser também considerado, o desempenho é 'o que conta' (Boyne, Poole, & Jenkins, 1999). Os incentivos no trabalho no setor público (segurança, benefícios de reforma) são diferentes dos incentivos do setor privado (bom salário, ambiente competitivo, incentivos financeiros) (Karl & Sutton, 1998). Painter (1997) defendeu também que *"a maioria das áreas da administração e do serviço público têm dimensões políticas, éticas, constitucionais e sociais diferentes"* <sup>17</sup> (p. 42), o que o torna diferente do setor privado. Alford (1997), por sua vez, referiu que os gestores públicos produzem valores não mercantis para além dos de mercado; o mercado para o qual estes valores são produzidos é diferente daquele em que os gestores do setor privado atuam; os gestores públicos utilizam recursos mais diversificados, para além dos recursos económicos no setor privado e utilizam uma gama mais sofisticada de capacidades produtivas, pelo que a noção de que o setor público e privado operam mais ou menos da

---

<sup>17</sup> Tradução livre de: "most areas of public service and administration have distinct political, ethical, constitutional and social dimensions" (Painter, 1997, p. 42).

mesma forma, é questionável. Foi ainda argumentado que os princípios de gestão do setor privado podem não ser aplicáveis da mesma forma ao setor público, nem se podem considerar superiores, para servir de exemplo (*benchmarking*) aos gestores do setor público. Por exemplo, Boston e seus colegas (1996) argumentaram que as práticas de gestão do setor privado não são igualmente aplicáveis a todas as organizações públicas; nem deverá ser assumido que as organizações do setor privado são melhor geridas do que as do setor público, sendo também errado assumir que as práticas do setor privado não deverão ter qualquer papel no setor público ou que as doutrinas ‘managerialistas’ não têm qualquer relevância para a organização e gestão do setor público.

Na década de 1960, Warren G. Bennis havia previsto que haveria um sistema de organização temporária adaptativa e rápida; essas organizações seriam constituídas por equipas de trabalho compostas por ‘estranhos relativos’, que tinham formação e capacidades diferentes e seriam organizadas de acordo com o problema a ser resolvido; esta ‘profecia’ foi gradualmente evoluindo para o paradigma da ‘Nova Governação Pública’ (*New Public Governance*) (Runya, Qigui, & Wei, 2015). E, de facto, após a NGP, a Nova Governação Pública surgiu como um paradigma teórico mais adaptado à contemporânea administração pública (Osborne, 2010). Não se tratou apenas de uma pequena mudança na forma de transação ou no método de gestão, mas uma profunda mudança no papel do Governo e na relação do Governo com a sociedade civil (Osborne & Radnor, 2016), como uma crítica à teoria tradicional da administração pública, que enfatizava a impersonalização e institucionalização, bem como a especificação rigorosa de lógicas de gestão (Runya, Qigui, & Wei, 2015). A teoria tradicional da administração pública foi uma criação política do período mecanizado da produção em massa e melhorou significativamente a eficiência do trabalho naquele tempo; a NGP baseava-se teoricamente na gestão económica e empresarial tradicional sendo diferente da hierarquia linear da estrutura burocrática, enfatizando a dupla estrutura do Governo e do mercado (Runya, Qigui, & Wei, 2015). No entanto, para estes autores, essa dupla estrutura focalizou bastante o poder de mercado na alocação de recursos sociais e na solução do problema público, mas ignorou o efeito da atuação de outras organizações na administração pública.

A Nova Governação Pública, como o novo paradigma da ciência da administração pública, enfatizou o pluralismo, atribuiu grande importância aos vínculos entre organizações internas e externas e prestou atenção à governação organizacional (Osborne, 2010; Pestoff, 2011). Ao novo paradigma da Governação Pública foram atribuídas diferentes designações, tais com

Nova Governação Pública (e.g., Osborne, 2006), ‘Nova Governação’ (e.g., Bingham, Nabatchi, & O’Leary, 2005; Rhodes, 1996) ou simplesmente ‘Governação Pública’ (e.g., Skelcher, Mathur, & Smith, 2005). Apesar de diferentes, basicamente todas as denominações mostraram uma tendência de mudança da nova teoria e prática da administração pública para a nova teoria e prática da governação pública, sendo governação definida como *“o processo de tomada de decisão e o processo através do qual as decisões são implementadas (ou não implementadas)”*<sup>18</sup> (The Economic and Social Commission of United Nations – ESCUN). A ‘Global Governance Commission’ (1995, citado em Runya, Qigui, & Wei, 2015) considerou que a governação era a soma de métodos através dos quais uma grande variedade de organizações públicas, ou privadas, administravam os seus assuntos comuns. Tratava-se de um processo contínuo que coordenava diferentes assuntos de interesse que entravam em conflito entre si e incluía tanto as regras formais, quanto as informais. A ESCUN (2009) considera que a ‘boa governação’ deve incluir oito princípios essenciais, conforme descritos no **Quadro 1**: (1) participação, (2) orientação consensual, (3) capacidade de resposta, (4) transparência, (5) eficácia e eficiência, (6) equidade e inclusão, (7) responsabilização, e (8) regra da lei.

Teóricos e práticos fazem diferentes descrições dos conteúdos e características da Nova Governação Pública. Stoker (1998, p. 18), por exemplo, fez uma breve introdução à Nova Governação Pública, referindo-se a cinco proposições da ‘governação como teoria’: (1) o Governo não era o único centro de poder (várias instituições públicas e privadas, desde que o seu poder seja reconhecida pelo público, podem ser centros de poder em diferentes níveis); (2) prestava atenção à tendência de transferência de responsabilidade pública do Governo para as organizações não-governamentais e indivíduos; (3) os principais órgãos da administração pública dependiam uns dos outros; (4) esta dependência de poder deve formar uma rede de auto-organização; (5) os governos precisam de adotar novas ferramentas para coordenar e integrar os recursos sociais, em vez de usarem a autoridade e o comando.

Runya, Qigui e Wei (2015) resumiram as premissas teóricas ou as lógicas do paradigma da Nova Governação Pública, em seis aspetos, detalhados no **Quadro 2**: (1) enfatiza a dispersão do poder, (2) salienta a coordenação do Governo, (3) constitui uma rede complexa, (4) a rede de governação é baseada na troca de recursos, (5) a rede de governação depende da confiança e da estabilidade do contrato, e (6) o papel das organizações sociais públicas deve ser valorizado.

---

<sup>18</sup> Tradução livre de: “the process of decision-making and the process by which decisions are implemented (or not implemented)” (ESCUN, 2009).

Quadro 1 – Características de ‘boa governação’

Princípio	Descrição
(1) Participação	A participação dos homens e das mulheres é uma pedra angular da boa governação. Pode ser direta ou por intermédio de instituições ou representantes legítimos.
(2) Orientação consensual	Existem vários atores e diferentes pontos de vista numa mesma sociedade; a boa governação requer a mediação dos diferentes interesses da sociedade para alcançar um amplo consenso sobre o que é do melhor interesse de toda a comunidade e de que forma tal pode ser alcançado. Também requer uma perspetiva ampla e de longo prazo sobre o que é necessário para o desenvolvimento humano sustentável e para alcançar os objetivos desse desenvolvimento.
(3) Capacidade de resposta	A boa governação exige que as instituições e os processos procurem servir a todas as partes interessadas dentro de um prazo razoável.
(4) Transparência	Significa que: as decisões tomadas e a sua execução são feitas de uma forma que segue as regras e regulamentos; a informação está livremente disponível e diretamente acessível àqueles que serão afetados por tais decisões e pela sua aplicação; e que é fornecida informação suficiente e em formas e meios facilmente compreensíveis.
(5) Eficácia e eficiência	A boa governação significa que os processos e as instituições produzem resultados que atendem às necessidades da sociedade, utilizando ao mesmo tempo os melhores recursos disponíveis. O conceito de eficiência no contexto da boa governação abrange também a utilização sustentável dos recursos naturais e a proteção do ambiente.
(6) Equidade e inclusão	O bem-estar de uma sociedade depende do assegurar que todos os seus membros sintam que se preocupam com eles e não se sentem excluídos da corrente principal da sociedade. Isto exige que todos os grupos, mas particularmente os mais vulneráveis, tenham oportunidades de melhorar ou manter o seu bem-estar.
(7) Responsabilização	A responsabilização é um requisito fundamental da boa governação. Não apenas as instituições governamentais, mas também o setor privado e as organizações da sociedade civil devem ser responsáveis perante o público e seus ‘ <i>stakeholders</i> ’ institucionais. Em geral, uma organização ou uma instituição é responsável perante aqueles que serão afetados pelas suas decisões ou ações. A prestação de contas não pode ser executada sem a transparência e o Estado de Direito.
(8) Regra da lei	A boa governação requer quadros legais justos que sejam aplicados de forma imparcial. Exige igualmente a plena proteção dos direitos humanos, em particular dos direitos das minorias. A aplicação imparcial das leis requer um poder judiciário independente e uma força policial imparcial e incorruptível.

Fonte: adaptado de ESCUN (2009, pp.1-3)

Quadro 2 – Princípios subjacentes à Nova Governação Pública

Princípio	Descrição
(1) Enfatiza a dispersão do poder	Além do Governo e do mercado, outras organizações da sociedade têm o direito de participar da gestão de assuntos públicos. Ao mesmo tempo têm o direito de decidir sobre a participação na resolução de problemas públicos. Ao longo das últimas décadas, o Governo tem relativamente concentrado o direito de gestão aos assuntos públicos e ignorado o direito de outras organizações públicas ou privadas de participarem.
(2) Salaria a coordenação do Governo	Durante muito tempo o Governo tem sido considerado como o centro da administração pública, desde a formulação de políticas até à sua implementação. A Nova Governação Pública tenta transformar o Governo do paternalismo em coordenador e de "grande Governo" em pequeno, e coordena mais interesses sociais, constrói plataformas de diálogo e integra recursos públicos. Por outras palavras, os administradores e o público negociam e tentam chegar a um consenso.
(3) Constitui uma rede complexa	Diferente da estrutura de linha única da administração tradicional, Governo-mercado e estrutura dupla da NGP, a Nova Governação Pública integra organizações sociais e indivíduos para formar uma rede complexa. Os membros desta rede incluem Governo, mercado, sociedade, organizações públicas, comunidade e cidadãos individuais, etc.
(4) A rede de governação é baseada na troca de recursos	De acordo com a Nova Governação Pública, a forma de rede de produtos e serviços públicos pode proporcionar aos seus membros, abundantes recursos sociais para intercâmbio, incluindo moeda, informações e tecnologia. A Nova Governação Pública introduz um mecanismo de partilha na gestão administrativa pública, a fim de satisfazer diferentes necessidades e interesses dos cidadãos.
(5) A rede de governação depende da confiança e da estabilidade do contrato	A Nova Governação Pública depende de um contrato especial dependendo da confiança de status e reputação dos membros. Em outras palavras, a Governação Pública não se baseia em restrições, regras e sistemas específicos e efetivos, mas numa espécie de confiança informal, o que torna a rede de governação pública mais flexível e mutável.
(6) Valorizar o papel das organizações sociais públicas	A Nova Governação Pública presta atenção à produção e ao resultado dos setores públicos, considera os sujeitos do serviço público como clientes, não cidadãos, e enfatiza o papel do mercado na prestação de bens públicos e processos de serviços. De acordo com a Nova Governação Pública, a essência do serviço público é o serviço aos cidadãos e a busca dos interesses públicos. Organizações sociais públicas fornecem bens e serviços públicos para não obterem lucro, mas para resolver problemas sociais, de forma voluntária.

Fonte: adaptado de Runya, Qigui, & Wei (2015, p.14)

Wise (2002) referiu que a prática da gestão pública deverá continuar a ser influenciada pela procura de maior equidade social, democratização e humanização do serviço público. Esta preocupação foi evidenciada numa nova abordagem de gestão dos serviços públicos proposta por Denhardt e Denhardt (2000), um dos principais críticos da NGP, designada de 'Novo Serviço Público', como *“um conjunto de ideias sobre o papel da administração pública no sistema de*



*governança que coloca os cidadãos no centro*”<sup>19</sup> (p. 550). Estes autores mostraram-se relutantes quanto aos valores em que assenta a NGP considerando a abordagem do ‘Novo Serviço Público’ como um quadro conceptual em que outras técnicas e valores válidos podem ser considerados e referem que:

Numa sociedade democrática, a preocupação com os valores democráticos deve prevalecer na forma como pensamos nos sistemas de governação. Valores como a eficiência ou a produtividade não devem ser esquecidos, mas devem ser entendidos no contexto mais amplo da democracia, comunidade e o interesse público; o ‘Novo Serviço Público’ oferece um ponto de convergência à volta do qual pode ser previsto um serviço público baseado numa integração completa entre o discurso voltado para o cidadão e o interesse público.<sup>20</sup> (ibid., p. 557)

Denhardt e Denhardt (2000, 2007) enunciaram sete princípios subjacentes ao ‘Novo Serviço Público’, desenvolvidos no **Quadro 3**, que refletem igualmente as suas críticas às lógicas da NGP: (1) servir, em vez de orientar; (2) o interesse público é o objetivo, não o subproduto; (3) pensar estrategicamente, agir democraticamente; (4) servir cidadãos, não clientes; (5) a responsabilização não é simples; (6) valorizar as pessoas, não apenas a produtividade; e (7) valorizar a cidadania e o serviço público acima do ‘espírito’ empresarial (pp. 553-556). No entanto, apesar da importância que foi atribuída à abordagem do ‘Novo Serviço Público’, a NGP continuava a ser o paradigma dominante de governação e administração pública (Denhardt & Denhardt, 2000). Tal como afirmaram estes autores, certamente não se havia perdido a preocupação com a cidadania democrática nem com o interesse público. No entanto, a lógica de gestão continuava a ser subordinada aos princípios dominantes de ‘*crescimento da abordagem de gestão na prestação de serviços públicos*’ (Osborne & Brown, 2005). As principais reformas associadas à NGP conferiram às instituições públicas uma maior liberdade para gerir um setor público reestruturado ao estilo de mercado do setor privado (Ongaro, 2008, 2009), estabelecendo unidades organizacionais semi-independentes com responsabilidades de gestão (Dawson & Dargie, 1999; Hood, 1991, 1995) e centrando-se em padrões de desempenho mensuráveis e responsabilização pelos resultados (van Dooren, Bouckaert, & Halligan, 2015).

---

<sup>19</sup> Tradução livre de: “a set of ideas about the role of public administration in the governance system that places citizens at the center (Denhardt & Denhardt, 2000, p.550).

<sup>20</sup> Tradução livre de: “in a democratic society, a concern for democratic values should paramount in the way we think about systems of governance. Values such as efficiency and productivity should not be lost, but should be placed in the large context of democracy, community, and the public interest; the New Public Service (...) provides a framework within which other valuable techniques and values, such as the best ideas of the old public administration or the New Public Management, might be played out; the New Public Service provides a rallying point around which we might envision a public service based on a fully integrated with citizen discourse and the public interest” (Denhardt & Denhardt, 2000, p.557).

Quadro 3 – Princípios subjacentes ao ‘Novo Serviço Público’

<b>Princípio</b>	<b>Descrição</b>
Servir, em vez de orientar	Aumenta a importância do papel do funcionário público ( <i>public servant</i> ); mais do que controlar e orientar a sociedade em novas direções, deve, em articulação, procurar atingir os interesses comuns.
O interesse público é o objetivo, não o subproduto	Os administradores públicos devem contribuir para a construção de um conceito partilhado sobre o interesse público. O objetivo não é o de encontrar soluções rápidas motivadas pelas escolhas individuais. Em vez disso, é o desenvolvimento de interesses comuns e de responsabilidade partilhada.
Pensar estrategicamente, agir democraticamente	As políticas e os programas que vão de encontro à satisfação das necessidades do público podem ser definidos de forma mais efetiva e responsável através dos esforços coletivos e processos de colaboração.
Servir cidadãos, não clientes	O interesse público resulta do diálogo sobre a partilha de valores e não da mera agregação dos interesses individuais. Por isso, os funcionários públicos não respondem apenas às necessidades dos ‘clientes’, focando a sua atenção na construção de relações de confiança e colaboração com e entre os cidadãos.
A responsabilização não é simples	Os funcionários públicos não devem estar apenas atentos ao mercado; devem também considerar a lei constitucional e estatutária, os valores da comunidade, as normas políticas, os padrões profissionais e os interesses dos cidadãos.
Valorizar as pessoas, não apenas a produtividade	As organizações públicas e as redes de trabalho em que participam têm maior probabilidade de ser bem-sucedidas a longo prazo se adotarem processos de colaboração e liderança partilhada baseada no respeito por todas as pessoas.
Valorização da cidadania e de serviço público acima do ‘espírito’ empresarial	O interesse público é mais facilmente alcançável por funcionários públicos e cidadãos comprometidos em fazer contribuições com significado do que por gestores (empresariais), atuando como se o dinheiro público fosse deles próprios.

Fonte: adaptado de Denhardt & Denhardt (2000, pp. 553-556)

Devido à característica dinâmica dessas reconfigurações, que se materializaram em novas formas de trabalho e maiores exigências em termos de desempenho individual e de equipas (Hood, 1991, 1995; Osborne & Brown, 2005), também as práticas de GRH foram alteradas, nomeadamente as de gestão do desempenho humano, para sistemas que procuram um maior controlo sobre o desempenho em termos de produtividade e eficiência económica (Oliveira & Raposo, 2016; Oliveira, Holland, & Filipe, 2017; Oliveira et al., 2014). No próximo ponto é sobre estas mudanças de foco que nos centramos procurando colocar em evidência as práticas de GRH e os sistemas de trabalho que melhor contribuem para a reconciliação da eficiência económica com a eficiência social nas organizações do século XXI.

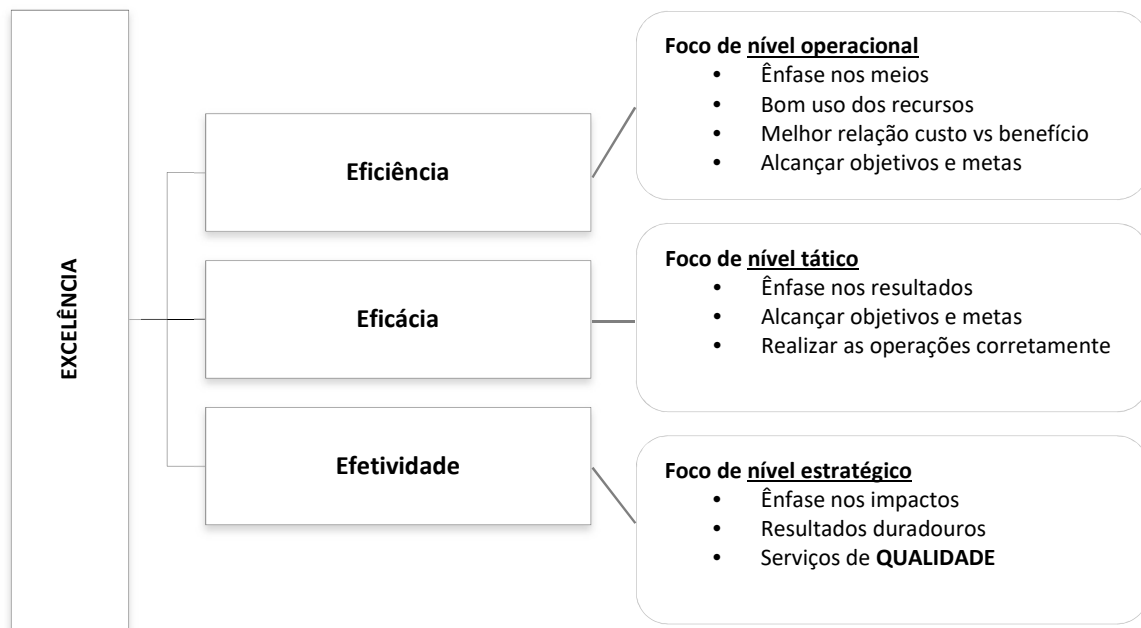
## 1.2. GESTÃO DO DESEMPENHO NO SÉCULO XXI: PRÁTICAS DE GRH, SISTEMAS DE TRABALHO E BEM-ESTAR PSICOLÓGICO

### Desempenho, recursos e vantagens competitivas sustentáveis

O desempenho organizacional é um dos constructos mais importantes na literatura de gestão (Richard, Devinney, Yip, & Johnson, 2009). No entanto, a sua multidimensionalidade, reconhecida por vários autores (e.g., Combs, Crook, & Shook, 2005; Devinney, Yip, & Johnson, 2009; Dyer & Reeves, 1995; Sheldon, 1996; Venkatraman & Ramanujam, 1986; Yang, Hong, & Modi, 2011), tem dificultado uma definição clara e a identificação das suas dimensões. Em consequência, a definição de desempenho organizacional é ainda uma ‘questão em aberto’ com apenas alguns estudos a utilizarem definições e medidas consistentes (Bryson & Kirby, 2005). Esta dificuldade atribui-se, predominantemente, às diferenças entre distintos ‘*stakeholders*’ que interagem dentro e fora da organização, à heterogeneidade das circunstâncias do mercado e dos recursos organizacionais e escolhas públicas e à variação do desempenho ao longo do tempo (Richard, Devinney, Yip, & Johnson, 2009). Nesse sentido, deve ser formulado através da combinação de um conjunto amplo de medidas com origens e pesos específicos diferentes, dependendo das particularidades de cada organização (Martín-Alcázar, Romero-Fernández, & Sánchez-Gardey, 2005). Por exemplo, em organizações com fins lucrativos, Dyer e Reeves (1995), sugerem quatro dimensões para descrever o desempenho organizacional: (1) resultados de RH (são os mais próximos da função de GRH e neles se incluem a satisfação, a motivação, o absentismo, o *turnover*, por exemplo), (2) resultados organizacionais (tais como a produtividade e qualidade), (3) resultados financeiros e contabilísticos (por exemplo, o retorno do capital investido ou retorno dos ativos); e (4) indicadores de desempenho relacionados com o mercado de capitais (mensurados através do valor das ações ou retorno do capital para o acionista).

Em organizações sem fins lucrativos, a abordagem dos ‘3 Es tradicionais’, que considera que o desempenho organizacional deverá ser aferido em termos de economia, eficiência e eficácia é mais adequada e recorrentemente utilizada (Sheldon, 1996). No setor público, é comum também a consideração da efetividade na avaliação das ações e processos organizacionais: um elevado desempenho (excelência organizacional) ocorre quando um serviço, além de eficiente e eficaz, é efetivo (Bryson, Crosby, & Bloomberg, 2014; van Dooren, Bouckaert, & Halligan, 2015), tal como identificado e descrito na **Figura 10**.

Figura 10 – Indicadores de excelência organizacional no setor público



Fonte: adaptado de Watson (2006), Bryson, Crosby, & Bloomberg (2014), van Dooren, Bouckaert, & Halligan (2015)

A eficiência mede a relação entre o custo (financeiro, material, humano) na realização das ações e padrões de desempenho estabelecidos (Simkins, 1994). Ou seja, traduz a relação entre os resultados obtidos e os recursos utilizados, pelo que ser eficiente se relaciona com a capacidade de ‘fazer mais com menos’ (Conway et al., 2014) ou fazer com mais qualidade e com os mesmos ou menos recursos (Ostroff & Schmitt, 1993; Watson, 2006). A eficácia relaciona-se com a relação entre o objetivo definido e o resultado atingido, pelo que se caracteriza pelo ‘fazer o que é certo’ e implica escolher a melhor forma para atingir o resultado pretendido (Ostroff & Schmitt, 1993; Watson, 2006). A efetividade é o alcance de resultados, colocando a ênfase na percepção do cliente/utilizador e no preenchimento das suas expectativas, através de uma ação programada que visa satisfazer as suas necessidades; implica que os resultados alcançados sejam sustentáveis e duradouros, pelo que se apresenta como uma dimensão da avaliação das ações públicas pela qual se verifica se determinada iniciativa surtiu ou não os benefícios desejados (e.g., sociais, económicos, ambientais); é um indicador da excelência organizacional, sendo através dele que se afere a qualidade (total) dos serviços públicos (Bryson, Crosby, & Bloomberg, 2014; van Dooren, Bouckaert, & Halligan, 2015).

Barney (1991) estabelece a ligação entre desempenho organizacional, vantagens competitivas e recursos. Recursos são todos os ativos, capacidades, processos, informação, atributos,

conhecimento, etc. que permitem à organização conceber e implementar estratégias no sentido de obter vantagens competitivas e, conseqüentemente, aumentar o seu desempenho (Barney, 1991). Independentemente de se enquadrar no setor privado ou no setor público, uma das características essenciais de qualquer organização é o facto de procurarem atingir os seus objetivos através da transformação dos seus recursos em produtos e/ou serviços (Kraatz & Zajac, 2001; Mahoney, 1995). Os recursos de uma organização são aqueles ativos que estão permanentemente 'agarrados' à organização (Wernerfelt, 1984). Não incluem apenas os ativos, na aceção contabilística da expressão (instalações, inventários e dívidas), mas também artefactos com propriedades de criação de valor que não são propriedade da organização (tais como os talentos e interações entre as pessoas que aí trabalham, a rede de relações com os clientes e a compreensão efetiva das necessidades específicas destes).

Barney (1991) classifica os recursos organizacionais em três categorias: (1) recursos físicos (incluem a tecnologia e o equipamento utilizado na organização, a localização geográfica e o acesso a materiais; (2) recursos organizacionais (incluem a estrutura de relato formal da organização, os seus sistemas de planeamento, controlo e coordenação formais e informais, assim como as relações estabelecidas entre os grupos internos e externos à organização); e (3) recursos humanos (incluem a formação, a experiência, as opiniões, a inteligência, as relações de trabalho estabelecidas entre gestores e trabalhadores). Estes recursos são fonte de vantagens competitivas, que ocorrem *"quando uma organização implementa uma estratégia de criação de valor que não seja simultaneamente implementada por nenhum potencial concorrente"*<sup>21</sup> (Barney, 1991, p. 102). Essas vantagens competitivas dependem da heterogeneidade e imobilidade dos recursos (Wright, McMahan, & McWilliams, 1994), ou seja, do facto dos recursos diferirem entre organizações e existir uma incapacidade da concorrência os obter no mercado, respetivamente (Wagner III & Hollenbeck, 2014). Powell (2001) considera que uma vantagem competitiva é um constructo latente e precedente lógico de um desempenho organizacional superior. Ou seja, às organizações com desempenho superior, atribui-se a existência de uma vantagem competitiva (Porter, 1985; South, 1981), isto é, uma capacidade de criação de valor acima da média dos seus concorrentes (Peteraf & Barney, 2003; Powell, 2001).

---

<sup>21</sup> Tradução livre de: "when a firm is implementing a value creating strategy not simultaneously being implemented by any current or potential competitors" (Barney, 1991, p.102).

Uma vantagem competitiva sustentável existe apenas quando outras organizações são incapazes de duplicar os benefícios de uma vantagem competitiva (Wright, Dunford, & Snell, 2001; Wright, McMahan, & McWilliams, 1994). Num ambiente caracterizado por enorme competitividade, aceleradas mudanças tecnológicas e globalização (Kaufman, 2015), as vantagens competitivas sustentáveis não dependem, tal como tradicionalmente assumido, dos recursos naturais, da tecnologia ou das economias de escala, sendo a tónica atualmente colocada nos RH (Armstrong & Taylor, 2014; Storey, 2014; Ulrich, 2013). E, de facto, quer a teoria, quer a prática, evidenciam a centralidade das pessoas na organização, existindo um interesse cada vez maior nos RH enquanto fator estratégico, fonte de vantagens competitivas sustentáveis (e.g., Albrecht, Bakker, Gruman, Macey, & Saks, 2015; Armstrong & Taylor, 2014; Delery & Gupta, 2016; Flamholtz, 2012; Gratton, Hailey, & Truss, 2000; Storey, 2014; Ulrich, 2013).

Convencionalmente, a estratégia (da palavra grega *strategos*, que significa 'exército'), tem sido associada ao planeamento e à direção da organização com o propósito de atingir metas e objetivos. Schermerhorn (1993) define estratégia como um plano de ação compreensivo que estabelece a direção que uma organização deve seguir e orienta a afetação dos seus recursos. Para Child (1972), estratégia constitui-se como um conjunto de escolhas críticas fundamentais acerca dos fins de uma empresa, bem como os meios à sua disposição para os atingir. O desenvolvimento da gestão estratégica enquanto objeto de investigação, esteve inicialmente relacionado com a economia industrial/ organizacional tendo-se centrado nas características industriais, em particular nas cinco forças determinantes da produtividade industrial: barreiras à entrada, poder dos consumidores, poder dos fornecedores, bens substitutos e rivalidades concorrenciais (Porter, 1979, 2008). A sua centralidade residia nos fatores externos que determinavam a produtividade da empresa. Esta abordagem pareceu dominar o pensamento estratégico do início dos anos 80 do século passado. Contudo, com o surgimento da teoria baseada nos recursos (Barney, 1991; Wernerfelt, 1984), a pesquisa em torno da gestão estratégica tornou-se num tema centrado em questões organizacionais internas. Mais do que desenvolver estratégias competitivas para lidar com o meio envolvente, a teoria baseada nos recursos veio desenvolver a ideia de que as empresas deviam olhar introspectivamente para os seus recursos (quer físicos, quer intelectuais), como suportes de vantagens competitivas, de forma estratégica (Barney, 1991, 1995; Furrer, Thomas, & Goussevskaia, 2008; Hill, Jones, & Schilling, 2014). As organizações são entidades heterogéneas caracterizadas pela sua base de recursos que é única (Barney, 1991, 1995) e, segundo a 'perspetiva baseada nos recursos'

(*Resource Based View – RBV*), o tipo, a magnitude e a natureza dos recursos e das competências da organização são determinantes fundamentais da sua capacidade para a geração de resultados positivos (Amit & Schoemaker, 1993; Wright, Dunford, & Snell, 2001). Nesta perspetiva, a organização é caracterizada como uma coleção de capacidades e competências únicas que influenciam a sua própria evolução e as suas alternativas estratégicas de crescimento (Barney, 1991). Esta teoria determinou a importância para uma organização de construir um conjunto válido de recursos e reuni-los de uma forma única e dinâmica, de modo a potenciar o sucesso da organização (Barney, 1991, 1995). De acordo com a *RBV*, os RH podem contribuir para vantagens competitivas sustentáveis cumprindo os critérios de Barney (1991): valor (contribuem para a eficiência e eficácia), raridade (não estão amplamente disponíveis), não imitabilidade (não podem ser facilmente replicados pelos concorrentes), não substituibilidade (outros recursos não conseguem cumprir a mesma função) e não transferibilidade (não podem ser adquiridos num mercado de recursos)<sup>22</sup>.

Um campo mais recente (em comparação com a *RBV*), mas igualmente importante, surgiu na literatura sob a designação de ‘teoria baseada no conhecimento’ (Grant, 1996, 2002), sendo considerada a teoria dos recursos que ‘aprendem’ (Kaya, & Patton, 2011), a teoria do próprio conhecimento (Mahoney, 1995). Segundo esta perspetiva, além das capacidades e competências únicas dos RH, também o conhecimento, a capacidade de aprendizagem, a cultura e as competências de trabalho em equipa, por exemplo, são indicados como os que mais contribuem para a criação e manutenção de vantagens competitivas da organização (Cunha et al., 2010; Hitt, Bierman, Shimizu, & Kochar, 2001). Nesse sentido, numa formulação estratégica baseada no conhecimento, o principal recurso intangível é a própria competência das pessoas, que são vistas como o elemento agregador (Malerba & Orsenico, 2000). Considerando o conhecimento como o recurso estratégico mais importante (Svieby, 2001), esta teoria enfatiza que, para atingirem vantagens competitivas sustentáveis, as organizações devem desenvolver e aumentar os seus níveis de conhecimento (bem como desenvolver a capacidade para o reconhecimento de outros recursos de conhecimento e os assimilarem)

---

<sup>22</sup> Para ser valioso (1), um recurso deve acrescentar valor à empresa, ora explorando as oportunidades, ora neutralizando as ameaças que se apresentam; a raridade (2) relaciona-se com um recurso que não está correntemente ao alcance de um grande número de organizações; a não imitabilidade (3) refere-se à dificuldade de outras empresas copiarem ou reproduzirem os recursos para seu próprio uso, a não substituibilidade (4) significa que a concorrência não pode usar outros recursos por forma a replicar o mesmo benefício, ou seja, não devem existir substitutos estratégicos equivalentes para o recurso; e (5) não transferibilidade (o recurso não pode ser adquirido num mercado de recursos) (Barney, 1991).

(p.e., informação, contatos, conhecimentos e importância das relações no setor) através da aquisição, partilha e transferência de conhecimento, ou seja, através do desenvolvimento das capacidades de aprendizagem e competências de partilha/transferência de conhecimento intra e inter equipas de trabalho (Grant, 1996, 2002; Stone & Deadrick, 2015).

Na medida em que as fontes tradicionais de vantagens competitivas se tornaram fáceis de imitar, Sparrow, Schuler e Jackson (1994) defendiam que o único aspeto que poderia distinguir as organizações umas das outras e dar-lhes vantagens competitivas sustentáveis seria a capacidade de gerir os seus RH. De acordo com Miles e Snow (1984), foram duas as razões que determinaram que as organizações atribuíssem valor estratégico aos seus RH: (1) primeira, perante o desafio da globalização, as organizações começaram a investir no desenvolvimento dos seus sistemas de gestão, como forma de recuperarem as suas posições competitivas e (2) segunda, reconheceu-se que a gestão dos RH desempenhava um papel fundamental no planeamento estratégico de longo prazo, à medida que a economia assentava cada vez mais nas novas tecnologias e na prestação de serviços. Walton (1985) referiu que, especialmente em países com salários mais elevados, o sucesso das organizações dependia cada vez mais de desempenhos superiores o que, por sua vez, exigia maiores níveis de comprometimento dos empregados com os objetivos organizacionais. Nesse sentido, o autor defendia que os modelos de GRH orientados para o controlo (*control-oriented*) (dominantes nessa altura e que assumiam baixo comprometimento dos empregados), já não se coadunavam com os níveis de competitividade mundial existentes e que, por isso, era urgente a sua revisão. O reconhecimento da importância do valor estratégico associado a uma força de trabalho competente, motivada e flexível (Mello, 2014) conduziu ao surgimento da GERH, uma fusão da GRH com a estratégia organizacional (Boxall, 1996, 1998; Boxall & Purcell, 2000, 2008).

### **Trabalho digno, bem-estar psicológico e ‘valor dos RH’**

O ‘direito ao trabalho’ é um direito fundamental, reconhecido em vários instrumentos jurídicos internacionais. O ‘Pacto Internacional dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais’ (PIDESC) (*International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*) (1976), tal como previsto no artigo 6º, trata de forma mais abrangente, do que qualquer outro instrumento, este direito, essencial para a realização de outros direitos humanos e constitui uma parte inseparável e inerente da dignidade humana. Cada indivíduo tem o direito de ser capaz de trabalhar, permitindo-lhe viver em dignidade (Clark, Clark, Day, & Shea, 2001). O emprego remunerado é



consistentemente classificado como um dos determinantes mais importantes de uma elevada qualidade de vida (Haller & Hadler, 2006). O trabalho não só fornece às pessoas uma quantia adequada de dinheiro para fazer face às suas despesas, mas também fornece aos indivíduos uma estrutura de tempo clara, um senso de identidade, estatuto social e integração e oportunidades para o desenvolvimento pessoal (Felstead, Gallie, & Green, 2002). O ‘direito ao trabalho’ contribui simultaneamente para a sobrevivência do indivíduo e da sua família e, na medida em que o trabalho é livremente escolhido ou aceite, para o seu desenvolvimento e reconhecimento dentro da comunidade (Conselho Económico e Social das Nações Unidas, *The United Nations Economic and Social Council – UNESC*, 2006). No artigo 6º do PIDESC, parágrafo 1, os Estados Partes reconhecem o ‘direito ao trabalho’ que *“inclui o direito de todos à oportunidade de ganhar a vida por um trabalho que ele escolha ou aceita livremente e tomará medidas apropriadas para salvaguardar esse direito”*. No parágrafo 2, os Estados admitem que

Para alcançar a plena realização desse direito, as medidas a serem tomadas devem incluir programas, políticas e técnicas de orientação e treinamento técnico e profissional para alcançar um desenvolvimento económico, social e cultural estável e pleno e emprego produtivo, sob condições de salvaguarda das liberdades políticas e económicas, fundamentais para o indivíduo.

O ‘direito ao trabalho’ é um direito individual que pertence a cada pessoa e que, ao mesmo tempo, é um direito coletivo. Abrange todas as formas de trabalho, seja trabalho independente ou trabalho remunerado dependente; não deve ser entendido como um direito absoluto e incondicional de obter emprego. O trabalho especificado no artigo 6º do PIDESC deve ser um ‘trabalho digno’. Este é um trabalho que respeita os direitos fundamentais da pessoa humana, bem como os direitos dos trabalhadores em termos de condições de segurança no trabalho e de remuneração. Também proporciona um rendimento que permite aos trabalhadores sustentarem a si próprios e às suas famílias, como sublinhado no artigo 7.º do PIDESC. Estes direitos fundamentais incluem também o respeito pela integridade física e mental do trabalhador no exercício do seu emprego.

Segundo o Diretor-Geral da ‘Organização Internacional do Trabalho’ (*International Labour Organization – OIT*), a recente crise económica é o culminar de décadas de globalização injusta e de aumento das desigualdades de rendimento num contexto político que minimizou o papel do Estado e não a dignidade do trabalho e a importância da proteção social (MacNaughton & Frey, 2010). Em setembro de 2015, num debate em que defrontou o então Primeiro-Ministro Passos Coelho, líder do PSD (Partido Social Democrata), António Costa, líder do PS (Partido

Socialista) e atual Primeiro-Ministro de Portugal defendeu a importância de criar "emprego digno"; para isso, destacou, "é preciso virar a página da austeridade" e acrescentou que "temos de criar não só emprego, mas emprego digno" (Faria, 2015). Tal vai de encontro ao 'comunicado geral' do CESNU em 6 de fevereiro de 2006, que define 'trabalho digno' e que requer a satisfação do Artigo nº 7 do PIDESC: o 'trabalho digno', um emprego que:

Respeita os direitos fundamentais da pessoa humana, bem como os direitos dos trabalhadores em termos de condições de segurança e de remuneração no trabalho [...]. Respeito pela integridade física e mental do trabalhador no exercício da atividade do seu emprego"<sup>23</sup>. "Envolve oportunidades de trabalho que seja produtivo e que proporcione um rendimento justo, segurança no local de trabalho e proteção social para as famílias, melhores perspectivas de desenvolvimento pessoal e integração social dos profissionais, liberdade para expressar as suas preocupações, oportunidade de organizar e participar das decisões que afetam as suas vidas e igualdade de oportunidades e de tratamento para todas as mulheres e homens."<sup>24</sup> (ILO, 2016)

O conceito de 'trabalho digno' ou 'trabalho decente' (*decent job*) foi discutido nestes termos em 1999 no relatório do diretor-geral relativo à 87ª edição da Conferência Internacional do Trabalho (*International Labour Conference*) (Ghai, 2003). No mesmo relatório, são indicadas quatro componentes do 'trabalho decente': emprego, proteção social, direitos dos trabalhadores e diálogo social (Ghai, 2003). O conceito de emprego aplica-se a todos os tipos de trabalho, quer nas suas dimensões quantitativas, quer qualitativas; assim, o 'trabalho digno' aplica-se não apenas aos trabalhadores da economia formal mas também aos trabalhadores com as condições de remuneração não reguladas, os trabalhadores independentes e os trabalhadores domésticos; relaciona-se também com oportunidades adequadas de trabalho, remuneração (em dinheiro e em espécie), e inclui a segurança no trabalho e condições de trabalho saudáveis (Ghai, 2003). A segurança social e a segurança remuneratória são também componentes essenciais – que são definidos de acordo com a capacidade de cada sociedade e o seu nível de desenvolvimento (Ghai, 2003). As outras duas componentes enfatizam a importância das relações sociais dos trabalhadores: os seus direitos fundamentais (liberdade de associação, não discriminação no trabalho e a inexistência de trabalho forçado e trabalho

---

<sup>23</sup> Tradução livre de: "respects the fundamental rights of the human person as well as the rights of workers in terms of conditions of work safety and remuneration. ... respect for the physical and mental integrity of the worker in the exercise of his/her employment" (The UNESC, Article 7 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights).

<sup>24</sup> Tradução livre de: "It involves opportunities for work that is productive and delivers a fair income, security in the workplace and social protection for families, better prospects for personal development and social integration, freedom for people to express their concerns, organize and participate in the decisions that affect their lives and equality of opportunity and treatment for all women and men." (International Labour Organization – ILO, em [www.ilo.org](http://www.ilo.org), consultado em dezembro, 2016).

infantil) e diálogo social, em que os trabalhadores exercem o seu direito de apresentar os seus pontos de vista, de defender os seus interesses e envolverem-se em discussões para negociação dos assuntos relacionados com o trabalho, com empregadores e autoridades diversas (Ghai, 2003). O conceito de ‘trabalho decente’ é definido numa perspetiva macroeconómica e institucional e endereça uma visão do emprego assente nos direitos humanos que se materializa no bem-estar dos trabalhadores, quer em economias formais, quer informais (Harriss-White, 2010). Nesse sentido, a definição de ‘trabalho decente’ encapsula o ‘bem-estar psicológico’ que as pessoas deveriam evidenciar, quer nos seus contextos de trabalho, quer nas suas vidas particulares (MacNaughton & Frey, 2010).

O bem-estar psicológico consiste na avaliação subjetiva que os indivíduos fazem das suas vidas, no bem-estar afetivo temporalmente estável (que está relacionado com a felicidade, a tristeza, a ansiedade e a depressão), no sentimento de realização pessoal, em detrimento de sentimentos negativos e desagradáveis; no contexto de trabalho, relaciona-se com o prazer e o propósito, ou seja, com o grau em que os RH experienciam emoções positivas no trabalho e até que ponto encontram nele um propósito e um significado (Robertson & Cooper, 2010). Vários autores e estudos têm sugerido que as pessoas com elevado bem-estar psicológico, têm maior nível de envolvimento e melhores desempenhos (e.g., Anderzén et al., 2015; Avey, Luthans, & Youssef, 2010; Barrick, Thurgood, Smith, & Courtright, 2015; De Simone, 2015; Harter, Schmidt, Killham, & Agrawal, 2009; Markos & Sridevi, 2010; Paauwe, Wright, & Guest, 2013; Pearson, 2014; Peccei et al., 2013; Rayton & Yalabik, 2014; Robertson & Cooper 2010; Truss, Shantz, Soane, Alfes, & Delbridge, 2013).

O envolvimento está associado à perceção do empregado de que o trabalho tem um significado, que é seguro expressar-se no local de trabalho e que tem os recursos pessoais para se comprometer completamente com o trabalho (Rayton & Yalabik, 2014); é um comportamento que envolve esforço discricionário, suporte por parte dos colegas e proatividade (Myers, Hulks, & Wiggins, 2012). Nesse sentido, revela-se através de uma atitude positiva do empregado relativamente à organização e aos seus valores (Robinson, Perryman, & Hayday, 2004). Um ‘empregado envolvido’ está ciente do contexto organizacional e trabalha em colaboração com os seus colegas, com o objetivo de aumentar o seu desempenho no trabalho, em benefício da organização (Rayton & Yalabik, 2014). Kahn (1990) associa o envolvimento com o facto das pessoas se expressarem no seu trabalho de forma física, cognitiva e emocional ou estarem ‘*fully there*’, referindo-se a três crenças ou condições

psicológicas associadas ao ‘envolvimento’ no trabalho: (1) o sentido de propósito (crença por parte do empregado de que o seu trabalho ‘faz a diferença’); (2) a segurança psicológica (crença de que o empregado pode revelar-se e ser ele próprio sem qualquer tipo de constrangimento ou medo de consequências negativas; e (3) disponibilidade psicológica (crença de que o empregado possui os recursos físicos, emocionais e psicológicos para se envolver pessoalmente, não obstante todos os desafios e distrações com que se possa defrontar).

Um conceito completo de bem-estar psicológico deverá ter em consideração, quer o grau em que os empregados experienciam emoções positivas, quer o significado e propósito de envolvimento no trabalho, pelo que pode ser desdobrado em duas vertentes: hedónica e eudemónica, distinguidas no **Quadro 4**.

Quadro 4 – Bem-estar psicológico hedónico e eudemónico: distinção

Bem-estar psicológico hedónico	Bem-estar psicológico eudemónico
Consiste no bem-estar imediato e temporário que se sente após a realização de um objetivo, não tem em consideração o propósito do trabalho.	Consiste na experimentação de sensações positivas de propósito do seu trabalho (em termos de desafio e significado).
Resulta de afetos no trabalho, emoções e estados de humor do profissional.	Resulta de oportunidades de crescimento, desenvolvimento e aprendizagem e autonomia.
Associado a satisfação, prazer, felicidade, alegria, afeto positivo ou negativo, ausência de problemas.	Resulta em motivação, comprometimento e envolvimento sustentável (pleno envolvimento).

Fonte: adaptado de Oliveira et al. (2014), Robertson & Cooper (2010), Ryan & Deci (2001)

A vertente hedónica do bem-estar psicológico consiste no estado afetivo de busca de atividades por parte do indivíduo, que lhe proporcionem prazer, conforto e satisfação, evitando as que lhe são fisicamente desagradáveis, relacionando-se com a satisfação e a felicidade (Oliveira et al., 2014; Robertson & Cooper, 2010; Ryan & Deci, 2001). A satisfação consiste numa resposta afetiva ao trabalho, ou seja, um estado emocional positivo ou de prazer, resultante da avaliação do trabalho ou das experiências proporcionadas pelo trabalho (Locke, 1976, citado em Gould-Williams, 2003), ou o grau de bem-estar vivido no trabalho ou na situação de trabalho (Thierry & Koopman-Iwema, 1984). A felicidade no local de trabalho significa uma situação em que os indivíduos trabalham com alegria e não sentem o seu trabalho como se fosse apenas trabalho e são eficientes a atingir objetivos específicos, tanto ao nível pessoal, como organizacional (Maenapothis, 2007).

A vertente eudemónica do bem-estar psicológico relaciona-se com a experimentação de sensações positivas por parte do trabalhador, que levam à sua motivação, por meio do

comprometimento; associada ao envolvimento com propósito, ao crescimento e desenvolvimento pessoal e à autonomia relativa; é desta vertente que deriva o envolvimento sustentável, ou seja, o ‘pleno envolvimento’ (Oliveira et al., 2014; Robertson & Cooper, 2010; Ryan & Deci, 2001). A motivação está associada à força que leva as pessoas a agir, com energia e persistência, para o alcance de determinados objetivos; quando as pessoas estão motivadas, trabalham com energia, entusiasmo e iniciativa; quando têm falta de motivação, alcançam menos e precisam de uma maior supervisão, até para executarem as tarefas básicas que lhes são cometidas (Berman et al., 2010; Newstrom & Davis, 2002). O comprometimento é a força relativa do envolvimento de um indivíduo com uma determinada organização e da sua identificação em termos de valores e objetivos<sup>25</sup> (Mowday, Porter, Lyman, & Steers, 1982). O ‘pleno envolvimento’ distingue-se de ‘simples envolvimento’ (*narrow engagement*) incluindo o ‘bem-estar psicológico’, o ‘comprometimento individual’ e o ‘comportamento de cidadania organizacional’ (*Organizational Citizenship Behaviour – OCB*) (Robertson & Cooper, 2010).

O ‘comportamento de cidadania organizacional’ (OCB) é um comportamento individual discricionário, que não faz parte da descrição de funções, não é considerado de forma direta ou explícita pelo sistema de recompensas formal existente, mas que é assumido pelos indivíduos, em resultado da sua escolha individual, contribuindo positivamente para o funcionamento eficaz e efetivo de uma organização (Organ, 1988, p. 4). São comportamentos que ajudam as organizações, mas vão além de tarefas requeridas; é o compromisso voluntário de uma pessoa dentro de uma organização ou empresa que não faz parte de suas tarefas contratuais. A definição de OCB de Organ (1988) inclui três aspetos críticos e centrais a este constructo: (1) primeiro, são considerados comportamentos discricionários, que não fazem

---

<sup>25</sup> Na literatura distingue-se: (1) comprometimento afetivo (*affective commitment*) ocorre quando o funcionário deseja permanecer na empresa por razões emocionais; indivíduos que reportam níveis elevados de comprometimento afetivo permanecem na organização, porque esse é o seu desejo (Meyer & Allen, 1991 citado em Meyer, Allen, & Smith, 1993); (2) comprometimento de continuidade (*continuance commitment*) refere-se ao tempo e energia que o empregado despende em aprender o seu trabalho e a informar-se sobre a organização, mais os benefícios que daí advêm e que serão perdidos se o empregado deixar o emprego; esta componente pode ser afetada por qualquer fenómeno que torne difícil ao empregado deixar a organização, como por exemplo, a necessidade da remuneração que auferir ou a dificuldade em encontrar outro emprego (Allen & Meyer, 1990, baseado nos trabalhos de Becker, 1960, ambos citados em Meyer, Allen, & Smith, 1993); e (3) comprometimento normativo (*normative commitment*) refere-se ao grau segundo o qual um empregado está psicologicamente ligado a uma organização, através de sentimentos como lealdade, afeição, pertença, zelo, entre outros (Allen & Meyer, 1990 citado em Meyer, Allen, & Smith, 1993). Esta componente do comprometimento organizacional reflete um sentimento de dívida para com a organização, resultante de “favores” obtidos da organização ao longo do tempo, tais como despesas suportadas com a sua formação. Os trabalhadores que evidenciam um elevado nível de comprometimento normativo sentem-se na obrigação de permanecer na empresa, porque acreditam que é moralmente correto (Meyer & Allen, 1991 citado em Meyer, Allen, & Smith, 1993).

parte da descrição de funções, e são adotados pelo empregado como resultado de uma escolha pessoal; (2) segundo, são comportamentos que vão além do que é a exigência obrigatória da função; e (3) finalmente, são comportamentos que contribuem positivamente para a eficácia organizacional global. O estudo de Bateman e Organ (1983) foi um dos primeiros a abordar a medição do OCB. Na sua definição, esse comportamento inclui qualquer um desses gestos (muitas vezes tidos como garantidos) que lubrificam a máquina social da organização, mas que não são diretamente inerentes à noção habitual de desempenho da tarefa. Com base nessa definição, os autores construíram uma escala composta por 30 itens que pretende medir o OCB e que inclui a cooperação, o altruísmo, o cumprimento, a pontualidade, a confiabilidade, a proteção da propriedade e o cumprimento consciente das regras da empresa, por exemplo, como atributos de OCB.

O ‘comportamento de cidadania organizacional’ (OCB) tem sido estudado em conjunto com o ‘comportamento de trabalho contraproducente’ (*Counterproductive Work Behavior – CWB*) e, geralmente, os indivíduos que têm ‘comportamentos de cidadania organizacional’ não têm ‘comportamentos de trabalho contraproducentes’, e vice-versa; ou seja, os que adotam um dos comportamentos são menos susceptíveis de adotar o outro (Sackett, 2002). O CWB é o comportamento manifestado pelo empregado que vai contra os interesses legítimos de uma organização, podendo prejudicar organizações, ou pessoas em organizações, incluindo funcionários e clientes, utentes ou pacientes (Sackett, Berry, Wiemann, & Laczó, 2006). Por definição, CWBs são atos voluntários prejudiciais ao ‘bem-estar’ de uma organização (Bowling & Eschleman, 2010; Gruys & Sackett, 2003). Robinson e Bennett (1995) apresentaram uma tipologia de quatro classes, dividindo os CWBs nas seguintes dimensões: (1) desvio de produção (comportamentos de sair cedo, trabalhar intencionalmente de forma lenta ou fazer longas pausas; (2) desvio de propriedade (sabotagem de equipamentos e roubo de bens); (3) desvio político (mostrar favoritismo, ‘fococar’ ou culpar os outros); e (4) agressão pessoal (assédio, abuso verbal e ameaça).

### **Gestão de RH e gestão do desempenho humano**

O desempenho humano consiste no grau em que uma pessoa ajuda a organização a alcançar os seus objetivos ou como o grau em que os resultados individuais se aproximam dos objetivos pré-definidos ou dentro das expectativas de desempenho e o desempenho real, sendo moldado pelos indicadores definidos em termos organizacionais para o que constitui um

elevado desempenho (Pinder, 2008; Watson, 2006), pelo que se pode afirmar que o desempenho organizacional depende do desempenho humano (e.g., Paauwe, 2009; Storey, 2014; van de Voorde, Paauwe, & van Veldhoven, 2012). Num trabalho recente, Oliveira et al. (2014) adotaram uma abordagem que considera o desempenho humano segundo duas perspetivas: eficiência económica e eficiência social; a eficiência económica relaciona-se com o alcance de resultados em termos de desempenho e produtividade e a eficiência social associa-se ao pleno envolvimento e ao bem-estar psicológico. Os autores estabelecem ainda a ligação do ‘valor dos RH’ com estes indicadores de desempenho, distinguindo o efeito do ‘valor explícito’ e do ‘valor implícito’ sobre esses indicadores: o ‘valor explícito’ relacionado com a eficiência económica e o ‘valor implícito’ com a eficiência social. Por detrás desta distinção está o argumento de que o elevado desempenho humano depende não só das competências, conhecimentos e capacidades dos indivíduos (‘valor explícito’, associado à abordagem KAS – *Knowledge, Abilities, and Skills* e à eficiência económica), mas também dos seus valores, crenças e personalidade (‘valor implícito’, associado à abordagem VBP – *Values, Beliefs, and Personality* e eficiência social), conceitos apresentados no **Quadro 5**.

Quadro 5 – Indicadores de desempenho – abordagens KAS e VBP

EFICIÊNCIA ECONÓMICA, indicadores de desempenho e produtividade – abordagem KAS	
Conhecimento ( <i>Knowledge</i> )	Os conhecimentos gerais (não relacionados com a profissão) e específicos (relacionados com a profissão) que permitem a boa realização das tarefas atribuídas.
Competências ( <i>Skills</i> )	As competências técnicas que estão na base do desempenho do indivíduo; competências que o tornam capaz de pensar e atuar de forma criativa, acima de um certo nível de capacidades.
Capacidades ( <i>Abilities</i> )	As capacidades e recursos de um indivíduo realizar as tarefas que lhe foram atribuídas.
EFICIÊNCIA SOCIAL, indicadores de pleno envolvimento e bem-estar psicológico – abordagem VBP	
Valores ( <i>Values</i> )	Os julgamentos afetivos que podem ser apreendidos através de experiências sociais. Estes podem ser avaliados a nível individual ou organizacional.
Crenças ( <i>Beliefs</i> )	São as avaliações da situação do emprego e representam a avaliação individual daquilo que a sua profissão lhes pode dar.
Personalidades ( <i>Personalities</i> )	Diz respeito ao carácter e características que formam a personalidade do indivíduo e que condicionam a sua perceção da realidade.

Fonte: adaptado de Huczynski & Buchanan (2013) e Oliveira et al., (2014)

A GRH refere-se a “*todas as atividades associadas com a gestão das pessoas nas organizações*”<sup>26</sup> (Boxall & Purcell, 2008, p. 1). Envolve a aplicação de políticas e práticas relacionadas com o planeamento, recrutamento, seleção, aprendizagem, formação e desenvolvimento, bem como gestão e avaliação do desempenho e das recompensas, o cumprimento de requisitos legais e a provisão de mecanismos direcionados para o aumento do bem-estar psicológico dos RH<sup>27</sup> (Armstrong & Taylor, 2014; Cappelli & Singh, 1992; Safdar, 2011).

A GERH refere-se à implementação de atividades, políticas e práticas, de modo a que sejam efetuadas as mudanças necessárias que suportem os objetivos operacionais e estratégicos de uma organização (Huselid, Jackson, & Schuler, 1997; Pynes, 2004). Nesse pressuposto, pode ser definida como “*o padrão de atividades de RH que permitam a uma organização atingir os seus objetivos*”<sup>28</sup> (Wright & McMahan, 1992, p. 298). Um ‘pacote’ prescritivo de estratégias e políticas de GERH – recrutamento estratégico, organização de equipas, flexibilidade, gestão estratégica do desempenho, remuneração com base no desempenho, formação e desenvolvimento, gestão do conhecimento, iniciativas de ‘*empowerment*’ – coloca o indivíduo em primeiro plano (Bolton & Houlihan, 2009; Huselid, Jackson, & Schuler, 1997). No entanto, no que toca ao interesse pelo indivíduo, de acordo com Uysal (2014) existem duas distinções básicas entre GRH e GERH: primeiro, as práticas da GRH são individuais, enquanto as práticas da GERH estão interrelacionadas; segundo, a GRH tem o seu interesse no desempenho do empregado, sendo o seu objetivo alcançar as atitudes e comportamentos desejados na organização (p.e., satisfação, motivação, comprometimento, OCB, envolvimento, confiança), enquanto a GERH tem como foco de interesse o desempenho organizacional. A GRH tem como objetivo favorecer a adaptabilidade e flexibilidade das pessoas às mudanças organizacionais e procura a melhoria das suas atitudes e comportamentos, tornando-as mais comprometidas com o alcance dos resultados da organização (Boxall & Purcell, 2000).

---

<sup>26</sup> Tradução livre de: “all those activities associated with the management of people in firms” (Boxall & Purcell, 2008, p.1).

<sup>27</sup> Alguns autores levantam reservas quanto à utilização do termo ‘gestão de recursos humanos’ uma vez que implica considerar que as pessoas podem ser manipuladas como qualquer outro fator de produção; em alternativa utilizam a expressão ‘gestão de pessoas’ (e.g., Cabrera, & Cabrera, 2005; Patterson, West, Lawthom, & Nickell, 1997; Sparrow, Cooper, & Hird, 2015; Thompson, 2013). Apesar disso, GRH continua a ser a expressão mais utilizada (Armstrong & Taylor, 2014; Knies, Boselie, Gould-Williams, & Vandenabeele, 2015; Storey, 2014).

<sup>28</sup> Tradução livre de: “the pattern of planned human resource deployments and activities intended to enable an organization to achieve its goals” (Wright & McMahan, 1992, p.298).



Esta distinção ganhou importância na literatura levando ao surgimento de duas linhas teóricas de evolução da GRH, que têm associadas diferentes ênfases (Boxall & Macky, 2009): *Hard* (*The Michigan School* ou teoria X) e *Soft* (o modelo 'Harvard' ou teoria Y) (Bolton & Houlihan, 2009; Saha, 2013; Truss et al., 1997). A GRH hard "relaciona-se com o ajustamento estratégico de uma organização, ou seja, recrutamento, seleção e substituição da força de trabalho", enquanto a GRH soft "dá importância aos indivíduos e coloca a confiança, o comprometimento e o comportamento dos indivíduos no centro de qualquer decisão estratégica relacionada com as pessoas" (Saha, 2013, p. 62).

A GRH *hard* dá prioridade a questões racionais de maximização dos lucros e vê o empregado apenas como um recurso numérico e, dessa forma, assenta em modelos de gestão dos custos através de práticas de 'routinising, delaying, and outsourcing' (Bolton & Houlihan, 2009); é uma parte da gestão das relações de emprego que se relaciona com os aspetos quantitativos do desempenho dos indivíduos, em termos de progresso do desempenho e a sua contribuição para o crescimento organizacional (Saha, 2013). De acordo com Legge (1998, 2005), a GRH *hard* é um processo que enfatiza a necessidade de integrar as políticas de GRH com a estratégia organizacional e que encara os indivíduos como recursos, que devem ser geridos da mesma forma racional que qualquer outro recurso explorado, para a obtenção do retorno máximo para a organização.

Em 1985, Richard Walton publicou um artigo na *Harvard Business Review* intitulado 'From Control to Commitment in the Workplace', que popularizou a GRH 'soft' como uma abordagem distinta para a GRH. O seu argumento era que a efetiva GRH não depende de estratégias para controlar os funcionários, mas de estratégias para conquistar o comprometimento dos funcionários. A versão *soft* da GRH, com as suas origens na escola das relações humanas, enfatiza a comunicação, a motivação e a liderança (Saha, 2013); pretende tratar o indivíduo como um todo, com atenção a fatores como o *stress*, o bem-estar psicológico e o equilíbrio vida-trabalho, relaciona-se mais com a flexibilidade, a negociação e o desenvolvimento de um bom ambiente de trabalho e satisfação do empregado (Bolton & Houlihan, 2009). Storey (1989, 2014) referiu que a GRH *soft* requer que os empregados sejam tratados como recursos valiosos, uma fonte de vantagens competitivas sustentáveis desencadeada pelo seu comprometimento, adaptabilidade e elevado nível e qualidade de competências e desempenho. De acordo com Legge (1998, 2005), a GRH *soft* atribui um valor superior ao recurso humano, considera-o como um 'ativo' valioso e coloca em primeiro plano a sua capacidade pró-ativa, motivação e

comprometimento, com base numa visão unitarista de obrigações recíprocas e mutualidade; e enfatiza que o comprometimento das pessoas se ganha através do seu envolvimento, comunicação baseada na confiança e um sentido de organização de elevado comprometimento (Saha, 2013). A orientação de troca instrumental que tem subjacente sugere que este método é mais eficaz em termos de motivação (Bolton & Houlihan, 2009).

Apesar de teoricamente distintas, na prática, a investigação tem demonstrado que os aspetos das abordagens *'hard'* e *'soft'* são analiticamente inseparáveis dado que, em combinação, *'rompem'* as tensões resultantes da centralidade dos objetivos económicos (Bolton & Houlihan, 2009). Vários autores têm defendido, e demonstrado através de evidência empírica, que estas duas linhas teóricas não podem ser vistas de forma independente (e.g., Bolton & Houlihan, 2009; Cartwright & Cooper, 1995; Saha, 2013; Storey, 1989, 2014), uma vez que as práticas de GRH *'contemporâneas'* incorporam elementos quer do modelo *hard*, quer do modelo *soft* (Storey, 2014). Os dois modelos devem ser combinados como forma de motivar os empregados e ganhar o seu comprometimento e envolvimento e, desse modo, aumentar o desempenho (Bolton & Houlihan, 2009).

A gestão do desempenho tem muitos e diferentes significados dependendo do ponto de vista em consideração, nomeadamente, estratégia, comportamento organizacional, gestão de operações, economia, contabilidade e GRH (Aguinis, 2009). Esta tese adota esta última perspetiva que se focaliza na forma de melhorar o desempenho organizacional através da gestão das pessoas, em particular através da gestão do desempenho humano. A gestão do desempenho (humano) consiste num *"processo contínuo de identificar, mensurar e desenvolver o desempenho nas organizações através da ligação do desempenho e objetivos de cada indivíduo à missão e objetivos da organização como um todo"*<sup>29</sup> (Aguinis, 2009, p. 1), sendo genericamente retratada como um processo integrado em que os gestores se envolvem com os empregados no sentido de definirem as expectativas de desempenho, avaliarem e reverem os resultados, estabelecerem planos de melhoria e, por vezes, recompensarem o desempenho (Den Hartog, Boselie, & Paauwe, 2004). Dessa forma, envolve o alinhamento de uma diversidade de atividades de GRH interrelacionadas, tais como formação e desenvolvimento, avaliação de desempenho ou mecanismos de recompensa com base no

---

<sup>29</sup> Tradução livre de: "is a continuous process of identifying, measuring and developing performance in organisations by linking each individual's performance and objectives to the organisation's overall mission and goals" (Aguinis, 2009, p.1).

desempenho (Den Hartog, Boselie, & Paauwe, 2004), com o objetivo de influenciar de forma positiva o desempenho humano e, por inerência, o desempenho organizacional (Aguinis, 2009). A mesma ênfase pode ser encontrada na literatura de GERH que enfatiza a importância de um sistema de práticas de trabalho que conduzam a um melhor desempenho (Appelbaum, Bailey, Berg, & Kalleberg, 2000), pelo que a gestão do desempenho pode então ser vista como um ‘microcosmo’ da GERH (Boselie, 2010).

### **O estudo da relação GRH-desempenho**

Os trabalhos de Arthur (1994) e de Huselid (1995), que sustentam que as práticas de GRH estão associadas a níveis inferiores de *turnover* e a níveis de produtividade e desempenho financeiro superiores, deram o ‘mote de partida’ para o elevado número de estudos empíricos que surgiram nos últimos 30 anos sobre o estudo da relação GRH-desempenho. Desde então, a investigação proliferou, tendo sido conduzida a vários níveis: corporativo (e.g., Huselid, 1995), de negócio (e.g., Wright, Gardner, & Moynihan, 2003) e ao nível da indústria (e.g., Youndt, Snell, Dean, & Lepak, 1996). Os estudos examinaram múltiplas indústrias (e.g., Guthrie, 2001), uma única indústria (e.g., MacDuffie, 1995) ou mesmo uma única organização (e.g., Wright, Gardner, & Moynihan, 2003).

Apesar de ser evidente a preocupação com a efetiva e sustentável gestão dos RH, de acordo com Guest (2011), os estudos inicialmente conduzidos foram estudos de natureza apenas prescritiva: apesar de sugerirem a existência de uma relação positiva entre a GRH e o desempenho organizacional, não operacionalizaram a relação através de evidência empírica. As tentativas de investigar a relação GRH-desempenho de uma forma estatisticamente sustentada surgiram apenas na década de 1990, caracterizada por Guest (2011) como a década ‘empiricista’. Arthur (1994) estudou o efeito da GRH sobre o *turnover* e o desempenho tendo sugerido que uma estratégia de GRH baseada no comprometimento e caracterizada por descentralização no processo de tomada de decisão, com mecanismos de participação formalizados e esquemas de formação e remuneração apropriados, aumentavam a motivação dos empregados, o que, por sua vez, resultaria em desempenho organizacional superior, comparativamente ao obtido sob a abordagem de GRH com ênfase no controlo (Arthur, 1994). Com base no trabalho de Thomas e Velthouse (1990), Arthur (1994) também defendeu que estas condições poderiam facilitar o alinhamento entre os objetivos individuais e organizacionais e o envolvimento dos empregados, demonstrando OCB que iriam promover,

de forma eficiente e efetiva, o funcionamento da organização. O estudo de Huselid (1995) veio sustentar a ideia de que os 'sistemas de trabalho para o elevado desempenho' (HPWS) contribuíam para a diminuição do *turnover*, para o aumento da produtividade e do desempenho financeiro organizacional. Schneider (1991) demonstrou existir uma relação positiva entre as atitudes dos empregados, a satisfação e a atitude dos clientes e os resultados. Schneider, Parkington e Buxton (1980) haviam já concluído que as percepções e atitudes dos clientes são afetadas pelo que os empregados experienciam; de acordo com os autores, as práticas organizacionais que são relacionadas, quer com o serviço, quer com os RH, fornecem 'pistas' que os clientes utilizam para avaliar a qualidade do serviço. Schmit e Allscheid (1995) concluíram que a satisfação dos clientes e as percepções da qualidade do serviço estão relacionados com as medidas das atitudes dos empregados acerca da justiça do pagamento, com a preocupação da gestão pelo bem-estar dos empregados e pelo tratamento justo e com o encorajamento de um ambiente de trabalho aberto e participativo.

Ainda na década de 1990 começaram a surgir preocupações sobre os constrangimentos teóricos associados às abordagens que vinham a ser utilizadas no estudo da relação GRH-desempenho. Dyer e Reeves (1995), por exemplo, argumentaram que a maioria dos estudos até então realizados eram limitados em termos de rigor teórico, assentavam em amostras relativamente pequenas e eram conduzidos de forma isolada, de uma forma não-cumulativa, impedindo, dessa forma, o desenvolvimento de uma teoria coerente. Acresce que, até então, a investigação estava essencialmente centrada na relação entre as práticas de GRH e a eficácia do sistema organizacional (e.g., Arthur, 1994; Delery & Doty, 1996; Huselid, 1995; MacDuffie, 1995; Pfeffer, 1998) e uma das limitações críticas apontadas foi o facto de não explicar a relação entre as práticas de GRH e o desempenho individual e organizacional (Guest, 2011; Combs, Liu, Hall, & Ketchen, 2006). Huselid (1995), por exemplo, apelou à realização de mais estudos com base na conclusão de que o efeito das práticas de GRH sobre o desempenho financeiro organizacional era apenas parcialmente explicado pelo seu impacto no *turnover* e produtividade dos empregados. Nos anos seguintes, vários esforços de investigação foram feitos na tentativa de clarificar a relação GRH-desempenho (Boselie, Dietz, & Boon, 2005). Várias teorias, com raízes no comportamento e psicologia organizacionais, foram integradas na investigação para explicar os processos comportamentais e atitudinais que podem mediar aquela relação (Guest, 2011; Katou, Budhwar, & Patel, 2014) e as atitudes e os comportamentos dos empregados foram introduzidos nos modelos explicativos da relação GRH-desempenho (e.g., Becker et al., 1997; Guest, 1997; Paauwe & Richardson, 1997; Wright

& Snell, 1998). Estes autores olham para além da mera presença da GRH, e colocam o foco na eficácia das práticas de GRH considerando o impacto que as mesmas têm sobre as atitudes e comportamentos do empregado.

Boselie, Dietz e Boon (2005), analisando o conteúdo de 104 trabalhos empíricos, concluíram que as teorias mais utilizadas nessa exploração e explicação são a ‘teoria da contingência’ (*contingency theory*) (Fisher, 1989), a *RBV* (Barney, 1991; Wernerfelt, 1984), a ‘teoria da empresa baseada no conhecimento’ (*knowledge-based theory of the firm*) (Grant, 1996) e a ‘teoria AMO’ (Berg, Appelbaum, Bailey, & Kalleberg, 2000; Boxall & Purcell, 2008). De acordo com Paauwe (2009), a ‘teoria da contingência’, a *RBV* e a ‘teoria da empresa baseada no conhecimento’ situam-se ao nível organizacional e focalizam-se na explicação do desempenho numa perspetiva de negócio, estando relacionadas com a GERH. Estas abordagens veiculam que a GRH responde ao ambiente organizacional e complementa os restantes sistemas organizacionais (abordagem estratégica) (Boselie, Dietz & Boon, 2005), assim como gera valor através do desenvolvimento de RH valiosos, raros, não imitáveis e não substituíveis (*RBV*) (Barney, 1991; Barney & Wright, 1998). A ‘teoria da contingência’ estabelece que o desenvolvimento e utilização dos sistemas de gestão (controlo) dependem do contexto e ambiente organizacional (Fisher, 1989). A *RBV* está associada a uma visão da organização que foca especialmente o interior das organizações, os seus recursos e as suas competências, de forma a explicar o seu valor e desempenho (Hansen, Perry, & Reese, 2004)<sup>30</sup>.

A ‘teoria da empresa baseada no conhecimento’ considera a organização como um conjunto de recursos de conhecimento (Grant, 1996, 2002), sendo o seu objetivo a gestão desses recursos por forma a gerar valor (Alguezaui & Filieri, 2014). Esta nova abordagem tem suscitado muito interesse entre académicos e investigadores (e.g., Aggestam, 2015; Argote, 2012; Buller & McEvoy, 2012; Helfat & Peteraf, 2003; Kaya & Patton, 2011) na medida em que é o reconhecimento das mudanças económicas resultantes da acumulação e disponibilidade de conhecimento ocorridas nas três últimas décadas (Ewenstein, Smith, & Sologar, 2015), em que assistimos a uma mudança estrutural de paradigma produtivo, sustentada no fator conhecimento (Stone & Deadrick, 2015).

---

<sup>30</sup> Ainda que alguns autores identifiquem as origens da ‘teoria baseada nos recursos’ no século XIX (e.g., Connor, 2002; McKiernan, 1997), o mais destacado marco histórico encontrado na literatura é o trabalho de Edith Penrose de meados do século XX (Penrose, 1959). Penrose (1959) concebeu a empresa como uma organização administrativa e uma ‘coleção de recursos produtivos’ (*‘collection of productive resources’*) (p. 24), quer físicos, quer humanos, que contribuem para aquela com uma grande variedade de serviços.

A teoria AMO (*AMO-theory*), inicialmente proposta por Bayley (1993) e desenvolvida por Appelbaum, Bailey, Berg e Kalleberg (2000), centra-se na importância de ter em consideração variáveis ao nível do indivíduo, tais como as capacidades e as competências dos RH para realizarem o seu trabalho (A - abilities), ao aumentar a motivação dos empregados para esforços discricionários (M - motivation) e ao proporcionar oportunidades de participação e realização no trabalho para fazerem uso pleno das suas capacidades e competências (O - opportunities), tendo os seus fundamentos no campo da psicologia industrial/organizacional (Paauwe, 2009). É ainda frequentemente utilizada, quer nos modelos conceptuais, quer na pesquisa empírica para explicar a relação GRH-desempenho (e.g., Bos-Nehles, van Riemsdijk, & Kees Looise, 2013; Boxall & Purcell, 2008; Purcell & Kinnie, 2007; Renwick, Redman, & Maguire, 2013). São exemplos de como as práticas de GRH podem atingir este resultado: as capacidades (A) podem ser influenciadas pelo recrutamento e seleção, que assegure que sejam admitidos empregados capazes, e pela formação, aprendizagem e desenvolvimento; a motivação (M) é influenciada pelas recompensas extrínsecas (e.g. financeiras) e intrínsecas (e.g. trabalho interessante), avaliação de desempenho, feedback, desenvolvimento de carreira, segurança no emprego e equilíbrio vida-trabalho; as oportunidades (O) são influenciadas por iniciativas de envolvimento, trabalho em equipa, autonomia, comunicação, job design e rotatividade (Appelbaum et al., 2000; Boxall & Macky, 2009; Hutchinson, 2013; Wood & Wall, 2007). No modelo de Appelbaum e colegas (2000), as práticas de GRH contribuem para o aumento do desempenho dos empregados encorajando-os a exibir comportamentos discricionários positivos. Os comportamentos discricionários referem-se ao grau de escolha que as pessoas têm sobre como desempenham as suas funções e reconhece que os empregados podem contribuir mais para a organização do que apenas terminarem as tarefas que lhes estão afetas.

Apesar das abordagens das 'melhores práticas' e de 'melhor ajustamento' e a teoria AMO terem contribuído para o atual estado compreensivo sobre a GRH, foi a *RBV* (Barney, 1991) a teoria que mais contribuiu para o desenvolvimento da GRH e para a convergência entre os campos da estratégia e da GRH, sendo uma das mais proeminentes perspetivas teóricas da gestão estratégica (Barney, 1991) e o paradigma dominante condutor da GERH (e.g., Lengnick-Hall, Lengnick-Hall, Andrade, & Drake, 2009; Lepak & Snell, 1999; Wright, McMahan, & McWilliams, 1994; Wright, McMahan, Snell, & Gerhart, 2001). A ideia central desta perspetiva de análise é a de que a diferença de desempenho entre as organizações é gerada pela diferença

existente entre os seus recursos (Barney, 1991; Helfat & Peteraf, 2003; Wright, Dunford, & Snell, 2001), tal como explicado por Truss, Mankin e Kelliher (2012):

A GRH tem um impacto no desempenho porque os RH de uma empresa satisfazem os critérios da RBV para um 'recurso' e, dessa forma, o papel da GERH é afetar esses recursos de forma efetiva de tal modo que revertam para a empresa vantagens competitivas sustentáveis.<sup>31</sup> (p. 107)

### **Práticas de gestão de RH e sistemas de trabalho**

Na literatura é defendido que a GRH afeta diretamente o desempenho organizacional através de uma relação causal de variáveis mediadoras tais como as atitudes e os comportamentos dos trabalhadores (e.g., Becker, Huselid, Pickus, & Spratt, 1997; Guest, 1997; Ramsay, Scholarios, & Harley, 2000; Wright & Nishii, 2007). Reconhecendo-se a importância das atitudes e dos comportamentos para o alcance dos objetivos organizacionais, discute-se na literatura quais as 'melhores práticas' de GRH que estimulam e sustentam elevados níveis de satisfação, de motivação e de comprometimento (Kinnie, Hutchinson, Purcell, Rayton, & Swart, 2005; Rayton & Yalabik, 2014) e que, por sua vez, conduzem ao envolvimento e bem-estar psicológico (eficiência social) e a desempenhos elevados sustentáveis (eficiência económica) (Oliveira et al., 2014). Na literatura de GRH são referenciados dois tipos distintos de práticas: 'práticas de trabalho' (*work practices*) e 'práticas de emprego' (*employment practices*) (Godard, 2004; Whitfield & Poole, 1997). As 'práticas de trabalho' relacionam-se com a forma como o próprio trabalho é organizado, nomeadamente, em termos de estrutura (e.g., grupos de trabalho supervisionados, equipas auto-geridas, funções com elevada autonomia) e quaisquer oportunidades existentes para a resolução de problemas relacionados com os processos de trabalho (e.g., círculos de qualidade e reuniões de equipa); as 'práticas de emprego', por sua vez, incluem todas as práticas utilizadas para recrutar, selecionar, motivar, consultar, negociar, desenvolver e reter os empregados, assim como para terminar a relação de emprego (Boxall & Macky, 2009). Lado e Wilson (1994) definem 'sistema de gestão de RH' como "*um conjunto de atividades, funções e processos distintos, mas inter-relacionados que visam atrair, desenvolver e manter (ou dispor) os recursos humanos de uma empresa*"<sup>32</sup> (p. 1).

---

<sup>31</sup> Tradução livre de; "HRM impacts on performance because a firm's HR meet the RBV criteria for a 'resource', and therefore the role of SHRM is to deploy those resources effectively in such a way that sustained competitive advantage accrues to the firm" (Truss, Mankin, & Kelliher, 2012, p.107).

<sup>32</sup> Tradução livre de de: "...a set of distinct but interrelated activities, functions, and processes that are directed at attracting, developing, and maintaining (or disposing of) a firm's human resources" (Lado e Wilson, 1994, p.1).

Quando falamos em ‘melhores práticas’ de GRH, admitimos a existência de um sistema de práticas de gestão de RH que, de alguma forma, conduzem a um desempenho organizacional superior (Boxall & Macky, 2009). No entanto, enquanto que alguns autores consideram que existem ‘melhores práticas’ e que estas são universalistas (e.g., Arthur, 1994; Delaney, Lewin, & Ichniowski, 1989; Freund & Epstein, 1984; Huselid, 1995; MacDuffie, 1995; Pfeffer, 1994, 1995), outros defendem que apenas existem práticas mais ajustadas ou adequadas, e que o efeito das práticas de gestão de RH depende do contexto específico, interno e externo, em que são aplicadas (e.g., Safdar, 2011; Wood, 1999). Nesse sentido, os estudos têm-se dividido entre os que defendem a abordagem das ‘melhores práticas’ (*best practices*) e os que argumentam a favor da abordagem do ‘melhor ajustamento’ (*best fit*) (Kilroy, Flood, Bosak, & Chênevert, 2016; Safdar, 2011). Esta distinção resulta das diferentes perspetivas em que a literatura tem colocado a GRH, tal como desenvolvemos no **Quadro 6**: (1) universalista (*universalistic*), (2) contingencial (*contingency*), (3) configuracional (*configurational*) e (4) contextual (*contextual*): a primeira, relaciona-se com a abordagem das ‘melhores práticas’ e as três últimas com o ‘melhor ajustamento’ (Kilroy et al., 2016; Martín-Alcázar, Romero-Fernández, & Sánchez-Gardey, 2005).

Quadro 6 – Perspetivas de ‘melhor ajustamento’ da GRH

Perspetiva	Descrição
Universalista ( <i>universalistic</i> )	Postula as ‘melhores práticas’ de GRH, implicando que as estratégias organizacionais e as políticas de gestão de RH sejam mutuamente independentes na determinação do desempenho organizacional.
Contingencial ( <i>contingency</i> )	Enfatiza o ajustamento que deverá existir entre a estratégia organizacional e as políticas e estratégias de gestão de RH, implicando que as políticas de gestão de RH estejam ajustadas ou em concordância com a estratégia organizacional na determinação do desempenho organizacional.
Configuracional ( <i>configurational</i> )	Deverá existir um ajustamento simultâneo entre o ambiente externo, a estratégia organizacional e a estratégia de gestão de RH, implicando que as estratégias organizacionais e as políticas de gestão de RH interajam, de acordo com o contexto organizacional, na determinação do desempenho organizacional.
Contextual ( <i>contextual</i> )	É necessário ampliar o conceito de GERH para oferecer uma explicação complexa, não apenas do seu funcionamento interno e como ele pode reforçar a realização dos objetivos de negócio, mas também de sua influência no contexto externo e organizacional em que as decisões de gestão são tomadas.

Fonte: adaptado de Kilroy et al. (2016) e Martín-Alcázar, Romero-Fernández, & Sánchez-Gardey (2005).

A abordagem das ‘melhores práticas’ advoga que existe um conjunto de práticas de GRH distintas que podem ser aplicadas por qualquer organização, independentemente da sua



configuração, que resultará em maiores níveis de desempenho (Hutchinson, 2013). Na discussão sobre a melhor abordagem, Boxall e Purcell (2008) argumentam que ambas as correntes, ‘melhores práticas’ e ‘melhor ajustamento’ poderão estar corretas à ‘sua própria maneira’. De facto, alguns princípios base (tais como o desenvolvimento e envolvimento dos RH e elevadas recompensas) têm sido universalmente reconhecidos como facilitadores do sucesso organizacional; no entanto, a estrutura e os efeitos das práticas de gestão de RH dependem também do contexto único em que são aplicadas (Safdar, 2011).

Na literatura encontramos várias perspetivas de referência a ‘melhores práticas’, que têm sido denominadas de:

- (1) ‘sistemas de trabalho para o elevado desempenho’ (HPWS) (e.g., Arthur, 1994; Delaney, Lewin, & Ichniowski, 1989; Freund & Epstein, 1984; Huselid, 1995; MacDuffie, 1995; Pfeffer, 1994);
- (2) ‘sistemas de trabalho para o elevado comprometimento’ (HCWS) (e.g., Wood, 1996; Wood & Albanese, 1995; Wood & DeMenezes, 1998); e
- (3) ‘sistemas de trabalho para o elevado envolvimento’ (HIWS) (e.g., Boselie, Paauwe, & Richardson, 2003; Lawler, 1986, 1992; Lawler, Mohrman, & Ledford, 1995).

Na perspetiva dos HPWS, a ênfase é colocada na obtenção de um ‘elevado desempenho’ em termos de produtividade; no entanto, sem negligenciar os aspetos comportamentais (Huselid, 1995). As práticas para o ‘elevado desempenho’ são desenhadas com o objetivo de aumentar o desempenho individual e organizacional, melhorando os conhecimentos, as competências e as capacidades (abordagem KAS), as atitudes e a motivação dos empregados:

Cada vez mais estudos consideram o argumento de que o uso de práticas de gestão para o elevado desempenho... podem aumentar os conhecimentos, competências e capacidades dos empregados, atuais e potenciais, de uma organização, aumentar a sua motivação, reduzir o absentismo e aumentar a retenção de empregados de qualidade, enquanto encorajam os de baixo desempenho a deixarem a organização.”<sup>33</sup> (Huselid, 1995, p. 635)

Vários autores contribuíram para a identificação das ‘melhores práticas’ para o ‘elevado desempenho’ (e.g., Arthur, 1994; Delaney, Lewin, & Ichniowski, 1989; Freund & Epstein, 1984; Huselid, 1995; MacDuffie, 1995; Pfeffer, 1994). Huselid (1995), por exemplo, refere-se a um grupo de práticas separadas, mas interrelacionadas, que incluem recrutamento e seleção compreensiva, sistemas de compensação e incentivos e gestão do desempenho, envolvimento

---

<sup>33</sup> Tradução livre de: “An increasing body of work contains the argument that the use of high performance work practices... can improve the knowledge, skills, and abilities of a firm’s current and potential employees, increase their motivation, reduce shirking, and enhance retention of quality employees while encouraging non-performers to leave the firm” (Huselid, 1995, p.635).

e formação extensiva. Pfeffer (1998) propôs a implementação de sete práticas: segurança no emprego; contratação seletiva; equipas auto-geridas; compensação com base no desempenho; formação; redução das diferenças no estatuto; e partilha de informação. O estudo de Arthur (1994) considera seis tipos de práticas: formação, *empowerment*, salários elevados, recompensas com base no desempenho, participação coletiva e desenvolvimento de competências.

A perspetiva do 'elevado comprometimento' (HCWS) pretende ir além das práticas de gestão de RH para o 'elevado desempenho', procurando diminuir o *turnover*, o absentismo e os custos, através da redução da necessidade de controlo e monitorização (Allen & Meyer, 1990). A participação do empregado na tomada de decisões, o desenvolvimento de carreiras, a formação, a autonomia para a resolução de problemas, o trabalho em equipa, a estruturação do trabalho, a flexibilidade e a partilha de informação são algumas das 'melhores práticas' contempladas por esta abordagem (Wood, 1996; Wood & Albanese, 1995; Wood & DeMenezes, 1998). No entanto, a evidência empírica tem vindo a sugerir que concentrar as práticas de GRH apenas na promoção do comprometimento poderá colocar em causa o bem-estar psicológico dos trabalhadores e, dessa forma, impedir a sustentabilidade de níveis elevados de envolvimento com a organização (e.g., Pescud et al., 2015; Rayton & Yalabik, 2014; Wright & Cropanzano, 2000).

Nesse sentido, outra das abordagens que tem vindo a ganhar relevo na literatura é a gestão de 'elevado envolvimento' (e.g., Boxall & Macky, 2009; Edwards & Wright, 2001; Guthrie, 2001; Guthrie, Spell, & Nyamori, 2002; Kilroy et al., 2016). Estes sistemas estão associados a fluxos de informação confiáveis e, por conseguinte, dependentes de investimento em formação, de modo a dotar os empregados da capacidade de contribuir; focalizam-se no envolvimento dos empregados nos processos de tomada de decisão organizacionais, por exemplo, no que respeita ao desenho das funções (Lawler, 1986; Ramsay, Scholarios, & Harley, 2000). Algumas das práticas relacionadas com esta perspetiva de GRH incluem, por exemplo: a participação na tomada de decisões, a autonomia, o trabalho em equipa, a partilha de informação e aprendizagem e as recompensas, o desenvolvimento de carreiras, a formação e a flexibilidade no trabalho (Appelbaum et al., 2000; Boxall & Macky, 2009; Edwards & Wright, 2001; Guthrie, 2001; Guthrie, Spell, & Nyamori, 2002; Lawler, 1986, 1992; Lawler, Mohrman, & Ledford, 1995; Pil & MacDuffie, 1996).

O trabalho de Wood (1999) identificou um conjunto de *itens* comuns a estas duas perspectivas (HCWS e HIWS): (1) desenvolvimento e progressão na carreira e ênfase na formação e comprometimento; (2) elevado nível de flexibilidade funcional, em vez de descrições rígidas de funções; (3) redução de hierarquias e fim da diferenciação de estatuto; (4) forte confiança nas equipas para estruturar o trabalho e para resolver os problemas; (5) desenho do trabalho de modo a promover a satisfação intrínseca; (6) novas formas de avaliação de desempenho e de sistemas de recompensa; e (7) elevado envolvimento dos trabalhadores na gestão da qualidade do trabalho.

De acordo com Boon e Den Hartog (2011), proporcionar um conjunto consistente de práticas que promovam o elevado desempenho, comprometimento e envolvimento resulta num maior ajustamento dos empregados com o seu trabalho ou função (*P-J fit, Person-Job fit*) (e.g., Caldwell & O'Reilly, 1990; Edwards, 1991; Lauver & Kristof-Brown, 2001) e entre os empregados e a organização (*P-O fit, Person-Organization fit*) (e.g., Kristof, 1996; Morley, 2007; O'Reilly, Chatman, & Caldwell, 1991). O primeiro (*P-J fit*) relaciona-se com a correspondência entre os conhecimentos, as competências e as capacidades dos indivíduos e as exigências da função; o segundo (*P-O fit*) com o ajustamento entre as necessidades e expectativas individuais e o que é proporcionado pela organização (O'Reilly, Chatman, & Caldwell, 1991). De acordo com Kristof (1996), a compatibilidade entre as pessoas e as organizações ocorre quando “(a) pelo menos uma das partes providencia o que a outra precisa, ou (b) ambas as partes partilham características fundamentais similares, ou ambos”<sup>34</sup> (pp. 4-5).

A abordagem das ‘melhores práticas’ tem sido criticada em vários domínios, não menos pela sua perspectiva de que existe ‘uma maneira melhor’ de gerir as pessoas, do que pela incapacidade de reconhecer a importância dos contextos nacionais, setoriais e organizacionais (Boxall & Purcell, 2011). A investigação também demonstra que diferentes grupos podem ser geridos de formas bastante distintas (Kinnie et al., 2005). Verifica-se ainda falta de consenso relativamente a várias questões, tais como: a identificação das ‘melhores práticas’ e a importância de certas práticas comparativamente a outras; se são necessárias todas as práticas ou apenas algumas e se devem ser aplicadas a todos os empregados ou apenas àqueles com determinadas competências (Hutchinson, 2013). A ideia de que as ‘melhores práticas’ podem beneficiar os empregados tem também sido desafiada, envolvendo argumentos de que

---

<sup>34</sup> Tradução livre de: “(a) at least one entity provides what the other needs, or (b) they share similar fundamental characteristics, or (c) both” (Kristof, 1996, pp.4-5).

poderão contribuir para a intensificação do trabalho, *stress* e a formas insidiosas de controlo; algumas configurações de trabalho em equipa, por exemplo, diminuem, em vez de aumentar, a autonomia (Hutchinson, 2013).

Independentemente do tipo de práticas associadas a cada uma destas perspetivas, e quer se denominem HPWS, HCWS, HIWS ou ‘melhores práticas’ deverão ser adotadas sempre no pressuposto de criação de valor para a organização (Collins & Clark, 2003; Shanafelt et al., 2015). Um tema comum a todos estes sistemas é que a combinação de determinadas práticas de GRH num ‘pacote’ de práticas integradas tem um efeito superior sobre o desempenho do que as práticas individualizadas (Boxall & Macky, 2009; Combs, Liu, Hall, & Ketchen, 2006). Tal baseia-se no pressuposto de que, primeiro, as práticas têm um efeito aditivo e, segundo, que ocorrem sinergias quando uma prática reforça a outra (Hutchinson, 2013). Por exemplo, a formação melhora os programas de participação uma vez que os empregados estão mais preparados para tomarem as decisões que os programas de participação lhes permitem tomar (Combs, Liu, Hall, & Ketchen, 2006). No entanto, também é possível que as práticas de gestão de RH reduzam o desempenho organizacional produzindo ‘combinações mortais’, entrando as práticas em conflito (Becker et al., 1997). Um exemplo é a combinação do trabalho em equipa e o pagamento com base no desempenho que recompensa desempenhos individuais (Hutchinson, 2013).

A abordagem do ‘melhor ajustamento’, que deriva da ‘teoria contingencial’ defende que a eficácia das práticas de gestão de RH depende do seu alinhamento com a envolvente interna e externa da organização (Boxall & Purcell, 2011). Ao contrário da abordagem das ‘melhores práticas’, não ‘aceita’ que exista apenas uma melhor forma de gerir as pessoas, mas afirma que deve ser tido em consideração vários fatores contextuais tais como a estratégia organizacional, a localização, o setor, a dimensão e a natureza do trabalho (Hutchinson, 2013). Assim como na abordagem das ‘melhores práticas’, existem variações dentro da abordagem do ‘melhor ajustamento’. Por exemplo, alguns acreditam que as práticas se devem ajustar ao ciclo de vida da organização (e.g., Baird & Meshoulam, 1988; Kochan & Barocci, 1985), outros que se devem ajustar à estratégia competitiva (e.g., Miles & Snow, 1984). Schuler e Jackson (1987) desenvolveram esta abordagem no sentido de mostrar como diferentes tipos de comportamentos são necessários perante diferentes estratégias competitivas. Vários estudos sugeriram quadros conceptuais indicativos da forma como os sistemas de GRH podem diferir perante diferentes estratégias organizacionais (e.g., Delery & Doty, 1996; Miles & Snow, 1984;

Schuler & Jackson, 1987; Snell, 1992; Wright & Snell, 1998; Youndt, Snell, Dean, & Lepak, 1996). Por exemplo, Miles e Snow (1984) sugeriram que as organizações envolvidas em estratégias prospectivas (de inovação) focalizariam os seus sistemas de GRH mais na recompensa pelos resultados do que pelos comportamentos; por sua vez, em organizações com estratégias defensivas, seria mais provável a recompensa dos comportamentos em detrimento dos resultados. Por exemplo, uma estratégia de inovação requer comportamentos focados na tomada de risco, criatividade e cooperação; práticas de gestão de RH adequadas incluiriam seleção de pessoas altamente qualificadas, avaliações com base no desempenho individual e de equipa, alto nível de discricção e trajetória de carreira abrangente (Schuler & Jackson, 1987). Uma estratégia baseada na redução de custos requer comportamentos previsíveis, foco de curto prazo e preocupação com a quantidade em vez da qualidade; as práticas e políticas de gestão de RH focalizadas na preocupação com os resultados, trabalho flexível, baixo investimento em formação e funções bem definidas seriam mais apropriadas (Schuler & Jackson, 1987).

### **Processos, percepções, interpretações e atribuições das práticas de gestão de RH**

Combs, Liu, Hall e Ketchen (2006) através da meta-análise de 92 estudos empíricos, concluíram que a influência da GRH sobre o desempenho organizacional é estatisticamente significativa e relevante do ponto de vista de gestão, pelo que se tornou mais evidente que a GRH tem, de facto, impactos positivos sobre o desempenho organizacional. No entanto, ficaram ainda envoltos em incerteza alguns fatores determinantes daquela relação (Ostroff & Bowen, 2016) e mesmo que pacotes de práticas de GRH internamente consistentes contribuam para o desempenho organizacional, era necessário clarificar o ‘como’ e o ‘porquê’ da ocorrência desta influência (Boselie, Dietz, & Boon, 2005; Dyer & Reeves, 1995). Guest (2011), através da revisão das principais fases no desenvolvimento da teoria e pesquisa sobre a relação GRH-desempenho, concluiu também que a principal questão de investigação sofreu alterações nas últimas duas décadas: começou por ser *“qual o impacto que a GRH tem sobre o desempenho?”* e direccionou-se em dois sentidos: 1) o primeiro, relacionado com uma questão contingencial: *“em que circunstâncias a GRH tem um impacto no desempenho?”*; e 2) o segundo, com a questão dos processos: *“quais os processos que permitem que a GRH possa ter um impacto sobre o desempenho?”* (p. 7).

O trabalho de Bowen e Ostroff (2004) foi determinante na mudança de enfoque dos estudos sobre a relação GRH-desempenho. Os autores propõem uma perspectiva de análise que assenta nos processos de GRH, considerando-os como um meio passível de ser utilizado pela gestão para enviar mensagens aos empregados sobre as atitudes e comportamentos necessários (desejados e recompensados) para atingir os objetivos organizacionais (Katou, Budhwar, & Patel, 2014). De acordo com Bowen e Ostroff (2004), um dos determinantes da implementação efetiva das práticas de GRH relaciona-se com a forma como as mesmas são comunicadas e a consistência da sua aplicação. Dessa forma, os autores evidenciam a importância do contexto para a construção de um clima apropriado para a implementação dessas práticas, que reflete as percepções dos empregados sobre o que é importante e que comportamentos são esperados e recompensados (Dello Russo, Mascia, & Morandi, 2016; Ostroff & Bowen, 2016). Com base nas teorias da comunicação e atribuição (Weiner, 1985, 2012), e assentando nos trabalhos de Ferris et al. (1998) e Hoperman, Brief e Guzzo (1990) (ambos citados em Bowen & Ostroff, 2004), Bowen e Ostroff (2004) apresentam uma conceptualização que inclui as percepções e expectativas dos indivíduos como mediadores na relação GRH-desempenho, defendendo que, pela via das percepções sobre o clima organizacional, o sistema de GRH influencia as atitudes e os comportamentos dos empregados e, conseqüentemente, os resultados organizacionais. Clima organizacional é definido por Schneider (1990) como *“as percepções partilhadas dos empregados relativamente às práticas, procedimentos e tipos de comportamento que são recompensados e suportados num contexto particular”*<sup>35</sup> (p. 384).

De acordo com Zohar (2005), o clima organizacional captura as percepções dos empregados sobre a forma como as políticas organizacionais formais e procedimentos são colocados em prática ou implementados na organização. À semelhança de outros estudos colocam o clima organizacional na posição de mediador na relação GRH-desempenho (e.g., Feng Jing, Avery, & Bergsteiner, 2011; Park & Shaw, 2013; van de Voorde, Paauwe, & Veldhoven, 2012), Bowen e Ostroff (2004) e defendem que um ‘sistema de GRH forte’ (*strong HRM system*), com elevada ‘distintividade’ (*distinctiveness*) (visibilidade, compreensão, legitimidade da GRH e relevância; os empregados estão cientes das diferentes políticas, práticas e mensagens de gestão de RH), ‘consistência’ (*consistency*) (instrumentalidade, validade e consistência das mensagens de GRH ao longo do tempo e situações) e ‘consenso’ (*consensus*) (acordo entre os principais

---

<sup>35</sup> Tradução livre de: “the shared perceptions of employees concerning the practices, procedures, and kinds of behaviors that get rewarded and supported in a particular setting” (Schneider, 1990, p. 384)

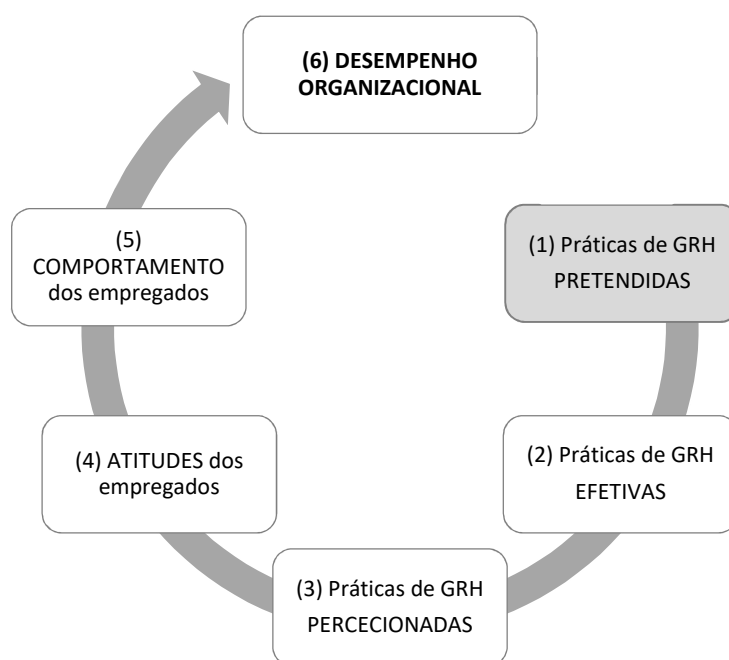
remetentes da mensagem e equidade, de tal forma que cada indivíduo obtenha as mesmas informações), resulta na emergência de percepções partilhadas entre os empregados, que conduzem à obtenção de elevados desempenhos (Sanders & Yang, 2016; Tandung, 2016).

A abordagem proposta por Bowen e Ostroff (2004) continuou a influenciar os estudos sobre a relação GRH-desempenho desenvolvidos na última década. No entanto, outras perspectivas de análise surgiram, das quais destacamos aquelas que consideram as percepções sobre o processo de implementação das práticas de GRH e as interpretações e as atribuições que os RH fazem dessas práticas como condicionantes ou potenciadores da relação GRH-desempenho. Recentes quadros teóricos enfatizam que, em especial as percepções dos empregados sobre a forma (como) e as intenções (o quê) de implementação das práticas de GRH na organização, são importantes para direcionar as reações dos empregados ao nível das atitudes e comportamentos e, conseqüentemente, o seu desempenho e o da organização (e.g., Nishii & Wright, 2008; Nishii, Lepak, & Schneider, 2008; Wright & Nishii, 2004, 2007).

As práticas representam 'sinais' sobre as intenções da organização para com os empregados e são interpretadas como tal pelos mesmos (Den Hartog, Boselie, & Paauwe, 2004). E os efeitos das práticas sobre as atitudes e os comportamentos dos RH ocorrem devido às interpretações que os empregados fazem sobre as intenções de tais práticas, ou seja, do significado que lhes é atribuído pelos trabalhadores (Wright & Nishii, 2007). Nesse sentido, Wright e Nishii (2004), citados em Paauwe e Boselie (2005), suportaram os argumentos de Bowen e Ostroff (2004) sobre a importância de compreender as percepções dos empregados relativamente ao 'processo de GRH' e os mecanismos que explicam a relação GRH-desempenho. O modelo de causalidade proposto pelos autores é composto por cinco etapas críticas: a GRH pretendida (*intended HRM*) influencia a GRH real/efetiva (*real HRM*), os empregados percebem essas práticas (*perceived HRM*), reagem a elas (resultados dos empregados) e, por sua vez, estes resultados determinam o desempenho organizacional. A GRH pretendida refere-se às políticas e práticas definidas pela organização ou desenvolvidas pelos responsáveis pela tomada de decisão e são parte integrante da estratégia organizacional; a GRH efetiva são as práticas efetivamente implementadas e aplicadas no local de trabalho, frequentemente pelos gestores de linha; a GRH percebida relaciona-se com a forma como os empregados percebem as práticas que dependerá do seu julgamento sobre a justiça organizacional e o contrato psicológico. O modelo de Wright e Nishii (2004) foi desenvolvido posteriormente por Purcell e seus colegas (e.g., Purcell & Kinnie, 2007; Hutchinson & Purcell, 2007), tendo as reações dos empregados sido

divididas em atitudes e comportamentos, tal como modelado na **Figura 11**. Com base neste argumento e na teoria da atribuição, Nishii, Lepak e Schneider (2008) exploram o ‘porquê’ da GRH e a potencial ligação entre as atribuições (que os empregados fazem sobre o ‘porquê’ de a gestão aplicar determinadas práticas de GRH, por exemplo, relacionadas com seleção, formação e recompensa) e as atitudes e comportamentos dos empregados e o desempenho organizacional. Neste contexto, atribuições são a razão de ser dessas práticas, “*explicações causais que os empregados fazem a respeito da motivação da gestão para usar determinadas práticas de RH*”<sup>36</sup> (Nishii, Lepak, & Schneider, 2008, p. 507).

Figura 11 – Modelo de causalidade da GRH e desempenho



Fonte: adaptado de Hutchinson & Purcell (2007)

Os autores consideram duas tipologias de atribuições: (1) internas (prendem-se com fatores disposicionais) e (2) externas (fatores relativos ao meio). As atribuições internas são consideradas multidimensionais, pois podemos encontrar vários tipos de causas (o ‘porquê’) da adoção das práticas de GRH pelos gestores. Neste sentido, subdividem-se as atribuições internas em dois grupos mais relevantes: o primeiro envolve os objetivos estratégicos ou de negócio, que constituem a base das práticas de GRH, distinguindo-se estratégias de aumento de qualidade de estratégias de redução de custos; o segundo consiste na consideração dos

<sup>36</sup> Tradução livre de: “causal explanations that employees make regarding management’s motivation for using particular HR practices” (Nishii, Lepak, & Schneider, 2008, p. 507).



sistemas de RH, com base numa filosofia de orientação para o trabalhador, transmitida pela gestão (Nishii, Lepak, & Schneider, 2008). Tal filosofia pode ter uma lógica de maximização do bem-estar dos trabalhadores ou, por outro lado, uma lógica de maximização da eficiência dos mesmos (percepção de exploração do trabalhador) (Nishii, Lepak, & Schneider, 2008).

De acordo com Nishii, Lepak e Schneider (2008), os empregados fazem uma de duas atribuições relativamente ao objetivo das práticas de GRH:

(1) atribuição de 'qualidade e desenvolvimento' (*quality and enhancement attribution*) – o objetivo da gestão é o aumento da qualidade do serviço prestado e do bem-estar dos empregados; relaciona-se positivamente com a sua satisfação e comprometimento;

(2) atribuição de 'custo e de aproveitamento' dos empregados (*cost and employee attribution*) – o objetivo da gestão é reduzir os custos e aproveitar-se ao máximo dos empregados; está negativamente associada com os seus níveis de satisfação e comprometimento.

As atribuições externas são aquelas em que a gestão/administração é percecionada como um agente passivo das forças externas e do meio envolvente (Nishii, Lepak, & Schneider, 2008). Ou seja, as práticas são percecionadas como adotadas, não em função das intenções voluntárias da gestão, mas porque têm que o ser, devido a requisitos externos legais, em especial requisitos sindicais (Nishii, Lepak, & Schneider, 2008).

### **O processo de implementação da GRH: o papel dos gestores**

De acordo com Guest (2011), atualmente, a investigação em GRH encontra-se numa fase de '*sofisticação crescente*'. O enfoque dos estudos sobre a relação GRH-desempenho já não é o da identificação do conjunto de práticas de GRH mais adequadas, mas a problemática da sua implementação (Guest, 2011). A investigação de Purcell, Kinnie, Hutchinson, Rayton e Swart (2003), que procurou desbloquear a '*black box*' abriu este 'novo caminho', ao focalizar a atenção no empregado na explicação da ligação da GRH-desempenho. Uma das suas conclusões foi que as diferenças entre as políticas de GRH pretendidas e as práticas que são efetivamente implementadas pela gestão podem ter consequências potencialmente prejudiciais sobre as atitudes e comportamentos dos funcionários e, em última instância, sobre o desempenho organizacional. Mesmo que as práticas sejam consideradas adequadas e eficazes, o sistema de GRH poderá não se revelar eficaz e não produzir os efeitos desejados e muito devido à incapacidade de implementação dessas práticas ao nível operacional (Guest, 2011). Becker & Huselid (2006) defendem que a implementação é "*a variável mediadora chave*

entre a arquitetura da GRH e o desempenho organizacional”<sup>37</sup> (p. 903). A literatura sugere que existe frequentemente um *gap* entre as práticas de GRH pretendidas e as implementadas e que, quando as práticas pretendidas e as implementadas são congruentes, a satisfação no trabalho e o desempenho organizacional são superiores; o *gap* pode ser minimizado abordando o papel e a eficácia dos gestores de linha na implementação das práticas (Khilji & Wang, 2006).

Tipicamente, identificam-se três níveis de gestão de linha dentro das organizações: gestão de topo (*senior*), gestão intermédia (*middle*) e gestão de primeira-linha (*junior*), cada um dos quais com características e atributos próprios no que à implementação da GRH diz respeito (Currie & Procter, 2001; Hall & Torrington, 1998). No entanto, com algumas exceções (e.g., Currie & Procter, 2001), a investigação tem-se focado principalmente na gestão de primeira-linha (e.g., Alfes, Truss, Soane, Rees, & Gatenby, 2013; Brewster & Larsen, 1992; Den Hartog, Boselie, & Paauwe, 2004; Gratton & Truss, 2003; Guest, 1987; Hutchinson & Purcell, 2003, 2007; Holt Larsen & Brewster, 2003; Legge, 1995; Perry & Kulik, 2008; Hutchinson & Purcell, 2007).

De acordo com Hales (2005), a expressão ‘gestor de primeira-linha’ (*first-line manager*) refere-se à “posição que representa o primeiro nível de gestão ao qual reportam os empregados não-gestores”<sup>38</sup> (p. 473). Bos-Nehles, van Riemsdijk e Kees Looise (2013) definem os gestores de primeira-linha como “os gestores da linha mais inferior ao nível operacional, que gerem uma equipa de empregados operacionais numa base diária e responsáveis pelo desempenho das atividades de RH”<sup>39</sup> (p. 257). Apesar da simplicidade desta definição, o trabalho de um gestor de primeira-linha pode ser mais ou menos complexo, dependendo dos papéis que lhe são atribuídos e das circunstâncias em que tem que exercer a gestão. Por exemplo, em organizações mais pequenas podem gerir apenas um ou dois empregados, em grandes organizações poderão ter mais de trinta empregados que lhes reportam (*Advisory, Conciliation and Arbitration Service – ACAS*, 2014). O seu papel, por norma, inclui a gestão de pessoas, orçamentos, horários de trabalho, qualidade e desempenho operacional, cuidado com o cliente/utente; alguns gestores de primeira-linha trabalham em equipas muito estruturadas,

---

<sup>37</sup> Tradução livre de: “the key mediating variable between the HR architecture and firm performance” (Becker & Huselid, 2006, p. 903).

<sup>38</sup> Tradução livre de: “the position representing the first level of management to whom non-managerial employees report” (Hales, 2005, p.473).

<sup>39</sup> Tradução livre de: “the lowest line managers at the operational level, who manage a team of operational employees on a day-to-day basis and are responsible for performing HR activities” (Bos-Nehles, van Riemsdijk, & Kees Looise, 2013, p.257).

com processos de reporte bastante rígidos, enquanto outros trabalham de uma forma mais fluída, com maiores responsabilidades por projetos do que propriamente por determinados empregados (ACAS, 2014). A principal função destes gestores tem sido tradicionalmente *'tell and monitor'*, dizer às pessoas o que têm que fazer e assegurarem-se de que o trabalho é realizado de forma apropriada; para muitos gestores continua a ser este o caso, mas as novas tecnologias, a mudança de práticas de trabalho e o crescimento do enfoque no indivíduo tem vindo a criar um cenário mais complexo (ACAS, 2014). Nas últimas décadas, o papel destes gestores sofreu bastantes alterações para incluir questões orçamentais, implementação de estratégias de qualidade e outras políticas definidas pela gestão de topo e intermédia (Andreasson, Eriksson, & Dellve, 2016; O'Donnell, O'Brien, & Junor, 2011). E, na maioria das organizações, têm ganho também um papel cada vez mais interventivo na implementação da GRH (para além do papel mais burocrático, tais como regras relacionadas com o empregado, regulamentos, legislação e documentação) (Dany, Guedri, & Hatt, 2008), devido à proximidade relacional e interações relativamente frequentes com os membros das suas equipas (Alfes, Truss, Soane, Rees, & Gatenby, 2013; McDermott et al., 2013). A liderança de equipas de trabalho complexas (com diferentes qualificações, competências e experiências), a implementação de práticas de GRH, nomeadamente a gestão e avaliação do desempenho dos profissionais que compõem as suas equipas, também são agora atribuições destes profissionais (Brunetto et al., 2012; Denis & van Gestel, 2016; Entwistle, Marinetto, & Ashworth, 2007).

Os indivíduos e as equipas são fatores chave para aumentar a produtividade e eficiência (Watson, 2006) e a pessoa que melhores resultados consegue dos indivíduos e equipas é a pessoa que trabalha mais próximo deles; são os gestores de linha, não os gestores de RH, que implementam as práticas, mediando a relação entre os gestores de nível superior e os empregados e equipas de nível inferior (Brewer, 2005). De acordo com a ACAS (2014):

Os gestores de primeira-linha não são mais meros supervisores, sendo também responsáveis por questões relacionadas com o bem-estar dos empregados, tradicionalmente assumidas pelos gestores de RH, questões disciplinares e de participação que envolvem ter *'conversas difíceis'* com os empregados, comunicação – estabelecendo a ligação entre os gestores *senior* e o *'shop floor'* nas estruturas organizacionais que, nos dias de hoje, têm menos níveis de gestão. Os gestores de primeira-linha estão mais bem posicionados para falarem com os empregados, para escutar as suas preocupações, para aconselhar e direcionar, para verificar se eles atingem os seus objetivos e para assegurar que estão comprometidos com o negócio.<sup>40</sup> (p. 4)

---

<sup>40</sup> Tradução livre de: "FLMs are no longer merely supervisors. They also have responsibility for: welfare issues traditionally undertaken by HR, such as counseling, disciplinary and attendance issues that involve having *'difficult conversations'* with employees, communication – providing the link between senior management

Estudos recentes (e.g., Purcell et al., 2003; Hutchinson & Purcell, 2007; Truss, 2001) demonstram que o comportamento do gestor de primeira-linha tem um papel mediador no efeito das práticas de GRH sobre as atitudes e os comportamentos dos empregados. Por exemplo, Purcell e seus colegas demonstram que a forma como os gestores de primeira-linha implementam e legitimam a GRH, ou ‘dão vida às políticas’ através dos processos de liderança, influencia significativamente as atitudes dos empregados. Enquanto líderes, têm o potencial de influenciar significativamente as suas atitudes e comportamentos (Paauwe, 2009).

Ao analisarem o papel dos gestores de primeira-linha, Hutchinson e Purcell (2003) concluíram que quanto melhor os empregados avaliam os gestores de primeira-linha sobre a forma como gerem as pessoas, mais comprometidos e satisfeitos se sentirão. No entanto, devido ao facto das atividades de GRH parecerem estar – e frequentemente estão – desconectadas do trabalho real das organizações (Dany, Guedri, & Hatt, 2008; Drucker, 2002), esta função poderá ser comprometida, especialmente se os gestores de primeira-linha não admitirem a necessidade de utilizar as práticas de GRH para atingir os objetivos organizacionais e operacionais (Harris, Doughty, & Kirk, 2002; Whittaker & Marchington, 2003). Mas outros fatores podem justificar o *gap* existente entre as práticas pretendidas e as práticas efetivas devido às dificuldades que os gestores enfrentam na implementação das práticas de GRH (Maxwell & Watson, 2006; Perry & Kulik, 2008), tais como sobrecarga de trabalho, falta de competências, suporte inadequado ou mesmo falta de vontade (Bos-Nehles, van Riemsdijk, Kok, & Kees Looise, 2006; Bos-Nehles, van Riemsdijk, & Kees Looise, 2013). Outros fatores de ‘resistência’ são identificados na literatura. Por exemplo, as suas prioridades operacionais poderão condicionar a adequada implementação das práticas de GRH (e.g., Guest & Bos-Nehles, 2013; Guest, 2011; Raes, Heijltjes, Glunk, & Roe, 2011).

Bos-Nehles e seus colegas (2013) identificam cinco fatores que podem contribuir para essas dificuldades de implementação: (1) falta de vontade para o desempenho das atividades de GRH; (2) falta de capacidade e de tempo para despenderem nessas responsabilidades adicionais; (3) falta de competências para aplicarem adequadamente as práticas de GRH; (4) falta de apoio por parte dos gestores de RH; e (5) falta de políticas e procedimentos para desempenharem essas tarefas de GRH adicionais:

---

and the shop floor in organisational structures which nowadays have fewer levels of management. FLMs are best placed to talk to employees, to listen to their concerns, to counsel and coach them, to check they meet their targets and to ensure they are committed to the business” (ACAS, 2014, p. 4).

- (1) A vontade de implementação é uma pré-condição essencial para a implementação efetiva e nem todos os gestores de linha demonstram o mesmo entusiasmo quando se trata da aplicação das práticas de GRH; esta falta de vontade pode resultar quer da ausência de incentivos pessoais e organizacionais, quer da maior prioridade atribuída às tarefas de gestão operacional (Harris, Doughy, & Kirk, 2002; Whittaker & Marchington, 2003).
- (2) O tempo necessário para a implementação efetiva das práticas de GRH poderá constituir outro desafio para os gestores de linha; estes têm que assumir essa responsabilidade sem redução das restantes responsabilidades de gestão, o que implica que poderão não ter a capacidade de afetar o seu tempo a atividades adicionais de GRH (Bos-Nehles et al., 2013).
- (3) A implementação efetiva da GRH exige que os gestores de linha detenham competências e conhecimentos específicos relacionados com a GRH, nomeadamente sobre questões legais e práticas em vigor na organização; essas competências e conhecimentos podem ser adquiridos através de programas adequados de formação e de desenvolvimento, mas existe evidência de que poucas organizações facultam formação formal em GRH a estes gestores (Harris, Doughy, & Kirk, 2002; Bos-Nehles et al., 2013).
- (4) Para uma efetiva implementação da GRH pelos gestores de linha, é fundamental o apoio dos gestores de RH em termos de aconselhamento e orientação; não obstante, a evidência aponta para uma falta de capacidade também dos gestores de RH de darem esse apoio aos gestores de linha ou, por outro lado, mostram-se relutantes em abandonar as suas responsabilidades de GRH e desempenharem um novo papel organizacional de suporte a esses gestores; dessa forma, os gestores de linha, desprovidos de apoio proativo por parte dos gestores de RH e sem competências próprias adequadas de GRH, sentem-se desencorajados para gerir os RH de forma efetiva (Hall & Torrington, 1998; Bos-Nehles et al., 2013).
- (5) Se os gestores de linha não souberem de que forma devem usar as práticas de GRH, procedem à sua implementação de acordo com o seu julgamento pessoal idiossincrático; a falta de clareza na atribuição do papel de GRH aos gestores de linha também é identificada como um constrangimento para a implementação da GRH; nesse sentido, e para que os julgamentos pessoais dos gestores que implementam as práticas sejam afastados, deve existir uma definição clara das políticas de GRH, bem como sobre a forma como devem ser aplicadas a nível operacional (Bowen & Ostroff, 2004; Bos-Nehles et al., 2006; Bos-Nehles et al., 2013).

É também necessário olhar para as especificidades do contexto em que as práticas são aplicadas, nomeadamente no que se refere à formação e desenvolvimento, existência de políticas e procedimentos de implementação e a forma como são comunicados; dessa forma será possível compreender que fatores explicam a relutância ou dificuldades dos gestores de linha (em sentido lato) na implementação das práticas de GRH em diferentes contextos (Bos-Nehles et al., 2006).

### **1.3. EXPECTATIVAS NA RELAÇÃO DE EMPREGO E CONTRATO PSICOLÓGICO**

#### **Mudanças nas relações de emprego**

Perante os constrangimentos económicos, as organizações em geral confrontam-se atualmente com o desafio de gerir e renegociar a transição de uma determinada relação de

troca com os seus empregados para outra, à medida que se tornam incapazes de lhes continuar a proporcionar os mesmos incentivos (Conway, Kiefer, & Briner, 2013; Conway, Kiefer, Hartley, Briner, 2014). Estas mudanças tornam menos claro o que é que as duas partes da relação devem uma à outra e poderão ser interpretadas pelos empregados como facilitadoras da renegação do empregador das suas obrigações na relação de troca (Bankins, 2015; Coyle-Shapiro & Kessler, 2000).

No setor público em particular, o paradigma da NGP, ao introduzir uma lógica de gestão do desempenho mais restritiva (maiores níveis de controlo sobre o desempenho organizacional) (Hood, 1991, 1995), inevitavelmente tem vindo a contribuir para mudanças nas relações de emprego, alteração das condições de trabalho e dos sistemas de incentivos (Berman et al., 2010; Ehrenhalt, 2012; O'Donnell, Brien, & Junor, 2011). E estas mudanças ocorreram não só ao nível das condições de trabalho explicitadas no contrato formal de trabalho, mas também nos termos de troca (entre incentivos do empregador e contributos do empregado) inerentes ao contrato psicológico (Guest & Conway, 2002). Os contextos atuais desafiam o equilíbrio dessa relação de troca (De Hauw & De Vos, 2010): os empregadores continuam com elevadas expectativas relativamente ao desempenho, esforço, flexibilidade, disponibilidade e conduta ética, por exemplo, sem conseguirem garantir segurança no emprego, oportunidades de desenvolvimento e condições para o equilíbrio vida-trabalho, por exemplo (Conway, Kiefer, & Briner 2013; Rayton & Yalabik, 2014). No setor público, assim como no privado, as características tradicionais associadas ao emprego têm sido colocadas em causa (Coyle-Shapiro & Kessler, 2000, 2003) devido ao aperto progressivo dos regimes financeiros, à introdução de forças competitivas de mercado e a um maior controlo do desempenho organizacional através da imposição de medidas e objetivos (Conway et al., 2014; van Dooren, Bouckaert, & Halligan, 2015).

Conforme refere Pinder (2008), *“o trabalho, o significado do trabalho e o que é valorizado no trabalho mudou dramaticamente”* (p. 14), com os inevitáveis efeitos sobre as atitudes, comportamentos e desempenho dos profissionais (Coyle-Shapiro & Kessler, 2002; Shore, Coyle-Shapiro, & Tetrick, 2012). Na literatura são identificados vários fatores que estão a afetar a viabilidade das relações de emprego tradicionais e dos modelos analíticos utilizados para as explorar, nomeadamente: (1) a redução do número de empregados nas organizações, (2) a crescente flexibilidade e fragmentação da força de trabalho, (3) a difusão e rapidez com que a

mudança se processa, (4) o crescente interesse no equilíbrio entre trabalho e vida pessoal, e (5) a diminuição da orientação coletiva:

- (1) A redução do número de empregados nas organizações torna a organização da força de trabalho mais difícil; no entanto, este pode ser também um fator facilitador da relação de emprego, uma vez que permite que os gestores estabeleçam uma relação mais pessoal com os trabalhadores (Guest, 2004).
- (2) A crescente flexibilidade e fragmentação da força de trabalho materializa-se em diferentes padrões de horas de trabalho, crescente subcontratação de atividades não centrais, maior variedade de tipologias de contratos de trabalho e maior dispersão dos locais de trabalho (p.e., utilização da habitação própria do trabalhador como local de trabalho) o que torna mais difícil desenvolver, operacionalizar e monitorizar os sistemas de GRH que procuram assegurar um tratamento justo e igual para todos; desta forma, é também difícil de desenvolver um sentido de identidade partilhada, o que pode promover uma oposição coletiva às iniciativas da gestão; é cada vez mais importante para atrair e reter empregados de elevada qualidade e gerir a flexibilidade (Guest, 2004).
- (3) A difusão e rapidez com que a mudança se processa, que tem nos avanços tecnológicos um dos principais responsáveis, pela aparente aceleração do mundo do trabalho, em que a rapidez e flexibilidade de resposta é uma base importante das vantagens competitivas sustentáveis (Guest, 2004). Este processo tem importantes consequências: i) os processos de negociação da mudança são lentos, demorados e menos apropriados e ii) as promessas e acordos feitos tacitamente poderão não se cumprir devido a vários fatores, tais como: alterações no mercado, surgimento de um novo produto, uma mudança nos gestores ou reorganização o que, por sua vez, pode resultar num sentimento de traição e violação (Morrison & Robinson, 1997 citado em Guest, 2004).
- (4) O crescente interesse no equilíbrio entre trabalho e vida pessoal: ao trabalharem numa organização, os funcionários identificam-se, em certa medida, com a organização, como parte de um grupo coletivo (van Knippenberg, 2006). Valores organizacionais, normas e interesses são incorporados no autoconceito à medida que os funcionários aumentam sua identificação com a organização (Karl & Sutton, 1998). No entanto, a maioria dos funcionários não se identifica apenas com a organização, mas também com outras 'facetas' da sua vida, com os seus papéis externos, ou seu 'verdadeiro eu' (Tracy, 2000). Exemplos destes podem ser papéis parentais/cuidadores, identificação com certos grupos, afiliações religiosas, alinhamento com certos valores e princípios morais, meios de comunicação, etc. Por vezes, essas identidades não estão alinhadas; quando o papel profissional e os restantes papéis estão em conflito, a sensação de um equilíbrio saudável de trabalho e vida pessoal pode ser afetada (Tracy, 2000).
- (5) A diminuição da orientação coletiva, ou seja, o crescimento do individualismo é também um dos fatores que afetam as relações de emprego tradicionais: o contexto, as questões e os processos mudaram, resultando numa redução do papel e da relevância dos sistemas coletivos, processos e acordos, exceto no facto de estabelecerem o contexto e reforçarem os direitos consagrados na lei (Guest, 2004).

### **Expectativas, incentivos e contributos na relação de emprego**

As práticas e os processos de GRH implementados na organização determinam, em grande medida, a relação de emprego estabelecida entre empregador e empregado (Paauwe, 2009; Rousseau & Greller, 1994) uma vez que representam comunicações, 'mensagens calculadas'

ou ‘sinais intencionais’ quanto a essa relação (Guzzo & Noonan, 1994). Muitas das consideradas ‘melhores práticas’ são implementadas como forma de gerir as expectativas que os indivíduos têm relativamente aos ‘incentivos’ que a organização lhes deve em contrapartida dos seus ‘contributos’ (De Vos, Buyens, & Schalk, 2003; Lee, Liu, Rousseau, Hui, & Chen, 2011). Em 1938, com a ‘teoria do equilíbrio’, Barnard (citado em Conway & Briner, 2005) sugeriu que a participação continuada dos empregados na organização depende de recompensas adequadas. E em 1958, o ‘modelo de incentivo-contributo’ (*inducement-contribution model*) de March e Simon (citado em Conway & Briner, 2005) ampliou esta teoria, especificando com maior detalhe a natureza dos recursos trocados, argumentando que a participação continuada do empregado depende da perceção que este tem sobre os incentivos oferecidos pela organização serem iguais ou superiores aos contributos efetuados por ele. De acordo com este modelo, uma organização permanece solvente ou em equilíbrio assegurando que os contributos oferecidos pelos empregados excedem visivelmente os incentivos oferecidos aos empregados (Conway & Briner, 2005).

As promessas (incentivos) do empregador são recompensas e suportes proporcionados por este com o objetivo de motivar os empregados a aderirem e a permanecerem na organização e a contribuírem com esforços em benefício da mesma; o empregador poderá incentivar o trabalhador oferecendo-lhe trabalho com conteúdo, segurança no emprego, oportunidades de promoção e perspetivas de carreira, formação e desenvolvimento, recompensas e benefícios, respeito e *feedback*, bem como promover o equilíbrio vida-trabalho (De Vos, Buyens, & Schalk, 2003; Lee, Liu, Rousseau, Hui, & Chen, 2011). Por outro lado, as promessas (contributos) do empregado são os recursos recíprocos que os empregados proporcionam em termos dos seus esforços no trabalho – normalmente manifestados como desempenho (*in-role performance*) e esforços discricionários em benefício dos seus empregadores (*extra-role performance*) (Ruokolainen et al., 2016; Tremblay et al., 2010). Os contributos do empregado poderão incluir, p.e., a dedicação e o esforço na realização das tarefas, contribuir com os conhecimentos e competências, ter preocupação com a qualidade, ser flexível e demonstrar lealdade, conduta ética e disponibilidade (De Vos, Buyens, & Schalk, 2003; Lee, Liu, Rousseau, Hui, & Chen, 2011; Sels, Janssens, & van den Brande, 2004), tal como desenvolvido no **Quadro 7**. No **Quadro 8** identificam-se várias promessas implícitas, efetuadas pelo empregador e pelo empregado, no âmbito da relação de emprego.



Quadro 7 – Relação de emprego: incentivos do empregador e contributos do empregado

Incentivos do empregador	Contributos do empregado
<p>Progressão na carreira. Oferecer oportunidades de desenvolvimento e/ou promoção dentro da organização.</p> <p>Compensação Financeira. Oferecer compensações apropriadas (p.e., remuneração compatível e proporcional ao trabalho).</p> <p>Ambiente social. Oferecer um ambiente de trabalho agradável e de cooperação (boa comunicação e cooperação intra-grupo).</p> <p>Bom ambiente de trabalho. Oferecer funções desafiantes e interessantes (em que o empregado possa usar as suas capacidades, tarefas desafiantes).</p> <p>Equilíbrio Vida-Trabalho. Mostrar respeito e compreensão pela situação pessoal do trabalhador (p.e., flexibilidade no horário de trabalho, compreensão das circunstâncias pessoais).</p>	<p>Esforço e desempenho. Disposição para se esforçar por bom desempenho (p.e., fazer esforços em prol da organização, fazer um bom trabalho, em termos de quantidade e qualidade, e trabalhar bem em equipa).</p> <p>Flexibilidade. Disposição para ser flexível na realização do trabalho (p.e., trabalhar fora de horas ou levar trabalho para casa).</p> <p>Lealdade. Evidenciar vontade de continuar a trabalhar na organização a longo prazo (p.e., permanecer na organização por vários anos).</p> <p>Conduta ética. Evidenciar uma postura ética perante a organização (p.e., não tornar públicas informações confidenciais, ser honesto com a utilização dos recursos).</p> <p>Disponibilidade. Disposição para manter o estatuto num nível aceitável (p.e., fazer cursos de formação, manter-se atualizado).</p>

Fonte: adaptado de De Vos, Buyens, & Schalk (2003) e Lee, Liu, Rousseau, Hui, & Chen (2011)

Quadro 8 – Relação de emprego: promessas implícitas

O empregador pode prometer:	O empregado pode prometer:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Remuneração ajustada ao desempenho</li> <li>• Oferecer um pacote de benefícios atrativo</li> <li>• Oferecer formação e oportunidades de desenvolvimento</li> <li>• Oferecer oportunidades de promoção e progressão na carreira</li> <li>• Dar reconhecimento</li> <li>• Oferecer segurança no emprego razoável</li> <li>• Oferecer trabalho interessante</li> <li>• Oferecer um local de trabalho seguro</li> <li>• Dar informação sobre o desempenho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esforço no trabalho</li> <li>• Demonstrar lealdade para com a organização</li> <li>• Atuar com ‘embaixador’ da organização e promover a sua reputação</li> <li>• Manter boa assiduidade e pontualidade</li> <li>• Evidenciar esforços discricionários</li> <li>• Ser flexível relativamente às tarefas, obrigações e horários de trabalho quando solicitados a tal</li> <li>• Melhorar as competências</li> <li>• Ser cortês com os clientes/utentes e colegas</li> <li>• Ser honesto</li> <li>• Fazer sugestões de melhoria</li> </ul>

Fonte: adaptado de Rousseau (2000) e Sels, Janssens, & van den Brande (2004)

### Contrato psicológico e obrigações recíprocas

A ideia do contrato psicológico foi primeiro discutida por Argyris na década de 1960 (Argyris, 1960), que colocou o seu argumento nos seguintes termos: desde que o capataz entenda que os empregados neste sistema tenderão a produzir num nível ótimo sob uma liderança passiva, e desde que o empregado concorde, poderá colocar-se a hipótese de se desenvolver uma

relação entre os empregados e o capataz que poderá ser chamada de ‘contrato psicológico de trabalho’ (p. 90). Levinson, Price, Munden, Mandl e Solley (1962) referiram-se ao conceito como uma série de expectativas mútuas das quais as partes na relação poderão não estar plenamente conscientes mas que, mesmo assim, regem a relação entre eles. Para Kotter (1973) trata-se de um contrato implícito entre um indivíduo e a sua organização que especifica o que cada um espera dar e receber do outro na relação. Schein (1978) que definiu o contrato psicológico como *“um conjunto de expectativas recíprocas não-escritas entre um empregado individual e a organização”*<sup>41</sup> (p. 48). De acordo com Schein (1965, 1980), a noção de um contrato psicológico implica que exista um conjunto de expectativas não escritas a atuarem a todo o momento entre todos os membros da organização e os vários gestores e outros membros nessa organização. Apesar desta discussão em torno do conceito, seria apenas a partir dos anos 1990, quando o contrato psicológico foi reconceptualizado seguindo o trabalho de Denise Rousseau (1989, 1995), que este emergiria como um conceito popular na literatura de gestão. Tal resultou numa nova interpretação do conceito. Rousseau adota uma perspectiva diferente e vê o contrato psicológico apenas na perspectiva do empregado. De acordo com Rousseau (1989), o termo contrato psicológico refere-se à crença de um indivíduo sobre os termos e condições de um acordo de troca recíproco entre uma determinada pessoa e a outra parte. Rousseau (1995) define contrato psicológico como as *“crenças individuais, moldadas pela organização, relativamente aos termos de uma troca entre os indivíduos e a sua organização”*<sup>42</sup> (p. 6).

Apesar do conceito ter sido popularizado por Rousseau, ainda na década de 90 surgiram posições diferentes, com vários autores a defenderem que também a perspectiva do empregador deveria ser tida em consideração. Por exemplo, Herriot e Pemberton (1997) refere-se a contrato psicológico como a percepção de ambas as partes da relação de emprego, a organização e o indivíduo, acerca das obrigações implícitas na relação; e Morrison e Robinson (1997) às crenças de um empregado relativamente às obrigações recíprocas entre esse empregado e a sua organização, em que estas obrigações são baseadas em promessas percebidas e não são necessariamente reconhecidas pelos agentes da organização. Atualmente, um dos aspetos que ainda merece destaque na literatura é a falta de consenso

---

<sup>41</sup> Tradução livre de: “a set of unwritten expectations between an individual employee and the organisations” (Schein, 1978, p. 48).

<sup>42</sup> Tradução livre de: “individual beliefs, shaped by the organization, regarding terms of an exchange between individuals and their organization” (Rousseau, 1995, p. 6).

quanto às partes envolvidas no contrato psicológico. Se, para alguns autores, a relação é unilateral e, nesse sentido, apenas os empregados detêm contratos psicológicos (e.g., Morrison & Robinson, 1997; Rousseau, 1989, 1995; Rousseau & Greller, 1994), para outros, este engloba as perspectivas do empregado e da organização (e.g., Guest & Conway, 2002; Hiltrop, 1996; Herriot, Manning, & Kidd, 1997; Herriot & Pemberton, 1995, 1997; Kotter, 1973; Levinson, Price, Munden, Mandl, & Solley, 1962; Shore & Coyle-Shapiro, 2003; Tekleab & Taylor, 2003; Tsui, Pearce, Porter, & Tripoli, 1997). Partilhamos o argumento de Guest (1998) quando afirma que negligenciar a perspectiva do empregador significa corromper a base em que assenta o contrato psicológico, ou seja, a existência de obrigações recíprocas entre as duas partes. Além disso, para compreender a mutualidade entre as duas partes da relação de troca, é fundamental incluir a perspectiva do empregador (Guest, 1998). Nesse sentido, mesmo que a definição de contrato psicológico seja ainda contestada por alguns autores (e.g., Anderson & Shalk, 1998; Cullinane & Dundon, 2006), para efeitos da presente investigação partilhamos da definição de Guest e Conway (2002), segundo os quais o contrato psicológico é *“a percepção de ambas as partes da relação de emprego, organização e indivíduo, sobre as promessas e obrigações recíprocas implícitas nessa relação”*<sup>43</sup> (p. 22). Um importante aspeto relacionado com o contrato psicológico é o facto de ser baseado em expectativas. As organizações criam expectativas sobre o desempenho dos seus empregados, com base nas múltiplas e variadas noções do que um empregado é obrigado a fazer, e não pode fazer, no trabalho; por outro lado, o empregado também tem múltiplas e variadas noções sobre o que a organização lhe deveria estar a proporcionar em troca (Anderson & Schalk, 1998; Herriot, Manning, & Kidd, 2001), tal como modelado na **Figura 12**. Ao captar a perspectiva do empregador, mantemos a consistência com um dos aspetos centrais do contrato psicológico que consiste na existência de obrigações mútuas entre as duas partes da relação de troca,

Figura 12 – Relação de troca no contrato psicológico



Fonte: elaboração própria

<sup>43</sup> Tradução livre de: “the perception of both parties of the employment relationship, organization and individual, on the reciprocal promises and obligations implied in that relation” (Guest & Conway, 2002, p.22).

De acordo com Rousseau (1995), na sua essência, o contrato psicológico é uma percepção subjetiva, sendo diferente para cada indivíduo, existindo ‘nos olhos de quem vê’ (*‘in the eye of the beholder’*) (Rousseau & McLean Parks, 1993, p. 18). Contrariamente ao contrato formal e explícito, o contrato psicológico é essencialmente perceptual, dado que a interpretação que uma das partes faz não tem que ser necessariamente partilhada pela outra parte (Robinson, 1996). Nesse sentido, a criação de um contrato psicológico poderá resultar de significados implícitos que dependem de interpretações individuais dos eventos e ações que ocorrem na organização (Coyle-Shapiro & Kessler, 2000). Acresce ainda que todas as práticas de GRH comunicam mensagens de forma não intencional e constante e as mensagens podem ser entendidas idiossincraticamente, pelo que dois empregados diferentes interpretam as mesmas práticas de forma diferente (Bowen & Ostroff, 2004). Como consequência, empregados e empregadores poderão ter diferentes visões sobre os aspetos envolvidos na relação de emprego estabelecida entre o empregado e a organização (conteúdo do contrato psicológico) e o grau de cumprimento das obrigações mútuas nessa troca (Coyle-Shapiro & Kessler, 2000). O contrato psicológico é perceptual, não escrito e, dessa forma, poderá não ser partilhado pela outra parte na relação de troca (Lucero & Allen, 1994).

### **Reciprocidade e troca na relação de emprego**

Ainda que a definição de contrato psicológico tenha evoluído, a ideia de troca e de reciprocidade na relação de troca entre o empregado e a organização é visível no percurso de desenvolvimento do conceito (Coyle-Shapiro & Kessler, 2002; Piccoli & De Witte, 2015). Para Rousseau e Greller (1994), engloba as ações que os empregados acreditam que a organização espera deles e a resposta que eles esperam em troca por parte do empregador. Através das ‘lentes’ do contrato psicológico, a relação entre as partes contratantes é vista como uma troca social em que as obrigações são atribuídas a cada uma das partes do contrato (Rousseau, 1990), com base nas promessas implícitas percebidas feitas pelas partes envolvidas (McDermott et al., 2013). Dessa forma, o contrato psicológico é moldado pela forma como as partes envolvidas na relação de emprego se comportam e pelas inferências que se retiram das promessas verbais e/ou escritas, devendo ser baseado na crença de que existe uma troca recíproca que é mutuamente entendida (Rousseau, 1998a).

A norma da reciprocidade (Gouldner, 1960) e a teoria da troca social (Blau, 1964) têm sido os quadros conceptuais dominantes para examinar a relação entre empregado e empregador

(Coyle-Shapiro & Conway, 2005; Piccoli & De Witte, 2015). De acordo com Coyle-Shapiro e Shore (2007), para existir troca social na relação empregado-organização são fundamentais três aspetos: relação, reciprocidade e troca. Blau (1964) distinguiu troca social de troca económica (Coyle-Shapiro & Parzefall, 2008): a troca económica é aquela em que as obrigações de cada uma das partes estão especificadas, o mecanismo existente para assegurar o cumprimento dessas obrigações é o contrato formal de trabalho e a troca tem um horizonte temporal limitado; por outro lado, a troca social envolve obrigações não especificadas em que uma das partes precisa de confiar na outra e acreditar que os benefícios proporcionados serão retribuídos.

De acordo com Shore, Tetrick, Lynch e Barksdale (2006), enquanto a troca social opera com base na norma da reciprocidade, a troca económica centra-se nas obrigações limitadas e restritas que refletem as expectativas básicas da relação de emprego. Para estes autores, as trocas económicas não implicam obrigações de longo prazo, sendo a ênfase colocada nos acordos económicos, tais como o pagamento baseado no desempenho. A troca de recursos económicos e socio-emocionais e a aderência da norma da reciprocidade desempenham um papel fundamental (Coyle-Shapiro & Parzefall, 2008). As ações de uma das partes são contingentes relativamente às ações e reações da outra parte e é esta interação contingente que caracteriza a forma como a troca social tem sido aplicada à relação de emprego (Piccoli & De Witte, 2015). Blau (1964) descreve a troca social como um conjunto de obrigações não especificadas na qual um indivíduo faz a outro um determinado favor, existindo uma expectativa de um futuro retorno e envolvendo um conjunto de interações que geram obrigações de reciprocidade (Coyle-Shapiro & Kessler, 2002; Cropanzano & Mitchell, 2005). Esta teoria sugere que, se os empregados receberem apoio por parte dos seus empregadores (p.e., ao nível do desenvolvimento da carreira, facultando-lhe acesso a formação), aqueles sentir-se-ão obrigados a retribuir (Eisenberger, Fasolo, & Davis-LaMastro, 1990). O retorno futuro baseia-se na confiança que um indivíduo tem relativamente à outra parte de cumprir de forma justa as suas obrigações no longo prazo (Holmes, 1981).

A norma da reciprocidade encontra-se subjacente a esta relação na medida em que obriga os indivíduos a responder de forma positiva a um tratamento favorável recebido por parte dos outros (Gouldner, 1960; Levinson, 1965). Tsui, Pearce, Porter e Tripoli (1997) utilizaram a norma da reciprocidade como base para a explicação do comprometimento afetivo dos empregados perante a organização. Eisenberger, Armeli, Rexwinkel, Lynch e Rhoades (2001)

fizeram notar que os empregados se sentem motivados a retribuir o tratamento benéfico recebido do empregador, adotando comportamentos que consideram valorizados pela organização. Robinson, Kraatz e Rousseau (1994) demonstraram empiricamente que os empregados retribuem o tratamento que recebem ajustando as obrigações percebidas relativamente ao seu empregador, procurando o equilíbrio. O conceito de contrato psicológico, é particularmente útil para uma melhor compreensão sobre a forma como os empregados percebem as práticas de GRH e as suas reações em termos de atitudes e comportamentos na relação de emprego (Hutchinson, 2013).

### **Contrato psicológico: transacional, relacional e balanceado**

Com respeito ao conteúdo do contrato psicológico, existe na literatura uma distinção dominante, apresentada por Rousseau (1995), entre contrato psicológico transacional de contrato psicológico relacional. Para o alcance de um elevado desempenho, quer em termos de eficiência económica, quer eficiência social (Oliveira et al., 2014), um contrato psicológico efetivo deverá ser balanceado entre os aspetos transacionais e os relacionais (Rousseau, 2004). Os sistemas de GRH que se limitam a satisfazer as necessidades básicas inerentes à relação de emprego (como recompensas, por exemplo), relacionam-se com a componente transacional do contrato psicológico; por sua vez, as práticas de GRH que excedam essas práticas fazem parte do contrato psicológico relacional (Rousseau & McLean Parks, 1993). Como vimos, os contratos transacionais caracterizam-se por um baixo nível de envolvimento do trabalhador na organização, o que facilita a rotação e tem como consequência um baixo nível de comprometimento. O contrato relacional está associado a uma elevada integração do trabalhador na organização, caracterizado pela estabilidade da relação de emprego, está associado a maiores níveis de comprometimento e envolvimento do trabalhador (Rousseau, 1995).

Os 'contratos transacionais' caracterizam-se por dois aspetos essenciais: i) pouco envolvimento com a organização e limitado a alguns objetivos bastante específicos relacionados com o desempenho e ii) relação de curto prazo. Estes contratos referem-se a trocas específicas e com carácter monetário durante um período de tempo limitado; já os contratos relacionais têm a forma de um relacionamento mais aberto e assentam na confiança e crença de justiça das relações, na troca de lealdade ou comprometimento do por segurança no emprego a longo prazo; os termos de desempenho são vagamente especificados (Anderson & Schalk, 1998;

Conway & Briner, 2005; Coyle-Shapiro & Kessler, 2000; Robinson, Kraatz, & Rousseau, 1994). De acrescentar ainda que os termos e condições dos ‘contratos transacionais’ são normalmente conhecidos por todos (p.e., através de um contrato escrito) e relacionam-se fundamentalmente com questões económicas (p.e., o valor pago por determinado nível de trabalho); a negociação dos termos de um ‘contrato transacional’ ocorre de forma explícita e requer a existência de um acordo formal entre ambas as partes (Conway & Briner, 2005).

Os ‘contratos relacionais’, por outro lado, têm implícito um relacionamento mais aberto, sendo os termos do desempenho esperado vagamente especificados (Rousseau, 1995), sendo mais amplos e subjetivamente entendidos pelas partes da relação de troca (Conway & Briner, 2005). Caracterizam-se assim pela confiança e pela crença na boa-fé e justiça das relações e envolvem trocas num horizonte temporal de longo prazo, tal como a troca de comprometimento do empregado por segurança no emprego a longo prazo (Rousseau, 1990). Além da segurança no emprego, as obrigações relacionais incluem aspetos como o desenvolvimento de carreiras e apoio ao nível de problemas pessoais, ao contrário da operacionalização das obrigações transacionais que tem incluídos aspetos tais como rápidas progressões na carreira, compensações elevadas e por mérito (Robinson, Kraatz, & Rousseau, 1994). No **Quadro 9** sistematizam-se as principais diferenças entre contrato psicológico transacional e contrato psicológico relacional.

Quadro 9 – Contrato psicológico transacional e contrato psicológico relacional: diferenças

Contrato psicológico transacional	Contrato psicológico relacional
Pouco envolvimento com a organização Trocas de curto prazo Objetivos de desempenho específicos Trocas de carácter monetário, progressão rápida, compensações elevadas e por mérito	Relacionamento mais aberto Trocas de longo prazo Termos de desempenho vagos Troca de comprometimento do empregado por segurança no emprego a longo prazo, desenvolvimento de carreiras

Fonte: adaptado de Conway & Briner (2005), Coyle-Shapiro & Kessler (2002) e Rousseau (1990, 1995)

Esta distinção é importante para compreender a forma como o indivíduo vê a sua relação com o seu empregador. De acordo com Rousseau (1995, 1998), quando o contrato é relacional, o emprego é considerado estável e existe uma elevada lealdade e um grande comprometimento do empregado para com a organização. Por sua vez, ‘contratos transacionais’ assentam em baixa lealdade organizacional, menor disponibilidade dos indivíduos para assumirem grandes

responsabilidades, sendo o sistema de recompensas centrado no curto prazo. Os contratos relacionais são considerados mais importantes, uma vez que poderão resultar em maior comprometimento e uma forte identificação do empregado com a organização e os seus objetivos (Hutchinson, 2013). A evidência empírica tem demonstrado que contratos psicológicos '*mais relacionais*' estão associados a maiores níveis de comprometimento, satisfação no trabalho, bem-estar psicológico do empregado e lealdade para com a organização (e.g., Cassar & Buttigieg, 2015; Conway & Coyle-Shapiro, 2012; Kalleberg & Rogues, 2000).

Apesar de distintos, o 'contrato transacional' e o 'contrato relacional' não são independentes e, de uma forma geral, todas as relações de emprego têm componentes de ambos os tipos de contratos (Coyle-Shapiro & Kessler, 2002; Guzzo & Noonan, 1994; Shore, Coyle-Shapiro, & Tetrick, 2012). Se para Rousseau (1990) e Rousseau e McLean Parks (1993), os 'contratos transacionais' e os 'contratos relacionais' são os dois extremos opostos do mesmo acordo contratual, de acordo com Coyle-Shapiro e Kessler (2000), é possível que o contrato psicológico, para determinados indivíduos, contenha simultaneamente elementos transacionais e relacionais, não mutuamente exclusivos. Ou seja, o mesmo empregado poderá ter ambos os contratos, dado que as promessas que espera ver cumpridas pela organização se relacionam com aspetos transacionais e relacionais (p.e., um contrato psicológico simples que inclui o pagamento (incentivo) pelas horas trabalhadas (contributo) e lealdade (contributo) como retribuição da segurança no emprego(incentivo), pelo que os termos transacionais e relacionais são componentes fundamentais subjacentes à maioria das relações de emprego.

Nesse sentido, fala-se atualmente em 'contrato psicológico balanceado' (*balanced psychological contract*) que inclui dimensões quer do contrato transacional, quer do contrato relacional e representa os empregos orientados para as relações, com recompensas pelo desempenho bem especificadas e sujeitas a mudança ao longo do tempo (Hui, Lee, & Rousseau, 2004; Rousseau, 1995, 2004). De acordo com Rousseau (1995, 2004), são contratos dinâmicos e abertos, em que o desenvolvimento e a progressão do empregado dependem do seu desempenho e competências e em que o empregado e a organização contribuem para o desenvolvimento mútuo e em benefício do sucesso da organização. O trabalho de Rousseau (2000) capta e valida a existência dos três tipos de contratos: transacionais, relacionais e balanceados e o trabalho de Hui, Lee e Rousseau (2004) reconfirma essas três dimensões do contrato psicológico.



## **O representante da organização e a teoria da agência**

Várias abordagens para categorizar o representante da organização na relação de emprego têm sido utilizadas: i) considerar o gestor imediato do empregado como o representante da organização, estabelecendo-se uma relação de troca diádica com os respectivos subordinados (Tekleab & Taylor, 2003); ii) em alternativa, considerar os gestores de nível intermédio como os agentes organizacionais, captando-se a perspetiva da organização perante os empregados a um nível global (Coyle-Shapiro & Kessler, 2000, 2002; Wang, Tsui, Zhang, & Ma, 2003). Apesar de diferentes, estas duas abordagens têm um ponto em comum na operacionalização da relação de emprego, uma vez que assentam na interpretação dos representantes da organização (supervisores ou gestores) sobre o que a organização está a proporcionar na relação de troca (Shore & Coyle-Shapiro, 2003). A primeira abordagem reconhece a importância do gestor de linha imediato no processo de influenciar a visão dos empregados sobre a relação empregado-organização e a segunda, vê a perspetiva da organização sobre essa relação como o resultado das decisões tomadas pelo grupo de gestores intermédios no que se relaciona com as políticas e práticas de trabalho (Shore & Coyle-Shapiro, 2003).

A teoria da agência tem sido utilizada como base para a compreensão das relações de emprego. As organizações transmitem a sua perspetiva relativamente ao contrato psicológico através dos seus proprietários (principais) que expressam diretamente os termos do contrato ou através dos agentes que os representam (Rousseau, 1995). Os empregados veem as ações dos agentes da organização como ações da própria organização (Donaldson, 1990). Daqui decorre que os agentes da organização detêm contratos psicológicos e a sua forma de interpretação do contrato psicológico poderá facultar uma forma de captar a perspetiva do empregador (Coyle-Shapiro & Kessler, 2000). De acordo com a teoria da agência, o pilar básico de construção da relação de emprego é um 'contrato de incentivo' entre o empregado e a organização, com os gestores e mecanismos administrativos a atuarem a favor da organização; este contrato de incentivo existe entre o trabalhador e a organização, sendo o agente um mero mediador (Milgrom & Roberts, 1992). A literatura sobre a teoria da agência assume que os executivos organizacionais são tomadores de decisão racionais que procuram alinhar os interesses dos empregados com os interesses organizacionais (Milgrom & Roberts, 1992). A pesquisa revela que a interpretação que os indivíduos fazem sobre quem é a outra parte na relação do contrato psicológico poderá variar entre o supervisor imediato, a gestão de topo ou com a personificação da própria organização (Rousseau, 1995; Rousseau, 1998b).

Liden, Wayne, Jaworski e Bennett (2004) argumentam que o supervisor imediato do empregado desempenha um papel crítico como agente chave da organização através do qual os respectivos membros formam as suas perceções sobre a mesma. Também Shore e Tetrick (1994) propõem que o gestor imediato de um empregado desempenha um papel bastante importante na formação do contrato psicológico dos indivíduos. Nessa atribuição, Guest e Conway (2011) alegam que os gestores precisam de se ver a eles próprios a representar a organização para que possam ser considerados como representantes organizacionais legítimos. Um indivíduo poderá desenvolver uma relação de troca com o seu supervisor imediato (próxima) e outra com o gestor intermédio ou mesmo de topo (distante) e estas relações irão distinguir-se em termos do contexto e dos processos em que ocorrem (Coyle-Shapiro & Shore, 2007). A relação 'distante' proporciona o contexto para o desenvolvimento da relação 'próxima' e abrange elementos da relação de emprego definida ao nível estratégico (tais como as questões relacionadas com o pagamento, carreiras, segurança no emprego), que se aplicam a um coletivo de empregados. O papel do gestor imediato será o de facilitar o cumprimento dos termos dessa relação de troca 'distante' (Coyle-Shapiro & Shore, 2007).

A teoria da agência suporta que muitas das relações sociais envolvem duas partes: o principal e o agente, em que o agente desempenha certas ações em nome do principal, que necessariamente deverá delegar alguma autoridade ao agente (Donaldson, 1990). De acordo com Eisenhardt (1989), os problemas de agência surgem quando i) as pretensões ou objetivos do agente e do principal entram em conflito e ii) quando é difícil ou dispendioso para o principal verificar o que é que o agente está a fazer. Os indivíduos poderão formar contratos psicológicos que diferem em termos de interpretação dos formados pelos donos/acionistas/proprietários (owners) e gestores e que envolvem diferentes entendimentos sobre quem são os agentes e principais, pelo que o pressuposto assumido pela teoria da agência, entendimento mútuo sobre os contratos de incentivos entre ambas as partes, parece ser demasiado simplista (Rousseau, 1998a). No entanto, o pressuposto de interesse-próprio racional subjacente à teoria da agência tem colocado em causa se esta teoria é a mais adequada na explicação teórica para as relações existentes entre os principais e os agentes ou empregados da organização (Coyle-Shapiro & Shore, 2007). De acordo com Bottom, Holloway, Miller, Mislin e Whitford (2006), a teoria da troca social constitui um quadro teórico que oferece uma melhor explicação destas relações.

Os gestores intermédios têm um papel fundamental no processo de gestão do desempenho, com responsabilidades sobre os resultados e conduta das equipas de lideram (Walker, Damanpour, & Devece, 2011). Considerados como os representantes da organização na definição e regulação das expectativas dos seus subordinados e gestão das relações de emprego (Coyle-Shapiro & Kessler, 2000; Hallier & James, 1997a, 1997b; Rousseau, 2004; Turnley & Feldman, 2000), estes profissionais assumem também um papel crítico na gestão do contrato psicológico. Os empregados tendem a ver as ações dos gestores intermédios como ações da própria organização (Coyle-Shapiro & Kessler, 2000; Rousseau, 2004). No entanto, os gestores intermédios são simultaneamente empregados e agentes da organização podendo, dessa forma, ter dificuldade em satisfazer, ao mesmo tempo, os seus próprios interesses e os da organização dada a sua posição na estrutura organizacional (Hallier & James, 1997a): como empregados, têm a sua própria relação de emprego com a organização e, em simultâneo, representam a organização no processo de gestão da relação de emprego com os seus empregados. Esta dualidade de papéis e de relações de emprego poderá implicar relutância por parte dos gestores intermédios em assumirem o papel de substitutos da organização nos processos de formalização de relações contratuais dado que tal poderá conflitar com os seus interesses pessoais ou mesmo com outras obrigações formais (Hallier & James, 1997a).

## **SÍNTESE CONCLUSIVA**

Nas últimas décadas, a adoção dos princípios subjacentes à NGP provocou grandes alterações nas lógicas institucionais para a governação e gestão do desempenho (organizacional e humano) no setor público. Com a introdução do paradigma da NGP, as lógicas de gestão do desempenho das organizações deste setor (e.g., Gould-Williams, 2003; Ostroff & Schmitt, 1993; Simkins, 1994) aproximam-se das lógicas do setor privado (e.g., Mentzer & Konrad, 1991; Walters, 2006), assentando na obtenção de resultados positivos (ou menos negativos), na qualidade dos produtos/serviços, na satisfação dos clientes e dos profissionais, fundamentais para a sobrevivência organizacional (Carroll, 1979, 1999; Friedman, 1970). Apesar da qualidade dos serviços prestados e a satisfação dos utentes continuar a ser central, a eficiência económica surgiu como um indicador de viabilidade e sustentabilidade das organizações públicas (Hughes, 2012; Osborne & Brown, 2005; Osborne & Radnor, 2016; Pollitt & Bouckaert, 2011), fator este reforçado pela crise financeira na Zona Euro e os pedidos de ajuda externa efetuados por vários

países europeus, que levaram à imposição de políticas governamentais de contenção de custos (Doherty, Horne, & Wootton, 2014; Sarmiento, Fernandes, & Trevisan, 2015).

As soluções possíveis para a conciliação entre eficiência económica e eficiência social são várias, mas implicam, necessariamente, que a gestão dos vários recursos organizacionais seja repensada no sentido de se fazer o trabalho necessário com a menor quantidade de recursos possível, sem, no entanto, comprometer a satisfação dos vários *'stakeholders'* envolvidos, nomeadamente utentes e profissionais (McCann, Granter, Hassard, & Hyde, 2015; Oliveira, Holland, & Filipe, 2017; Oliveira et al., 2014). As pessoas são o recurso mais valioso ao dispor de uma organização, do qual depende a gestão efetiva dos restantes recursos organizacionais (Armstrong & Taylor, 2014; Flamholtz, 2012; Storey, 2014; Ulrich, 2013).

Dependendo o desempenho das organizações do desempenho das pessoas que as constituem (Bonache & Noethen, 2014; Jacobs, 1981; Oliveira & Holland, 2012; Ostroff, 1992; Safdar, 2011), a gestão do desempenho humano surge como um tema crítico, representando um desafio constante na vida de qualquer organização (Buick et al., 2015) e deverá assentar no reconhecimento de que os RH e o *'valor'* por eles gerado são os principais recursos estratégicos e, pela sua distintividade, a principal fonte de vantagens competitivas sustentáveis (Becker & Gerhart, 1996; Huselid, 1995; Lado & Wilson, 1994; Pfeffer, 1995). Particularmente em organizações prestadoras de serviços, *'trabalho-intensivas'*, em que predominam os *'trabalhadores do conhecimento'* (Davenport, 2016; Drucker, 2002; Stone & Deadrick, 2015), o elevado desempenho organizacional (em termos de qualidade e excelência dos serviços, satisfação do consumidor/utilizador), depende do *'valor dos RH'* e da forma como as pessoas realizam o seu trabalho (em termos de quantidade e qualidade): com um valor explícito, traduzido pelas suas capacidades, competências e experiências e que se traduz em desempenho em termos de produtividade e eficiência económica, mas também implícito, que se traduz em eficiência social, ou seja, na satisfação, motivação, comprometimento, envolvimento e bem-estar psicológico, estes dependentes dos valores, crenças e personalidade dos RH (Oliveira & Holland, 2007; Oliveira et al., 2014).

Na medida em que as fontes tradicionais de vantagens competitivas se tornaram fáceis de imitar, os trabalhadores deixaram de ser vistos apenas como um custo que deve ser minimizado para passarem a ser considerados como um recurso que importa potenciar (Barney, 1991), sendo gradualmente vistos como os elementos chave no processo de obtenção de vantagens competitivas sustentáveis (Wagner III & Hollenbeck, 2014; Wright, Dunford, &

Snell, 2001). As organizações perceberam que aquelas vantagens são criadas através do ‘valor’ das pessoas (valor humano) (Oliveira & Holland, 2012), sendo o ‘valor’, quer explícito, quer implícito, o conceito impulsionador que dá sustentabilidade a este recurso (Wright, Dunford, & Snell, 2001).

A GRH é um dos mecanismos que permite às organizações direcionar e influenciar os comportamentos e atitudes e, conseqüentemente, o desempenho humano, aos propósitos organizacionais (Bowen & Ostroff, 2004; Den Hartog, Boselie, & Paauwe, 2004; Gruman & Saks, 2011; Hiltrop, 1996; Judge, Thoresen, Bono, & Patton, 2001; Ostroff & Bowen, 2000). Os processos e práticas de GRH que potenciem o comprometimento e o envolvimento dos empregados, o seu bem-estar psicológico e a vontade de dedicarem um esforço discricionário em relação aos objetivos organizacionais, assumem um papel fundamental e crítico no alcance e sustentação de um elevado desempenho humano e organizacional (Armstrong & Taylor, 2014; Bowen & Ostroff, 2004; Den Hartog, Boselie, & Paauwe, 2004; Farndale, Hope-Hailey, & Kelliher, 2011; Gruman & Saks, 2011; Ostroff & Bowen, 2000; Robertson & Cooper, 2010).

Diferentes ênfases têm sido dadas aos sistemas de GRH utilizados para promover o elevado desempenho. Distinguimos as abordagens HPWS (que coloca a ênfase no desempenho, por vezes à custa do bem-estar psicológico dos empregados) (Arthur, 1994; Delaney, Lewin, & Ichniowski, 1989; Freund & Epstein, 1984; Huselid, 1995; MacDuffie, 1995; Pfeffer, 1994), HCWS (que visa desenvolver entre os empregados e a organização um vínculo psicológico de modo a que o alinhamento entre a cultura organizacional e os seus objetivos seja o mais forte possível) (Wood, 1996; Wood & Albanese, 1995; Wood & DeMenezes, 1998) e HIWS (são sistemas de gestão orientados para as pessoas e para as relações e têm sido utilizados para gerir contextos difíceis ao nível da motivação e para aumentar o comprometimento e a identificação dos empregados com a organização; de tal modo que estes atuem de forma flexível e utilizem a iniciativa no sentido dos objetivos organizacionais) (Boselie, Paauwe, & Richardson, 2003; Lawler, 1986, 1992; Lawler, Mohrman, & Ledford, 1995). As abordagens de GRH mais ‘soft’, que incitam o pleno envolvimento e o bem-estar psicológico de forma sustentável e a longo prazo (em contraposição às abordagens ‘hard’, melhor aplicáveis em contexto ‘lean’ de produção industrial, em que os objetivos organizacionais são mais centrados na produtividade a curto prazo) serão mais efetivas (Legge, 2005; Paauwe, 2009; Paauwe, Wright, & Guest, 2013; Rayton & Yalabik, 2014; Robertson & Cooper, 2010).

Uma melhor compreensão do propósito do trabalho, a avaliação justa, oportuna e precisa do desempenho, a distribuição justa de remuneração e oportunidades de desenvolvimento, bem como o fornecimento de *feedback* aos funcionários sobre a avaliação de desempenho são algumas das expectativas formadas pelos empregados na relação de emprego e que podem ser melhor compreendidas através da figura do contrato psicológico (Conway & Briner, 2005; Rousseau & Greller, 1994). A distinção entre contrato psicológico transacional e relacional (Rousseau, 1995, 2004) é útil na identificação das atitudes e comportamentos desejáveis na relação de emprego e que, pela influência positiva sobre o desempenho humano, contribuem, igualmente, para um desempenho organizacional superior, numa 'equação' conciliadora de eficiência económica e eficiência social (Oliveira et al., 2014).



# CAPÍTULO II

## GESTÃO DA MUDANÇA, TRANSIÇÃO, COORDENAÇÃO RELACIONAL E LIDERANÇA

Atualmente, é indiscutível que todas as organizações, independentemente do setor em que atuam, tenham a capacidade de uma adaptação constante às evoluções do ambiente em que operam, cada vez mais dinâmico e volátil (Cameron & Green, 2015). Se não estiverem continuamente em mudança, as organizações tornar-se-ão ineficientes, inviáveis e serão ultrapassadas (Burnes, 2014; Myers, Hulks, & Wiggins, 2012; Paton & McCalman, 2008; Senior & Swalies, 2010). Os novos contextos geopolíticos e geoeconómicos que derivaram da introdução do paradigma da NGP, conduziram à necessidade de introduzir profundas mudanças nos valores paradigmáticos para a gestão do desempenho das organizações públicas (Haynes, 2015; Heinrich, 2012; Hughes, 2012; Osborne & Radnor, 2016; Pollitt & Bouckaert, 2011; Rainey, 2009). Nesse sentido, neste capítulo, numa primeira parte, começamos por abordar literatura sobre gestão da mudança, desenvolvimento e aprendizagem organizacional, para melhor compreender os potenciais desafios que emergem em processos de reestruturação organizacional e de que forma podem ser minimizados os efeitos ‘negativos’ da mudança. Referimo-nos à heterogeneidade da mudança e às realidades atuais, que exigem uma adaptação constante a mudanças contínuas; distinguimos mudança planeada de mudança emergente, destacando o papel que as dimensões emocionais e psicológicas representam na adesão, por parte dos envolvidos e/ou afetados, aos pressupostos da mudança. Uma melhor compreensão dos fatores de resistência (normal) à mudança é relevante, não apenas para a gestão e implementação dos aspetos mais pragmáticos, mas principalmente dos aspetos mais filosóficos, relacionados com o ‘lado humano da mudança’ (Galpin, 1996). A gestão do contrato psicológico é um tema sob discussão devido às perceções de quebra que a mudança poderá provocar nos termos de troca inerentes às relações de emprego. Distinguimos ‘mudança organizacional’ de ‘transição organizacional’ uma vez que a mudança só será efetiva depois de todas as pessoas envolvidas passarem pelo processo de transição (Bridges, 2003), processo esse que envolve a internalização dos aspetos psicológicos envolvidos na mudança. A literatura sobre ‘desenvolvimento organizacional’, ‘organizações que aprendem’ e ‘aprendizagem



organizacional', permitirá melhor compreender os fatores que concorrem para a viabilidade dos processos de mudança, e para a sua institucionalização, ou para o seu insucesso.

Numa segunda parte, consideramos literatura sobre liderança, pelo papel crucial que esta assume na transição e construção do ambiente organizacional propício à implementação da mudança e de um 'novo estado de fazer as coisas' (Bridges, 2003). Referimo-nos à importância da gestão e liderança da mudança. Apesar de conceptualmente diferentes, gestão e liderança estão, indubitável e comumente, associadas à mudança e são fundamentais para o alcance dos resultados organizacionais, conduzir as pessoas durante o processo de transição e mitigar os efeitos indesejáveis da mudança. As práticas de GRH são implementadas através das interações sociais fazendo da liderança um fator também determinante para a implementação do contrato psicológico e o alcance de elevados desempenhos; particularmente os supervisores imediatos, devido à proximidade e interações relativamente frequentes com os empregados, têm o potencial de influenciar significativamente as suas atitudes e comportamentos, pelo que assumem um papel crítico na gestão do desempenho, bem como na definição e regulação das expectativas dos seus subordinados e gestão das relações de emprego (Coyle-Shapiro & Kessler, 2000; Hallier & James, 1997a; Rousseau, 2004; Turnley & Feldman, 2000). De acordo com Oliveira e seus colegas (2014) a conciliação de eficiência económica e eficiência social requer que os gestores evidenciem quer comportamentos de liderança transaccional (i.e., orientada para as tarefas), quer de liderança transformacional (i.e., orientada para as relações), pelo que distinguimos estes dois estilos de liderança e procuramos encontrar as suas ligações com o desempenho. Consideramos os contributos da teoria LMX (troca líder-membro) para o encontro de equilíbrio na implementação dos processos de mudança, bem como para a gestão efetiva do contrato psicológico e promoção do 'trabalho digno', reforçando a importância do líder, mas também dos seguidores, seus pares e supervisores. Discutimos ainda a ligação da LMX com o contrato psicológico e os acordos idiossincráticos (*I-deals*) e exploramos a importância da liderança transformacional na 'aculturação', particularmente em processos de fusão.

A maioria das organizações que operam na atualidade são caracterizadas por complexidades e, cada vez mais, o trabalho é caracterizado por elevados níveis de interdependência entre as tarefas de vários intervenientes, incerteza e limitações de tempo. Nesse sentido, na segunda parte deste capítulo, exploramos as potencialidades inerentes à teoria da coordenação relacional (que ocorre através de comunicação frequente e de elevada qualidade suportada

por uma teia de relações de objetivos e conhecimento partilhados e mútuo respeito) para permitir às organizações complexas atingir os seus objetivos de forma mais concertada e efetiva pela dinâmica relacional que impõe às equipas e aos seus membros, bem como à coordenação entre papéis e reforço mútuo (Gittel, 2011, 2012).

## **2.1. GESTÃO DA MUDANÇA, TRANSIÇÃO E APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL**

### **A heterogeneidade da mudança**

Uma mudança ocorre sempre que se modifica um objetivo, uma norma, um procedimento, uma regra, estruturas, regulamentos, tecnologia, um comportamento repetitivo ou um processo (Bériot, 1992; Kanji & Moura, 2001). Pode também ser vista como o processo de, continuamente, renovar a direção, a estrutura e as capacidades de uma organização para servir as necessidades dos stakeholders externos e internos, em constante mudança (Moran & Brightman, 2001). Nesse sentido, a mudança organizacional pode ser definida como o conjunto das diferentes ações que implicam alterações nas direções e nos processos organizacionais e que afetam a forma como as organizações trabalham (Hage, 1999). Ao longo das últimas duas décadas, as evoluções na tecnologia e noutros fatores, motivadas pelas dinâmicas de mercado, alteraram radicalmente a natureza da mudança organizacional (Anderson & Anderson, 2010; Hayes, 2014). A ‘arte da mudança rápida’ é hoje uma vantagem competitiva crítica (Ewenstein, Smith, & Sologar, 2015).

Em termos das diferentes escalas de mudança, Dunphy e Stace (1993) consideram quatro tipos de mudança principais: (1) *‘fine tuning’*, (2) *‘incremental adjustment’*, (3) *‘modular transformation’* e (4) *‘corporate transformation’*. *‘Fine-tuning’* refere-se ao processo de efetuar pequenas modificações de modo a aumentar ou melhorar os resultados organizacionais; *‘incremental change’* ocorre quando partes individualizadas de uma organização lidam separadamente com um problema e um objetivo de cada vez; *‘modular transformation’* refere-se a importantes mudanças organizacionais ao nível das partes constituintes da organização, mais do que ao nível da organização como um todo; e *‘corporate transformation’* refere-se à mudança estratégica da organização como um todo; tal mudança pode incluir importantes modificações na estrutura, nos sistemas e nos processos organizacionais bem como a reformulação da missão da organização. A mudança pode ser marcada por ritmos distintos: pode evoluir lentamente de uma forma sistemática e previsível (*‘smooth incremental change’*),

ser caracterizada por períodos de relativa tranquilidade, marcados por momentos de aceleração do ritmo (*'bumpy incremental change'*), ou ser marcada por mudanças rápidas na estratégia, estrutura ou cultura ou em todos estes elementos (*'discontinuous change'*) (Grundy, 1993). A esta última associa-se a 'mudança incremental' que se relaciona com a estratégia global da organização e com a capacidade de adaptação constante às mudanças que ocorrem no ambiente externo e interno (Burnes, 2014; Plowman et al., 2007; Senior, 2002).

Atualmente, as organizações têm que simultaneamente alcançar rápidos resultados e garantir um crescimento sustentável, num ambiente cada vez mais competitivo, sendo forçadas a uma adaptação e mudança constantes, a níveis sem precedentes: os gestores têm que tomar as decisões de forma mais rápida, reagir rapidamente às oportunidades e ameaças e os empregados 'da linha da frente' ser mais flexíveis e colaborativos (Ewenstein, Smith, & Sologar, 2015). A mudança deixou de ser um evento meramente transacional (e mais fácil de gerir) e é hoje mais complexo, pessoal e radical (Cameron & Green, 2015). A 'transformação' é o tipo de mudança que emergiu nas últimas décadas, quer no setor privado, quer no público (Hayes, 2014; Longo, 2007; Osborne & Radnor, 2016). A transformação corporativa denomina-se também de mudança transformacional, *"uma variação que envolve a reconceptualização e a descontinuidade com o sistema inicial"*<sup>44</sup> (Kindler, 1979, p. 477).

Stace e Dunphy (2001) especificaram as seguintes características da mudança transformacional: redefinição radical das estratégias de negócio da organização, desenvolvidas e construídas com o comprometimento dos empregados, criação de uma cultura renovada em toda a organização, com os empregados a anteciparem a mudança e dispostos a apoiá-la, sendo uma forma de inovação organizacional. Aliás, a distinção entre mudança e inovação organizacional é comum, quer no contexto de gestão do setor privado, quer do público (e.g., Borins, 2002; Bucciarelli, 2015; Hage, 1999; Osborne & Brown, 2005; Osborne & Radnor, 2016). Sendo conceitos distintos, pode afirmar-se, no entanto, que a mudança e a inovação se corporizam num conjunto de diferentes ações que implicam alterações nas direções e nos processos organizacionais (Hage, 1999) e que têm, como consequência, diferenças na forma, qualidade ou estado da organização ao longo do tempo, afetando a forma como se trabalha (Poole & van de ven, 2004; van de ven & Poole, 1995).

---

<sup>44</sup> Tradução livre de: "a variation in kind that involves re-conceptualization and discontinuity from the initial system" (Kindler, 1979, p.477).

No contexto da gestão de serviços públicos, mudança é *“a melhoria gradual e/ou desenvolvimento dos serviços existentes fornecidos por uma organização de serviço público e/ou o seu contexto organizacional; representa a continuidade com o passado”*<sup>45</sup> (Osborne & Brown, 2005, p. 4). Ou seja, a mudança manifesta-se apenas em alterações dentro de uma forma já estabelecida de ‘fazer as coisas’, envolvendo a tentativa de melhorar a forma como algo é feito (*“first-order change”*) (Myers, Hulks, & Wiggins, 2012; Senge, 2005). A inovação, por sua vez, é uma forma específica de mudança e pode envolver a criação de uma nova organização, o desenvolvimento de novas competências ou a introdução de uma nova tecnologia; inclui, por exemplo, alterações ao nível da estrutura organizacional, da gestão e administração e nas competências necessárias para prestar e gerir o serviço público (Bucciarelli, 2015; Osborne & Radnor, 2016). De acordo com Osborne e Brown (2005), a inovação consiste na *“introdução de novos elementos num serviço público - na forma de novos conhecimentos, uma nova organização, e/ou nova gestão ou competências processuais; representa descontinuidade com o passado”*<sup>46</sup> (p. 4).

A inovação refere-se, portanto, a uma mudança que resulta numa diferente perspetiva ou quadro de referência, criando uma forma completamente diferente de olhar a situação (*second-order change*) (Poole, 2004; Poole & van de ven, 2004). Trata-se de uma ‘mudança revolucionária’ ou ‘mudança episódica’ (Plowman et al., 2007), vista como uma resposta à crescente inércia organizacional que, normalmente, assume a forma de alterações, substituições e adaptações planeadas, em que uma nova estrutura e/ou uma nova estratégia substituem a existente (Bucciarelli, 2015). Uma vez que a *‘second-order change’* (ou inovação) cria uma forma completamente diferente de olhar a situação (Senge, 2005), Hamel (2000, citado em Myers et al., 2012) refere-se a este tipo de mudança como um processo de reorientação de ‘aprender a esquecer’ e encontrar formas de *‘letting go’* das assunções que as pessoas fazem sobre o que é a viabilidade para permitir a criação de algo novo, a *‘new beginning’* (Bridges, 2003). Tal vai de encontro a Kanter (1992), que se refere a mudança nos seguintes termos:

---

<sup>45</sup> Tradução livre de: “the gradual improvement and/or development of the existing services provided by a public service organization and/or their organizational context; it represents continuity with the past” (Osborne & Brown, 2005, p.4).

<sup>46</sup> Tradução livre de: “introduction of new elements into a public service – in the form of new knowledge, a new organization, and/or new management or processual skills; it represents discontinuity with the past” (Osborne & Brown, 2005, p.4).

A mudança envolve a cristalização de novas possibilidades (novas políticas, novos comportamentos, novos padrões, novas metodologias, novos produtos ou um novo mercado) com base nos padrões reconceptualizados na instituição. A arquitetura da mudança envolve a definição e construção de novos padrões ou a reconceptualização de padrões antigos no sentido de fazer novos, e tornar as ações o mais produtivas possível.<sup>47</sup> (p. 279)

### **Gestão da mudança: planeada e emergente**

Sendo a mudança uma característica permanente, e uma parte inseparável, das organizações (Burnes, 2014), estar envolvido nos processos de reestruturação organizacional é parte integrante do papel de qualquer gestor (Rieley & Clarkson, 2001). Mesmo que não o seja de forma formal, sê-lo-á de forma informal (Kin & Kareem, 2015). Dada a importância de uma mudança organizacional bem-sucedida (McCalman & Paton, 2000), a capacidade da sua gestão e adequada implementação é uma competência que tem sido exigida aos gestores de todos os níveis da estrutura organizacional (Senior, 2002; Senior & Swailes, 2010). A 'gestão da mudança' constitui uma parte integrante de todo o trabalho de gestão (Watson, 2006) que: (a) lida com as mudanças nos padrões de *input* de recursos e com conhecimento disponível às organizações de trabalho e as mudanças de exigências que lhes são feitas pelas partes com as quais se relacionam (b) inicia mudanças que os gestores percebem ser dos seus interesses ou dos interesses daqueles que os empregam. Sob o ponto de vista estratégico da gestão, fluxo '*top-down*', o foco da gestão da mudança reside nas questões técnicas tais como o investimento necessário, a definição do processo para implementar a mudança, o prazo para a realização da mesma e o resultado esperado; por sua vez, no fluxo '*bottom-up*', a perspectiva do empregado, o foco reside no que a mudança significa para o indivíduo, a forma como lida com ela e, ainda, de que modos poderá assistí-la (Kin & Kareem, 2015; Myers et al., 2012). Particularmente os gestores intermédios, representam um papel significativo no processo de mudança, ajudando os gestores de linha e os subordinados a lidarem com as emoções associadas à mudança (Huy, 2002, 2011). E isto porque, ao contrário dos gestores de topo, conhecem pessoalmente os indivíduos que constituem as suas equipas (Raes, Heijltjes, Glunk, & Roe, 2011). Como estão mais próximos dos detalhes que o trabalho envolve (Huy, 2002, 2011), conseguem mais facilmente adaptar os processos e procedimentos existentes às novas exigências (Oshry, 2007).

---

<sup>47</sup> Tradução livre de: "Change involves the crystallisation of new possibilities (new policies, new behaviours, new patterns, new methodologies, new products or new market ideas) based on the reconceptualised patterns in the institution. The architecture of change involves the design and construction of new patterns, or the reconceptualisation of old ones, to make new, and hopefully more productive actions possible" (Kanter, 1992, p.279).

A mudança pode resultar das intenções deliberadas dos gestores de alcançar a mudança (i.e., mudança planeada), em que se define um ponto de partida e um ponto de chegada para a mudança, ou resultar do que as pessoas já fazem na organização (i.e., mudança não planeada ou mudança emergente) (Senior, 2002; Senior & Swailes, 2010). A ‘mudança planeada’ é desenhada por opção humana e tem como objetivo a melhoria da situação da organização; por outro lado, a ‘mudança emergente’ pode ser ou não despoletada por opções e ações humanas (Poole, 2004; Todnem By, 2005).

No contexto da ‘mudança planeada’, a gestão da mudança é o processo de desenvolver uma abordagem planeada para a implementação da mudança numa organização (Myers et al., 2012; Senior & Swailes, 2010), sendo desenhada para maximizar os benefícios para a mesma, bem como para os profissionais, e minimizar o risco de falha no processo de implementação (Cameron & Green, 2015). Esta abordagem assenta no pressuposto de que a mudança pode ser conduzida de forma planeada, seguindo um processo constituído por várias fases sendo, portanto, um processo gradual; é particularmente aplicável a situações de pouca ou média complexidade; pode ser ainda útil para iniciar o diagnóstico de uma situação de mudança (Senior & Swailes, 2010). Na sua definição, Recklies (2001) refere-se à hierarquia de atividades necessárias para implementar a ‘mudança planeada’. Para o autor, gerir a mudança significa planejar, iniciar, realizar, controlar e, finalmente, estabilizar os processos de mudança, quer ao nível organizacional, quer ao nível pessoal, pelo que tem implícito que podem ser identificados e fixados objetivos claros e que existe uma melhor forma para os atingir. Uma aplicação linear desta abordagem dita que esses objetivos devem ser passíveis de quantificação (Szamosi & Duxbury, 2002), de tal forma que seja possível determinar que os mesmos foram atingidos (Burnes, 2014; Senior, 2002).

A abordagem da ‘mudança planeada’ foi proposta em 1946 por Lewin (Burnes, 2004). De acordo com Lewin, um processo de mudança bem-sucedido envolve três fases: (1) ‘*unfreezing*’ o nível atual, (2) ‘*moving*’ para o nível seguinte e (3) ‘*refreezing*’ o novo nível. Lewin propôs que, antes da mudança e o novo comportamento implícito se tornarem efetivos, a organização tem que se libertar dos comportamentos anteriores. Assim, este modelo de mudança reconhece a necessidade da organização se libertar dos comportamentos já desadequados, das estruturas, dos processos e da cultura, antes de encetar em novos esforços de mudança (Cummings, Bridgman, & Brown, 2016). Vários autores basearam o seu trabalho no modelo proposto por Lewin, desenvolvendo-o de forma a oferecerem uma abordagem mais prática

(Bamford & Forrester, 2003). No entanto, o modelo tem sido contestado (Burnes, 2004). Mohrman e Lawler (2012), por exemplo, sugerem que a fase de *'refreezing'* deixou de ser uma opção, uma vez que a *'mudança repetitiva'* passou a ser a norma. Os autores argumentam que é necessário colocar o foco na *'prática seguinte'* assim como na *'melhor prática'* uma vez que:

O grande desafio para as organizações de hoje está no navegar em altos níveis de turbulência. Elas operam em ambientes dinâmicos, em sociedades onde as aspirações e propósitos das várias partes interessadas mudam ao longo do tempo. Têm acesso a cada vez maiores capacidades tecnológicas e informações. A capacidade organizacional chave é a de se adaptarem ao contexto, às oportunidades e aos desafios da mudança.<sup>48</sup> (p. 42)

Assim, no geral, apesar da abordagem da mudança planeada estar bastante difundida e ser entendida como bastante eficaz, tem sido sujeita a várias críticas, desde o início dos anos 1980 (Burnes, 1996), devido a vários fatores: (1) é sugerido que a ênfase é colocada em mudanças incrementais e de pequena escala e, como tal, não aplicável a situações que requerem uma mudança rápida e transformacional; (2) é baseada no pressuposto de que as organizações operam sob condições constantes e que se podem mover de um estado ao outro de uma forma pré-planeada (Bamford & Forrester, 2003; Burnes, 1996, 2009); (3) ignora as situações em que é necessária uma abordagem mais diretiva, por exemplo, uma situação de crise que exige uma grande e rápida mudança, não permitindo o planeamento da mudança (Burnes, 2009); e (4) presume que todos os envolvidos no processo de mudança estão interessados na implementação da mudança e que poderá ser alcançado um entendimento comum, o que ignora a política organizacional e os conflitos, ou assume que podem ser facilmente ultrapassados (Bamford & Forrester, 2003; Burnes, 1996, 2014). Acresce ainda que, em sistemas complexos, esta abordagem linear da *'mudança planeada'* não funciona, uma vez que as mudanças demoram muito tempo para se tornarem efetivas e a sua implementação implica, não só a mudança de estruturas organizacionais, mas também, e especialmente, de atitudes e comportamentos (Burnes, 2014). Tal requer uma abordagem de longo prazo e que a mudança seja vista como um processo contínuo (Cummings, Bridgman, & Brown, 2016). Daí que outra das abordagens que tem sido utilizada para gerir a mudança é a abordagem facilitadora associada à *'mudança emergente'*, que ganhou relevância em resultado das críticas à abordagem da *'mudança planeada'* (Myers et al., 2012).

---

<sup>48</sup> Tradução livre de: "the major challenge for organizations today is navigating in high levels of turbulence. They operate in dynamic environments, in societies where the aspirations and purposes of various stakeholders change over time. They have access to ever-increasing technological capabilities and information. A key organizational capability is the ability to adapt as context, opportunities, and challenges change" (Mohrman & Lawler, 2012, p.42).

A 'mudança emergente' ou 'mudança não planeada' enfatiza a visão de que, seja ou não a mudança intencional, as organizações estão, de facto, constantemente em evolução e, dessa forma, esta abordagem focaliza-se na criação das condições para que as mudanças ocorram através de processos contínuos de experiências e ajustamentos organizacionais, sem que seja definido um ponto de chegada da mudança (der Voet, Kuipers, & Groeneveld, 2015). Em vez de ver a mudança como um processo 'top-down', a abordagem da mudança emergente vê a mudança como um processo que é conduzido 'bottom-up' (Bamford & Forrester, 2003; Burnes, 1996, 2014). Além disso, trata-se de um processo contínuo e 'open-ended' de adaptação às circunstâncias e condições em mudança; nesse sentido, à 'mudança emergente' já foram atribuídas outras designações tais como 'melhoria contínua' ou 'aprendizagem organizacional' (Burnes, 1996). É a incerteza do ambiente interno e externo que torna a abordagem da 'mudança emergente' mais pertinente na atualidade (Bamford & Forrester, 2003). Burnes (1996, 2014) defende que a validade e aplicabilidade generalizada da abordagem de 'mudança emergente' depende do facto de se acreditar, ou não, que todas as organizações operam num ambiente caracterizado pela incerteza e complexidade, ao qual têm que se adaptar constantemente. Dessa forma, Burnes (1996, 2014) defende que o modelo emergente é apropriado para todas as organizações, todas as situações e sempre. Contrapondo, Dunphy e Stace (1993) referem que os gestores e os consultores necessitam de um modelo de mudança que seja, essencialmente, um modelo 'situacional' ou 'contingente', um que indique a forma de alterar as estratégias de mudança para alcançar 'ajustamento ótimo' com o ambiente em mudança. E isto porque, na prática, o processo de mudança desenvolve-se e altera o seu conteúdo à medida que novas direções vão surgindo; da mesma forma, as perceções sobre o conteúdo e sobre o contexto em que a mudança ocorre, e as respostas emocionais das pessoas a elas, são parte integrante do processo de mudança (Myers et al., 2012).

Apesar de uma bem-sucedida gestão da mudança ser uma necessidade à sobrevivência organizacional, Balogun e Hope Haley (2008) e Ewenstein, Smith e Sologar (2015) referem uma taxa de insucesso de 70% dos programas de mudança. Kotter (1996, 2007) enumera oito erros que contribuem significativamente para a resistência e ao insucesso de implementação de um programa de mudança, sugerindo algumas medidas interventivas para facilitar o sucesso da mudança: (1) falta de urgência, ao ser permitida demasiada complacência na organização (se os empregados não sentem a necessidade da mudança, não se sentirão motivados a mudar; a gestão deverá criar um sentimento de urgência); (2) falha na criação de orientações claras sobre a mudança; (3) falta de visão ou uma visão restrita relativamente ao planeamento futuro



(a mudança precisa de uma visão clara sobre o futuro); (4) comunicação pobre, ou mesmo falta de comunicação (a visão deve ser repetidamente comunicada pela gestão, por palavras e por ações); (5) obstáculos não removidos, incapacidade de lidar com os problemas imediatamente após o seu surgimento (os obstáculos ao nível das estruturas, do desenho das funções e dos sistemas de avaliação e recompensa, p.e., devem ser confrontados e minimizados); (6) concentração nos ganhos de longo prazo, à custa dos benefícios a curto prazo (a mudança é um processo lento; a gestão deve promover a celebração e a recompensa pelas conquistas de curto prazo); (7) 'vitória' prematura (anunciar o sucesso da mudança mais cedo relativamente ao momento em que é alcançado); e (8) falha na ancoragem firme das mudanças na cultura da organização (a mudança tem que ser efetiva, tem que se demonstrar que a mudança atingiu os seus objetivos). Kotter (2007) refere que muitos gestores não compreendem que a mudança e transformação organizacional não é um evento; é antes um processo que se desenrola em vários estágios que se vão sobrepondo uns aos outros e que poderá demorar anos a ser institucionalizado. Nesse sentido, no seu artigo de 1995, entitulado "*Leading Change: Why Transformation Efforts Fail*", publicado e reeditado em 2007, Kotter oferece um guia prático para a implementação da mudança emergente: um processo de oito fases críticas para a transformação organizacional bem-sucedida. O autor identifica as seguintes fases críticas para a implementação eficaz de um processo de mudança: (1) estabelecer um sentimento de urgência; (2) construir a equipa para liderar a mudança; (3) criar uma visão; (4) comunicar a visão; (5) capacitar outros para agir de acordo com a visão; (6) planear e criar objetivos de curto prazo; (7) consolidar as melhorias e produzir mais mudança; e (8) institucionalizar as novas abordagens.

### **A resistência à mudança e as emoções**

Para algumas das pessoas envolvidas, a mudança pode ser uma fonte de contentamento ou uma pausa até bem-vinda na rotina que vivenciam no trabalho, e mesmo nas suas vidas pessoais (Doherty, Horne, & Wootton, 2014). No entanto, a maioria das pessoas resiste à mudança (Cameron & Green, 2015; Ewenstein, Smith, & Sologar, 2015), sendo a resistência reconhecida como uma resposta inevitável à mudança (Ford, Ford, & D'Amelio, 2008). A resistência é reconhecida como uma resposta inevitável à mudança e poderá ser motivada por vários fatores. Por exemplo, devido ao que aconteceu no passado numa situação semelhante (i.e., história), devido ao que as pessoas sentem relativamente ao cenário de mudança proposto (i.e., emoção), ou devido ao que sabem acerca do processo de mudança (i.e., facto)

(Helpap & Bekmeier-Feuerhahn, 2016; Kotter, Schlesinger, & Sathe, 1986). Mesmo as pequenas mudanças, introduzidas de forma incremental, podem ser alvo de resistência, especialmente se implicarem alterações na formação dos grupos de trabalho existentes (Fugate, 2012). Uma das razões mais citadas para esta resistência é a não consideração das dimensões humanas da mudança, ou seja, do papel que as pessoas representam nesses projetos (Helpap & Bekmeier-Feuerhahn, 2016; Herold, Fedor, & Caldwell, 2007; Strebel, 1996). Kotter e Schlesinger (1979) sugeriram que existem quatro razões principais para as pessoas resistirem à mudança: (1) têm receio de perder algo que para elas representa valor; (2) não compreendem a mudança e as suas implicações; (3) acreditam que a mudança não faz sentido; ou, simplesmente, (4) têm baixa tolerância à mudança.

Existem outros fatores que levam os indivíduos a resistir à mudança e a revelar relutância na alteração dos comportamentos que esta, por norma, exige. Por exemplo, o medo de que os seus conhecimentos, a sua posição e mesmo o seu trabalho fiquem em risco, bem como a falta de confiança e de compreensão sobre os propósitos da mudança, têm também sido apontados (Kotter, Schlesinger, & Sathe, 1986; Osborne & Brown, 2005). Os empregados foram adquirindo as competências para desempenharem as suas funções; mudar as suas rotinas e padrões de desempenho, pedindo-lhes que desenvolvam novas competências e, eventualmente, trabalhem com pessoas diferentes, pode revelar-se um processo inquietante (Pynes, 2004). O primeiro passo para reduzir a resistência à mudança é tentar compreendê-la (Leifer, 1989; Reichers, Wanous, & Austin, 1997). De acordo com Strebel (1996), a maior parte dos fracassos dos processos de mudança deve-se ao facto dos gestores, enquanto representantes da organização, não reconhecerem a existência de três tipos de interações entre os empregados e a organização: (1) relações formais, (2) relações psicológicas e (3) relações sociais, descritas no **Quadro 10**. De acordo com o mesmo autor, apesar do contexto e características de cada organização determinarem, em parte, o sucesso ou insucesso da mudança organizacional, a maioria das dificuldades está associada a um aspeto comum:

Os gestores e os empregados veem a mudança de forma diferente. [...] os gestores de topo veem a mudança como uma oportunidade de impulsionarem o negócio alinhando as operações com a estratégia, assumirem novos desafios e riscos profissionais e avançarem nas suas carreiras. No entanto, para muitos empregados, incluindo os gestores intermédios, a mudança não é nem procurada, nem bem-vinda. É perturbadora e intrusiva. Agita o equilíbrio.<sup>49</sup> (Strebel, 1996, p. 86)

---

<sup>49</sup> Tradução livre de: "Managers and employees view change differently. (...) Top-level managers see change as an opportunity to strengthen the business by aligning operations with strategy, to take on new professional challenges and risks, and to advance their careers. For many employees, however, including middle

Quadro 10 – Interações entre os empregados e a organização

Fatores	Descrição
Relações formais	Aquelas que estão explicitadas no contrato formal de trabalho, em documentos de descrição de funções e acordos de avaliação de desempenho e que captam o essencial do relacionamento em termos de execução das tarefas e requisitos de desempenho.
Dimensão psicológica	Relaciona-se com os aspetos da relação de emprego que são maioritariamente implícitos e não-escritos (contrato psicológico) pelo que incorpora as expectativas mútuas e o comprometimento recíproco que deriva da confiança e do sentimento de dependência entre o indivíduo e a organização.
Relações sociais	Relacionam-se com a componente cultural da organização captada pelos indivíduos através da observação dos comportamentos e atitudes da gestão em relação a eles.

Fonte: adaptado de Strebel (1996)

Os empregados estão constantemente a procurar determinar o seu grau de comprometimento com a organização relativamente a estas três dimensões (Strebel, 1996), questionando-se sobre o equilíbrio entre as promessas, as expectativas e o esforço necessário para obter as recompensas (Bankins, 2015; Conway et al., 2014). Entre outros fatores, tais como diferentes interesses, valores e crenças, as reações dos indivíduos à mudança são o resultado das suas emoções em relação à mesma (Helpap & Bekmeier-Feuerhahn, 2016). As emoções dos empregados nos diferentes níveis hierárquicos podem ter um impacto sobre o seu comportamento durante a mudança e sobre o resultado da mesma (Avey, Wernsing, & Luthans, 2008; Liu & Perrewé, 2005; Steigenberger, 2015). Uma característica predominante das emoções é, aliás, o facto de serem uma resposta cognitiva aos eventos e refletirem a interpretação desses eventos no local de trabalho (Steigenberger, 2015). Nesse sentido, os empregados deveriam ser sempre os principais ‘jogadores’ na facilitação, implementação e gestão para uma mudança efetiva, uma vez que acabam sempre por ser envolvidos (Zimmerman, 1995).

### **Quebra do contrato psicológico**

Frequentemente, durante as transições, as crenças e expectativas quanto à relação de emprego são desafiadas (Conway et al., 2014), de tal modo que a ligação entre essas crenças e os comportamentos desencadeados pela própria confiança ficam ameaçados (Robinson,

---

managers, change is neither sought after nor welcomed. It is disruptive and intrusive. It upsets the balance.” (Strebel, 1996, p.86)

Perryman, & Hayday, 2004). Por um lado, as mudanças afetam o que a organização oferece aos empregados envolvidos; por outro lado, alteram aquilo que a organização espera dos seus empregados; a eventual diferença de perspetivas que empregados e empregadores têm sobre a mudança e tudo o que esta envolve, traz ao processo de mudança desafios adicionais (Bankins, 2015). Os indivíduos avaliam continuamente as suas expectativas relativamente às ações da organização e as promessas implícitas, mas não verbalizadas, da relação de emprego (Anderson & Schalk, 1998). O não cumprimento das promessas por parte da organização ou um entendimento de desequilíbrio entre o que o empregado deve à organização e o que a organização lhe deve em troca (Coyle-Shapiro & Kessler, 2002), poderá levar à perceção de quebra ou de violação do contrato psicológico (de Jong, Rigotti, & Mulder, 2017) e implicar uma mudança de atitude por parte do empregado, tal como tem vindo a ser evidenciado na literatura, nas últimas duas décadas (e.g., Bankins, 2015; Conway et al., 2014; Morrison & Robinson, 1997; Piccoli & De Witte, 2015; Robinson & Rousseau, 1994; Turnley & Feldman, 1998, 2000).

Por norma, assume-se que o empregador e o empregado se esforçam por manter um equilíbrio justo entre os incentivos e os contributos que oferecem na relação de troca (Rousseau, 2005) e o contrato psicológico define a tipologia das obrigações que ambas as partes estão comprometidas em satisfazer (Janssens, Sels, & van den Brande, 2003). Dessa forma, deve ser considerada a reciprocidade positiva (*“tu cumpres a tua parte do acordo e eu cumpro a minha”*) e negativa (*“tu não cumpres a tua parte do acordo e eu não cumprirei a minha”*) para melhor compreender o contrato psicológico (Alcover, Rico, Turnley, & Bolino, 2017a, 2017b). A quebra do contrato psicológico ocorre quando um empregado percebe que a organização não cumpriu, quer as obrigações explícitas, quer as implícitas, mesmo que o empregado tenha cumprido a sua parte; a violação do contrato psicológico refere-se a um estado emocional mais intenso que tipicamente inclui sentimentos de ‘traição’ que resultam da crença de que a organização falhou no cumprimento do contrato (Morrison & Robinson, 1997; Turnley & Feldman, 1998).

De acordo com Schalk, Campbell e Freese (1998), as mudanças organizacionais podem influenciar o contrato psicológico de variadas formas. Primeiro, do lado do trabalhador, o simples facto de saber que algo vai mudar na organização pode, só por si, gerar um sentimento de quebra das obrigações da organização. Os empregados podem tornar-se inseguros relativamente ao futuro e recearem que ocorrerão mais quebras. Segundo, a própria mudança

poderá trazer consigo consequências para a situação de emprego dos trabalhadores, afetando o seu papel na organização e as suas funções, o que exige adaptação às novas circunstâncias e exigências da mudança. Terceiro, a forma como as mudanças são implementadas (i.e., comunicação, participação e suporte no processo de mudança) terá também consequências sobre o contrato psicológico. Sims (1994) sumaria os efeitos da mudança sobre o contrato psicológico da seguinte forma:

O cancelamento unilateral do contrato implícito afeta profundamente os (...) empregados. Alguns dos seus princípios mais básicos – crenças no sentido de justiça e equidade – foram violados. A sensação de segurança foi destruída; a sua identidade e autoestima estão ameaçadas; e deixam de confiar na gestão organizacional. Para alguns, o contrato tornou-se nulo e vazio. A lealdade para com a organização rapidamente se extingue.<sup>50</sup> (p. 374)

Os empregadores, perante a pressão que se encontra nas envolventes dinâmicas de competitividade crescente, quererão um acordo nos termos do qual pagarão salários apenas pelo tempo efetivamente necessário e evitarão proporcionar mais que o mínimo de incentivos também necessários (Bankins, 2015). Desta forma, os empregados terão poucos incentivos para fazerem mais do que o mínimo exigido pela sua função e será difícil desenvolverem lealdade para com o empregador e manifestarem desempenhos elevados (Wellin, 2016). Perante o que percebem como quebra do contrato psicológico, os indivíduos deixam de confiar na organização e têm menos expectativas de que esta honrará as outras promessas (Rousseau, 1990; Rousseau & Mclean Parker, 1993; Turnley & Feldman, 1998). O empregado desliga-se da relação e começará a valorizar mais os aspetos económicos e financeiros, ocorrendo transição para um contrato psicológico mais transacional (Anderson & Schalk, 1998; Robinson, Kraatz, & Rousseau, 1994). A redução do comprometimento e lealdade, a redução da satisfação no trabalho e na vida pessoal, a redução da motivação, *stress*, irritabilidade, problemas de saúde, quebra de confiança, raiva, frustração, sentimentos de injustiça e insegurança, ressentimento, traição e decepção, são apenas algumas das consequências da quebra do contrato psicológico que têm sido apontadas na literatura (e.g., Cassar & Buttigieg, 2015; Conway et al., 2014; Coyle-Shapiro & Kessler, 2000; Guzzo, Noonan, & Elron, 1994; Herriot, Manning, & Kidd, 1997; Robinson & Morrison, 1995; Robinson & Rousseau, 1994; Smollan, 2015; Turnley & Feldman, 1998).

---

<sup>50</sup> Tradução livre de: “The unilateral cancellation of the implied contract profoundly affects the (...) employees. Some of their most basic tenets — beliefs in fairness, equity and justice — have been violated. Their sense of security has been destroyed; their identity and self-esteem are threatened; and they mistrust their organisations’ managements. For some, the contract has become null and void. Company loyalty is quickly becoming extinct.” (Sims, 1994, p.374).

O ceticismo e, muito em especial, o cinismo<sup>51</sup>, são apontados na literatura como consequências indesejáveis dos processos de mudança (e.g., Choi, 2011; Mantler, Godin, Cameron, & Horsburgh, 2015; Reichers, Wanous, & Austin, 1997; Stanley, Meyer, & Topolnytsky, 2005; Wanous, Reichers, & Austin, 2000). Andersson e Bateman (1997) referem que a insatisfação no trabalho e o cinismo partilham um elemento comum de frustração. Os resultados de um estudo conduzido por Reichers, Wanous e Austin (1997) demonstram que o cinismo acerca da mudança organizacional tem consequências negativas sobre o comprometimento, a satisfação e a motivação dos empregados. Os autores acrescentam ainda que, quando se consideram os dois conceitos de contrato psicológico e cinismo, maior a previsão de insucesso que deve ser feita relativamente à mudança organizacional. A confiança<sup>52</sup> e o envolvimento dos empregados são dois fatores adicionais a considerar em qualquer processo de reestruturação, uma vez que a mudança envolve vulnerabilidade no processo de mudança (Klein, 1996; Rousseau, Sitkin, Burt, & Camerer, 1998) e de movimentação para as fases de *'ending'* e *'neutral'* (Bridges, 2003).

### **Transição organizacional**

A mudança organizacional não se relaciona apenas com o seu conteúdo, envolvendo a interligação contínua entre os seguintes aspetos: (1) o conteúdo, (2) o contexto e (3) o processo (Pettigrew, 1999): o conteúdo refere-se às áreas particulares em que ocorre a mudança; o contexto externo refere-se à envolvente social, económica, política e de competitividade na qual a organização opera; o contexto interno refere-se à estrutura e cultura organizacionais e ao contexto de política interna em que a mudança ocorre; o processo prende-se com as ações e reações das partes envolvidas na mudança (Pettigrew, 1999). Conhecer cada um destes aspetos da mudança permite responder às questões 'o quê' (i.e., conteúdo), 'por quê' (i.e., contexto temporal, externo e interno) e 'como' (i.e., processo) (Pettigrew, 1999). De acordo com Bériot (1992), a mudança é um processo dinâmico que marca, num sistema, uma diferença entre um instante 't' e um instante 't+1' e, seja qual for o nível ou a natureza da mudança, implica um período de transição, entre o estado 't' e o estado 't+1'.

---

<sup>51</sup> O cinismo, no contexto da mudança organizacional, tem sido descrito como atitudes específicas e generalizadas que envolvem frustração, desilusão e sentimentos negativos, e de falta de confiança relativamente a uma pessoa, um grupo ou artefactos (Andersson & Bateman, 1997; Mantler, Godin, Cameron, & Horsburgh, 2015).

<sup>52</sup> Rousseau, Sitkin, Burt e Camerer (1998, p. 395) definem confiança como "a psychological state comprising the intention to accept vulnerability based upon positive expectations of the intentions or behavior of others".

A mudança pode ter sido implementada em termos teóricos, mas se não foi efetivamente implementada na prática, poderá resultar em custos e resultados frustrantes (Cameron & Green, 2015; Bridges, 2003). Nesse sentido, mais do que o contexto e conteúdo da mudança, o grande desafio para a gestão reside no processo de mudança (Anderson & Anderson, 2010; Pettigrew, 1999), que Bridges (2003) denomina por 'transição'. O autor refere que a mudança organizacional só será efetiva depois de todas as pessoas envolvidas passarem pelo processo de transição, processo esse que envolve a internalização dos aspetos psicológicos envolvidos na mudança. Os empregados têm que deixar a 'velha forma de fazer as coisas', as velhas práticas, passarem pelo conturbado período que medeia essas 'velhas' práticas e utilização das 'novas' e terminarem o processo de implementação com a utilização plena e adequada das 'novas' práticas (Bridges, 2003). De acordo com Bridges (2003), quando a mudança ocorre sem que as pessoas passem pela transição, trata-se apenas de uma 'reordenação de cadeiras'. Ou seja, não é por terem sido efetuadas mudanças que as 'coisas' começam a ser feitas de forma diferente. Conduzir as pessoas através do processo de transição entre um 'estado final desejado e o estado de partida' é fundamental para que a mudança seja de facto efetiva e os seus objetivos atingidos (Bridges, 2003), o que requer que a gestão a todos os níveis organizacionais, se concentrem com o propósito comum de satisfazerem as razões da mudança (Coghlan, 1994; Hayes, 2014). Bridges (2003) defende que:

Não são as mudanças que interessam, são as transições. Não são a mesma coisa. A mudança é situacional: a mudança para um novo lugar, a saída do fundador, a reorganização dos papéis na equipa, as revisões ao plano de pensões. Transição, por outro lado, é psicológica; é um processo de três fases que as pessoas atravessam à medida que internalizam e se familiarizam com os detalhes da nova situação que a mudança traz.<sup>53</sup> (p. 3)

Conforme afirmam Dubois, Nolte e Mckee (2006), nas organizações de serviços, trabalho-intensivas, a força de trabalho é um fator chave para atingir as mudanças desejadas. Por conseguinte, deve estar completamente comprometida com o processo de mudança, o que exige o envolvimento de todos os membros da organização (Poole, 2004; Poole & van de ven, 2004). Daqui resulta que o sucesso de qualquer processo de mudança depende da sua implementação efetiva, não apenas no que aos aspetos mais pragmáticos e técnicos da

---

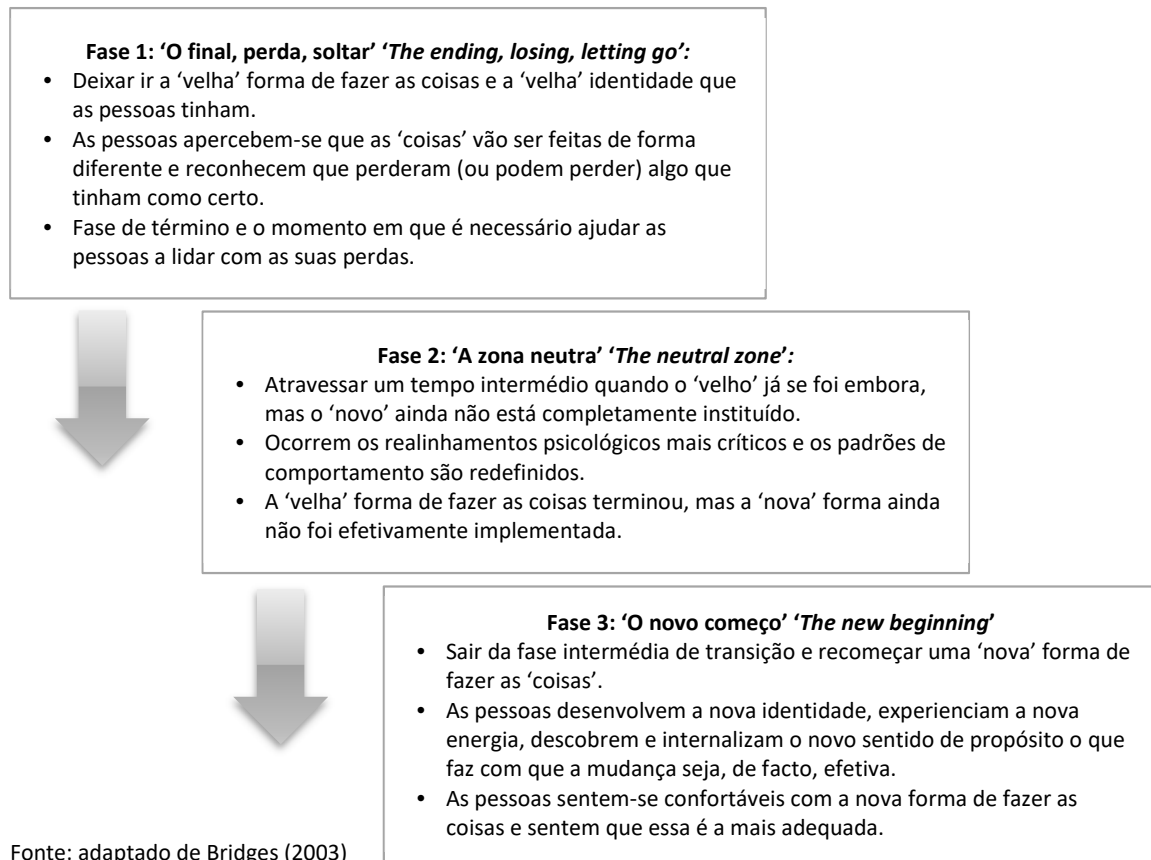
<sup>53</sup> Tradução livre de: "It isn't the changes that do you in, it's the transitions. They aren't the same thing. Change is situational: the move to a new site, the retirement of the founder, the reorganization of the roles on the team, the revisions to the pension plan. Transition, on the other hand, is psychological; it is a three-phase process that people go through as they internalize and come to terms with the details of the new situation that the change brings about." (Bridges, 2003, p.3)

mudança diz respeito (Cameron & Green, 2015; Myers et al., 2012) mas também aos aspetos mais filosóficos e psicológicos (Herold, Fedor, & Caldwell, 2007), nomeadamente os que se relacionam com as expectativas e emoções das pessoas envolvidas no processo (Anderson & Anderson, 2010; Helpap & Bekmeier-Feuerhahn, 2016; Paton & McCalman, 2008). “As pessoas são imprevisíveis” (Myers et al., 2012, p. 6) e esta imprevisibilidade acentua-se perante processos de transição organizacional (Bridges, 2003). Para que a mudança ocorra de forma efetiva, requer-se que a ênfase seja colocada no processo de mudança (Myers et al., 2012) e que se tenha em atenção aspetos tais como a comunicação, a participação e o comprometimento das pessoas envolvidas (Senior & Swailes, 2010).

As emoções das pessoas envolvidas no processo de mudança podem afetar toda a sua conduta em termos de recetividade ou renúncia à mudança (Avey, Wernsing, & Luthans, 2008). Nesse sentido, no modelo proposto por Bridges (2003), gerir a transição significa não apenas lidar com os aspetos técnicos e económico-financeiros da mudança, mas, particularmente, com o processo de ajudar as pessoas a passarem por três fases distintas, naturais e previsíveis, que se revestem de incerteza, desde o início até ao fim: (1) ‘o final, perda, soltar’ (*the ending, losing, letting go*), (2) ‘a zona neutra’ (*the neutral zone*) e (3) ‘o novo começo’ (*the new beginning*), tal como descritas na **Figura 13**. A sugestão de Bridges (2003) aponta para o paradoxo de que todas as transições começam com uma fase final (*phase of ending*) e terminam com uma fase inicial (*phase of beginning*), entre as quais existe uma fase que o autor denomina de ‘zona neutra’ (*neutral zone*) e que se reveste de grande incerteza. Bridges (2003) afirma que a transição começa com um final e termina com um início, dado que a transição é um processo em que as pessoas se têm que desligar de um ‘velho mundo’ e passarem para um ‘novo mundo’. O autor refere, no entanto, que as fases não se devem considerar rígidas e aponta as razões pelas quais grande parte dos processos de transição não são bem-sucedidos: (1) a maioria das organizações tentam começar pela fase de ‘*new beginning*’ em vez de terminarem nessa fase, não prestando atenção à fase final – ‘*the ending*’ e (2) além disso, não reconhecem a ‘zona neutra’, o que provoca dificuldades na compreensão da mudança (Bridges, 2003). Quando se dá uma mudança, em comum existe o facto de todos os indivíduos passarem por essa transição; no entanto, a diferença reside na velocidade com que as pessoas passam por ela (Bridges, 2003). Fatores como experiências passadas, estilos pessoais diferentes de lidar com as mudanças, o grau de envolvimento no reconhecimento do problema e das soluções a pôr em prática e a forma como a pessoa foi confrontada com a mudança, forçada ou voluntária, influenciam o modo como encaram o processo (Bridges, 2003).



Figura 13 – Fases da transição organizacional



Em todas as fases poderá estar incutido um sentimento de perda, e até de nostalgia, que poderá continuar mesmo após as pessoas estarem devidamente estabelecidas na nova forma de fazer as coisas; esta transição psicológica poderá estender-se no tempo por “horas, dias, semanas, anos e, ocasionalmente, até décadas” (Myers et al., 2012, p. 7). Fazer a conexão dos aspetos técnicos de implementação da mudança com as componentes psicológicas (Shin, Taylor, & Seo, 2012), não apenas permite uma implementação mais efetiva, como instala a mudança no dia-a-dia da organização (Cameron & Green, 2015; Myers et al., 2012). Como resultado, a mudança é sustentável e os efeitos desejados são atingidos (tais como custos mais reduzidos, aumento de *output*, melhoria dos serviços prestados ou da qualidade dos produtos, menor número de erros) (Benn, Dunphy, & Griffiths, 2014).

### Desenvolvimento organizacional

Reconhece-se (Bridges, 2003) que mais importante do que efetuar adequadamente a transição é obter os resultados que as organizações esperam obter com a mudança e, para isso, é necessário que todos os envolvidos na mudança ‘comecem a falar’ a mesma linguagem de

modo a haver um entendimento comum sobre os propósitos da mudança. Tal requer que haja desenvolvimento organizacional e aprendizagem organizacional (Cummings & Worley, 2009; Wilson, 1992). Um dos temas centrais no debate sobre aprendizagem organizacional é aliás que esta é um ingrediente essencial para alcançar o desempenho e a eficácia organizacionais e está, normalmente, associada com o desenvolvimento organizacional (Myers et al., 2012; Senior & Swales, 2010). Cummings e Worley (2009) definem desenvolvimento organizacional como *"um sistema amplo de aplicação e transferência de conhecimentos do domínio das ciências comportamentais no desenvolvimento planeado, melhoria e reforço das estratégias, estruturas e processos que conduzem à eficácia da organização"*<sup>54</sup> (pp. 1-2).

De acordo com Robbins, Judge, Millett e Boyle (2013), o desenvolvimento organizacional consiste numa coleção de intervenções de mudança planeada construída na base nos valores 'humanísticos-democráticos' que procura a melhoria da eficácia organizacional e o bem-estar dos empregados. Nesse sentido, poderá dizer-se que o desenvolvimento organizacional é um processo sistemático em que se aplicam os princípios e as práticas das ciências comportamentais às organizações (Porrás & Robertson, 1992), tendo como objetivo melhorar o desempenho dos indivíduos, equipas e organização como um todo (Bradford & Burke, 2005), aumentar a eficácia organizacional e atender, quer às necessidades organizacionais, quer individuais (Cheung-Judge & Holbeche, 2011). Para French e Bell (1999), é um esforço a longo prazo, conduzido e suportado pela equipa de gestão de topo, que visa melhorar os processos organizacionais de 'visão, capacitação, aprendizagem e resolução de problemas' (*visioning, empowerment, learning, and problem-solving*). O seu compromisso é não só melhorar e potencializar a situação em que os indivíduos, equipas e organização se encontram, e em que o respetivo potencial não está a ser totalmente utilizado, mas tornar essa melhoria sustentável (Cheung-Judge & Holbeche, 2011), pelo que, qualquer processo de mudança baseado no desenvolvimento organizacional, deve ser capaz de dotar os membros da organização com as ferramentas que lhes permitam aprender de que forma podem assegurar esse desenvolvimento (Cummings & Worley, 2009). Face ao exposto, a abordagem do desenvolvimento organizacional aplicada à mudança é, sobretudo, uma abordagem que tem as pessoas em consideração nos processos de mudança (van de Ven & Poole, 1995) e que acredita que estas, independentemente da posição que ocupem na estrutura hierárquica são,

---

<sup>54</sup> Tradução livre de: "is a system wide application and transfer of behavioral science knowledge to the planned development, improvement, and reinforcement of the strategies, structures, and processes that lead to organization effectiveness" (Cummings & Worley, 2009, pp.1-2).

quer individual quer coletivamente, os condutores da mudança (Cummings & Worley, 2009; Senior & Swailes, 2010). Esta abordagem assume, também, que o grupo e o trabalho em equipa são elementos essenciais no processo de implementação da mudança (Altman & Iles, 1998; Coghlan, 1994). É esperado que as necessidades mudem à medida que as condições também mudem e as equipas, mais do que os indivíduos, são o fator preponderante para a obtenção do desempenho esperado (Michan & Rodger, 2000; Roe, Gockel, & Meyer, 2012; Taplin, Foster, & Shortell, 2013). French e Bell (1999) reforçam esta afirmação referindo que: “*um dos grupos de referência mais importantes sob o ponto de vista psicológico, é o grupo de trabalho, incluindo os pares e o chefe*”<sup>55</sup> (p. 68).

### **Aprendizagem organizacional**

A excelência organizacional, encarada fundamentalmente como o alcance de um nível superior de desempenho (Dale, 2015), parece estar em grande medida associada à implementação de um conjunto de princípios e conceitos que formam o essencial da Gestão pela Qualidade Total (GQT) (Goetsch & Davis, 2014). Por outro lado, é também claro, à luz dos modelos existentes, que a excelência, seja ela em organizações privadas ou públicas, passa necessariamente pela satisfação simultânea do conjunto de *stakeholders* da organização, externos (clientes, fornecedores e da sociedade em geral) e internos (recursos humanos) (EFQM, 2017). Ainda que se possam identificar algumas diferenças, quanto ao número e designação dos determinantes da excelência organizacional, no geral podem ser identificadas algumas ideias-chave comuns aos modelos que servem de base para a atribuição dos Prémios de Excelência (como o Malcolm Baldrige ou o modelo europeu proposto pela *European Foundation for Quality Management* (EFQM): (1) a liderança é fundamental: sem o seu empenho ativo e visível, nenhum esforço de melhoria é sustentável; (2) a qualidade não acontece por acaso, tem que ser gerida e planeada; (3) a satisfação dos clientes (externos) não pode ser dissociada da atenção prestada às necessidades e expectativas de todos aqueles que trabalham na, e para a, organização e que, nesse sentido, são os seus clientes internos; (4) os resultados obtidos são função dos processos: a organização é uma teia de processos e ligações que devem ser capazes de gerar valor para o cliente; e (5) a qualidade e a excelência são metas dinâmicas: para as alcançar há que adotar uma cultura de melhoria contínua, fomentando a aprendizagem e a inovação (EFQM, 2017).

---

<sup>55</sup> Tradução livre de: “One of the most psychologically relevant reference group for most people is the work group, including peers and boss” (French & Bell, 1999, p.68).

Os indivíduos podem modificar os seus comportamentos e participar ativamente no processo de mudança (McCalman & Paton, 2000). Mas se esse esforço não estiver associado ao ganho de novas competências, novas crenças e um maior sentido de propósito associado à mudança (Cameron & Green, 2015), os velhos comportamentos podem voltar num curto espaço de tempo e os benefícios da mudança desaparecerem (Carnall, 2007; Myers et al., 2012). As novas competências podem incluir novas formas de pensar o trabalho, dependendo do facto do desempenho ser bom ou menos bom e as novas crenças podem ser, por exemplo, a crença de que uma nova prática, uma nova forma de fazer o trabalho, é melhor para satisfazer as necessidades dos respetivos utilizadores (Cameron & Green, 2015).

Senge (1990, 2014) promove uma abordagem sistémica e inter-relacionada para gerir a mudança, pela via da transformação das organizações em 'organizações que aprendem' (*learning organizations*). Para o autor, numa 'organização que aprende': (1) as atividades de aprendizagem e de ajuda aos demais no processo de aprendizagem são reconhecidas e estimuladas e as competências necessárias para que a aprendizagem ocorra são muito valorizadas; os indivíduos são encorajados a aprender e a desenvolver todo o seu potencial; (2) os gestores 'senior' tomarão a liderança e demonstrarão que valorizam a aprendizagem; e (3) a organização está continuamente em processo de transformação pela via da reflexão, criação de opções e ações.

Dawson (1994) e Wilson (1992) defendem que a abordagem emergente para a mudança está associada a processos de aprendizagem e não se trata apenas de um método de mudança das estruturas e práticas organizacionais. Para fazer face à complexidade e incerteza da envolvente, as organizações têm que se transformar em sistemas abertos de aprendizagem (Argote, 2012) em que o desenvolvimento da estratégia e a mudança resultam da forma como a organização, como um todo, adquire, interpreta e processa a informação sobre o ambiente em que se insere (Dunphy & Stacey, 1993). Esta abordagem enfatiza que se deve promover uma compreensão extensiva e em profundidade da estratégia, da estrutura, dos sistemas, das pessoas e da cultura, e da forma como estes podem funcionar, quer como fontes de inércia que podem bloquear a mudança, ou alternativamente, como alavancas para encorajar um processo de mudança efetivo e a sua institucionalização (Burnes, 1996). De acordo com este autor, uma mudança bem-sucedida depende menos de planos e projeções detalhadas do que do alcance de um entendimento sobre a complexidade das questões envolvidas e identificação do conjunto de opções disponíveis.

De acordo com Dodgson (1993),

A aprendizagem é um conceito dinâmico e, teoricamente, enfatiza a natureza contínua da mudança organizacional. Além disso, é o conceito integrador que unifica vários níveis de análise: individual, grupo, organização, o que é particularmente relevante quando se analisa a natureza cooperativa e comunitária das organizações.<sup>56</sup> (p. 376)

Senge (1990, 2014) explica que as organizações enfrentam dificuldades de aprendizagem que afetam a sua capacidade de, continuamente, aprenderem e se transformarem. De acordo com o autor, estas dificuldades de aprendizagem resultam em falta de flexibilidade para se ajustarem a novas exigências, em incompetências para analisarem de forma crítica o desempenho organizacional, em falhas na correção dos comportamentos e na incapacidade de implementarem mudanças profundas e sustentáveis. Para corrigir essas dificuldades de aprendizagem, Senge (1990, 2014) propõe o uso e a prática de ‘cinco disciplinas’: (1) ‘pensamento de sistema’ (*system thinking*) (i.e., interdependência entre todas as funções, funcionam em conjunto como um sistema único); (2) visão partilhada (*shared vision*) (i.e., a visão da organização é partilhada por todos os níveis o que cria foco e energia para a aprendizagem); (3) modelos mentais (*mental models*) (i.e., ‘desaprender’ os valores indesejados e aprender valores novos e aplicáveis); (4) maestria pessoal (*personal mastery*) (i.e., comprometimento individual com o processo de aprendizagem); e (5) aprendizagem de equipa (*team learning*) (i.e., acumulação das aprendizagens individuais, partilha entre todos e transformação da aprendizagem em conhecimento de grupo).

Watkins e Marsick (1997), por sua vez, identificaram sete ações fundamentais a existir numa organização de aprendizagem: (1) criar oportunidades de aprendizagem contínua; (2) promover a consulta e o diálogo; (3) incentivar a colaboração e a aprendizagem em equipa; (4) criar sistemas para reter e partilhar a aprendizagem; (5) capacitar as pessoas com uma visão coletiva; (6) ligar a organização com a envolvente; e (7) recorrer a líderes que modelem e suportem a aprendizagem aos níveis individual, de equipa e organizacional. Dessa forma, a aprendizagem organizacional é estruturada de modo a que o trabalho em equipa, a colaboração, a criatividade e os processos relacionados com o conhecimento, tenham um significado e valor coletivos (Aggestam, 2015; Confessore & Kops, 1998).

---

<sup>56</sup> Tradução livre de: “Learning is a dynamic concept and its use in theory emphasizes the continually changing nature of organizations. Furthermore, it is an integrative concept that can unify various levels of analysis: individual, group, corporate, which is particularly helpful in reviewing the cooperative and community nature of organizations.” (Dodgson, 1993, p.376)

O conceito de aprendizagem organizacional é construído com base na proposição de que existe mais do que um tipo de aprendizagem. Nesse sentido, vários autores estabelecem distinções entre diferentes níveis de aprendizagem. Senge (1990, 2014) diferencia aprendizagem *'adaptive'* de aprendizagem *'generative'*, Argyris e Schön (1978, 1996) apresentam a distinção entre aprendizagem *'single-loop'*, aprendizagem *'double-loop'* e aprendizagem *'deutero'* e Fiol e Lyles (1985) identificam aprendizagem *'lower-level'* e aprendizagem *'higher-level'*.

De acordo com Argyris e Schön (1978), a 'aprendizagem organizacional' *"envolve a detecção e correção do erro"*<sup>57</sup> (p. 3) e poderá ser *'single-loop'* ou *'double-loop'*, que as distinguem da seguinte forma:

Quando a detecção e correção do erro permitir à organização implementar as suas políticas e alcançar os seus objetivos atuais, então o processo de detecção-correção do erro é *'single-loop'*. A aprendizagem *'double-loop'* ocorre quando o erro é detetado e corrigido de tal modo que envolve a modificação das normas, políticas e objetivos subjacentes ao funcionamento da organização.<sup>58</sup> (ibid., p. 3)

No nível de aprendizagem *'single-loop'* são resolvidos os problemas presentes e a aprendizagem ocorre quando as pessoas tentam corrigir os desequilíbrios entre as ações e os resultados pretendidos simplesmente mudando as suas ações quando os valores que regem, ou as suposições subjacentes a essas ações, não estão abertos a mudança; coloca uma questão unidimensional para induzir uma resposta também unidimensional (Argyris & Schön, 1978). Nesse sentido, a aprendizagem *'single-loop'* aborda um problema, mas ignora uma questão mais relevante, que é a identificação das causas da discordância ou do erro. Por outro lado, a aprendizagem *'double-loop'* ocorre quando, além de detetar e corrigir os erros, a organização questiona e modifica as normas existentes, procedimentos, políticas e objetivos. Por outras palavras, de acordo com a aprendizagem *'double-loop'* questionam-se não só os factos objetivos, mas também as causas e razões subjacentes a esses factos (Argyris & Schön, 1978).

Aprendizagem *'single-loop'* está presente quando os objetivos, os valores, as estruturas e, em grande medida, as estratégias são um dado adquirido. Fazendo a ligação com o trabalho de Senge (1990, 2014), este é o tipo de aprendizagem *'adaptive'* e de acordo com Fiol e Lyles (1985), aprendizagem *'lower-level'*. A aprendizagem *'adaptive'* relaciona-se com a adaptação

---

<sup>57</sup> Tradução livre de: "involves the detection and correction of error" (Argyris & Schön, 1978, p.3).

<sup>58</sup> Tradução livre de: "When the error detected are corrected permits the organization to carry on its policies or achieve its present objectives, then that error-detection-and-correction process is single-loop learning. Double-loop learning occurs when error is detected and corrected in ways that involve the modification of an organization's underlying norms, policies, and objectives" (Argyris & Schön, 1978, p. 3).

às mudanças da envolvente e o aumento da capacidade das organizações para atingirem objetivos conhecidos de uma forma reativa (Senge, 1990, 2014). A aprendizagem *'double-loop'* poderá associar-se ao tipo de aprendizagem *'generative'* para Senge (1990, 2014) e *'higher-level'* para Fiol e Lyles (1985). Daqui se conclui que a capacidade organizacional para a resolução de problemas aumenta quando ocorre aprendizagem *'double-loop'* (Argyris & Schön, 1978). A aprendizagem *'generative'* (Senge, 1990) pretende ir além do simples ajustamento à mudança de forma reativa; envolve criatividade e inovação, antecipação da mudança, colocação à frente da concorrência e mudança para um modo proativo; envolve ainda a formulação e a experimentação de novas abordagens para a resolução de problemas e tomada de decisão, e da aprendizagem pela via desses processos (Senge, 1990, 2014). Os conceitos de aprendizagem *'single-loop'* e *'double-loop'* podem ser explicados com base na noção dos sistemas da mudança, que podem ser orientados para os objetivos ou orientados para os processos (Senior & Swailes, 2010). Dessa forma, é possível ligar esses conceitos aos de eficiência e de eficácia (Watson, 2006). Assim, a abordagem orientada para os objetivos relaciona-se com a mudança da forma como os objetivos são atingidos; por outro lado, a abordagem orientada para os processos, apesar de também se preocupar com os objetivos, concentra-se mais em seguir um processo de mudança que permita que os objetivos sejam desafiados (Senior & Swailes, 2010). Ou dito de outra forma, *"as abordagens orientadas para os objetivos preocupam-se com 'fazer melhor as coisas' enquanto as abordagens orientadas para os processos se relacionam com 'fazer as coisas certas'"*<sup>59</sup> (Senior & Swailes, 2010, p. 320). Argyris e Schön (1978) acrescentam ainda um terceiro e mais elevado nível de aprendizagem organizacional, a aprendizagem *'deutero'*, que pode ser considerada como a *'aprendizagem para aprender'*. Os membros da organização colocam sistematicamente questões acerca da organização, refletem sobre os factos e obtêm informação sobre os contextos prévios para aprender. Argyris e Schön (1978) referem ainda que este nível de aprendizagem organizacional se relaciona com a capacidade organizacional de definir e resolver os problemas e para desenhar e/ou redesenhar políticas, estruturas e técnicas, face às constantes mudanças a que estão sujeitas e a que têm que responder. Os autores concluem ainda que todos os três níveis de aprendizagem podem estar presentes na organização; no entanto, o segundo (*double-loop*) e terceiro (*deutero*) níveis são considerados de importância crítica para garantir a sobrevivência e o sucesso organizacional.

---

<sup>59</sup> Tradução livre de: "goal-oriented approaches are concerned with doing things better while process-oriented approaches are concerned with doing the right things" (Senior & Swailes, 2010, p. 320).

## Institucionalização da aprendizagem

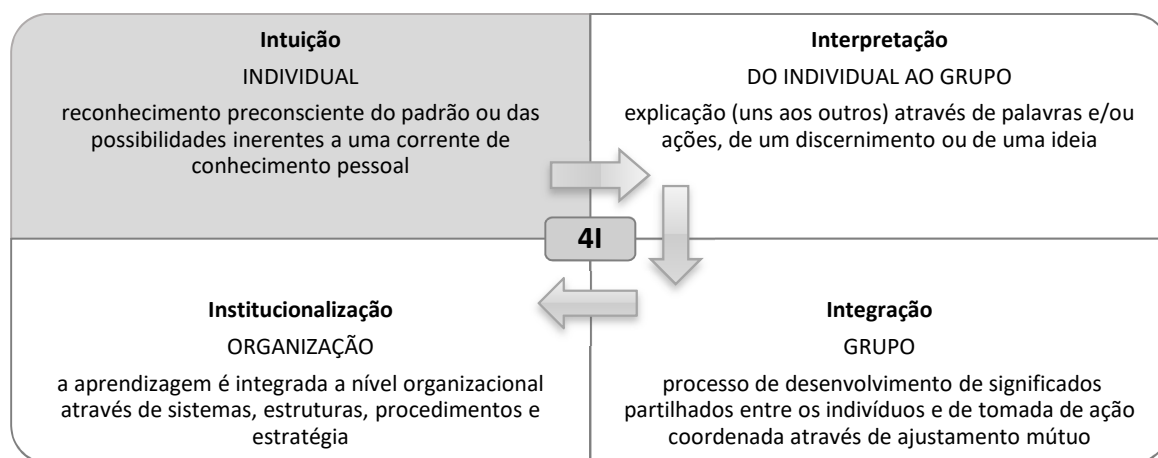
Na literatura são referidas várias outras condições que os gestores devem satisfazer para que a mudança seja efetiva e diminua a resistência por parte dos envolvidos, nomeadamente, a coordenação que deverá existir entre todos (Myers et al., 2012). Tal implica, por exemplo, desenvolver o compromisso com a mudança, através do diagnóstico conjunto dos problemas com que a organização se defronta (Beer, Eisenstat, & Spector, 1990); desenvolver uma visão que seja partilhada sobre o que está envolvido na mudança e criar consenso em torno da nova visão, bem como desenvolver as competências e coesão para a sua implementação (Gioia, Patvardhan, Hamilton, & Corley, 2013). Relacionando-se com os aspetos mais pragmáticos da gestão da mudança, é também fundamental disseminar as mudanças por todos os departamentos, sem a pressão da gestão de topo (Storey, 2016); institucionalizar a mudança através de políticas, sistemas e estruturas formais; e monitorizar e ajustar as estratégias em resposta aos problemas detetados no processo de implementação da mudança (Kin & Kareem, 2015). Para que a mudança de facto ocorra e seja efetiva, Pfeffer e Sutton (2006) aconselham a gestão, a concentrar-se, particularmente, em quatro questões fundamentais: (1) criar insatisfação (se as pessoas estão satisfeitas serão mais relutantes em relação à mudança pelo que uma tarefa chave da gestão é fazer com que as pessoas se sintam insatisfeitas com o ‘estado das coisas’); (2) dar direção (as pessoas precisam de saber o que é esperado delas e respetivas razões; a gestão deve, portanto, ser assertiva na comunicação da mensagem da mudança); (3) ter esperança (a gestão deve tornar claro que os benefícios da mudança compensarão o tempo, dinheiro e esforço despendidos); e (4) abraçar a mensagem (nem sempre a mudança ocorre de forma ordenada e, apesar de todo o planeamento, haverão sempre erros e retrocessos; a gestão deverá aprender com os problemas e focar-se na sua resolução e não na culpabilização pelos erros).

Crossan e seus colegas (e.g., Crossan, Lane, & White, 1999; Vera & Crossan, 2004) desenvolveram um modelo sobre os processos envolvidos na aprendizagem organizacional: o ‘modelo dos 4I’. De acordo com este modelo, e tal como identificado na **Figura 14**, no processo de mudança organizacional, quatro processos de aprendizagem estabelecem a ligação entre os níveis individual, de grupo e organizacional, interligados através de processos bidirecionais que envolvem, quer a criação, quer a aplicação de conhecimento (Crossan, Lane, & White, 1999): (1) intuição (*intuiting*), em que surgem as primeiras ideias, (2) interpretação (*interpreting*), compreensão das suas implicações, (3) integração (*integrating*), desenvolver ação coesiva ao



nível do grupo e (4) institucionalização (*institutionalizing*), incorporação da aprendizagem ao nível organizacional. A ‘intuição’ (1) situa-se ao nível individual; os indivíduos desenvolvem novos entendimentos com base na sua experiência e a sua habilidade de determinar os padrões potenciais ou subjacentes a essa experiência e, posteriormente, traduzem essas ideias em metáforas que permitem a possibilidade da sua comunicação; o passo seguinte no processo de aprendizagem é a ‘interpretação’ (2) que começa ao nível individual e move-se no sentido de grupo para incluir outros indivíduos nas conversações e diálogo; através da ‘interpretação’, as ideias tornam-se explícitas e são incorporadas em mapas cognitivos que relacionam a nova ideia com as ideias existentes e com os domínios externos; terceiro processo, ‘integração’ (3), é o primeiro que ocorre ao nível do grupo; o foco deste processo é o alcance de ações coerentes e coletivas; no quarto e último processo, ‘institucionalização’ (4), a aprendizagem que ocorreu entre os indivíduos e os grupos é integrada a nível organizacional através de sistemas, estruturas, procedimentos e estratégia (Crossan, Lane, & White, 1999; Lawrence, Mauws, Dyck, & Kleysen, 2005).

Figura 14 – Processo de mudança organizacional: ‘modelo dos 4I’

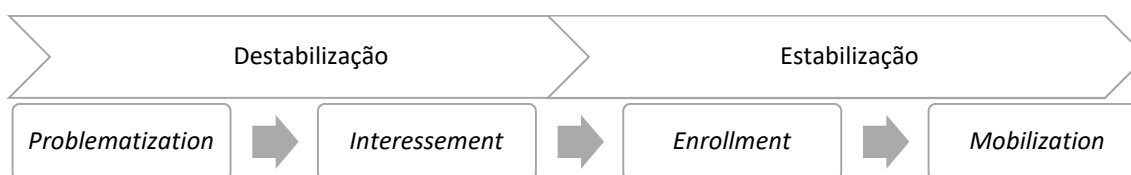


Fonte: adaptado de Crossan, Lane, & White (1999, p. 525)

Este processo diferencia a aprendizagem organizacional da aprendizagem individual e de grupo; através da institucionalização, as ideias são transformadas em instituições organizacionais disponíveis aos seus membros numa base contínua, pelo menos parcialmente independentes das suas origens individuais e de grupo (Lawrence et al., 2005). Tal vai de encontro ao modelo proposto por Scott (1992, citado em Mørk, Hoholm, Maaninen-Olsson, & Aanestad, 2012). De acordo com o autor, num processo de mudança e de implementação de

novas práticas, é possível identificar duas fases distintas: ‘destabilização’ (*destabilization*) e ‘estabilização’ (*stabilization*). Conforme modelado na **Figura 15**, para explicar de que forma as fronteiras entre os diferentes domínios de práticas são identificadas, negociadas e conciliadas durante um processo de reestruturação, Mørk e seus colegas (2012) associam a ‘destabilização’ às fases de ‘problematização’ (*problematization*) e de ‘participação’ (*interessement*), enquanto relacionam a ‘estabilização’ com as fases da ‘inscrição’ (*enrollment*) e da ‘mobilização’ (*mobilization*).

Figura 15 – Fases do processo de implementação de novas práticas



Fonte: adaptado de Mørk, Hoholm, Maaninen-Olsson, & Aanestad (2012, pp. 267-268)

Existe ‘destabilização’ quando se identifica um determinado problema que leva à necessidade de mobilizar o suporte organizacional para responder ao problema identificado de forma efetiva. Por sua vez, a ‘estabilização’ ocorrerá se se conseguir conduzir e implementar a mudança de práticas com o envolvimento de todas as partes, através da negociação e renegociação entre as diferentes práticas em vigor. A ‘problematização’ consiste na definição do problema e identificação das pessoas envolvidas; a ‘participação’ relaciona-se com o estabelecer o que as pessoas recebem em troca por se envolverem. Por sua vez, a ‘inscrição’ implica a definição e atribuição de novos papéis, ou seja, mudança de práticas, estando o processo de implementação de novas práticas concluído quando se verifica a ‘mobilização’, ou seja, a aceitação da nova forma de organização e das novas práticas (Mørk et al., 2012).

A institucionalização é o processo de nível organizacional de incorporar a aprendizagem de forma retrospectiva noutros grupos ou unidades de trabalho, ou mesmo ao longo de toda a organização (Crossan, Lane, & White, 1999), embutindo-a nos sistemas, estruturas, rotinas e práticas, incluindo práticas de GRH, tais como recrutamento, sistemas de recompensa, formação e desenvolvimento (Hill, Jones, & Schiling, 2014; Myers, Hulks, Wiggins, 2012), bem como de coordenação relacional (Gittell, 2011, 2012) e liderança (Fugate, 2012), que reforce o que foi aprendido. A institucionalização de novas ideias não é um processo que ocorra de forma isolada (Lawrence, 1999), dependendo das ações dos atores interessados que trabalham no

sentido de se embutirem nas rotinas, estruturas e cultura das organizações (Alvesson & Sveningsson, 2015). Por definição, a cultura de aprendizagem organizacional refere-se a uma organização hábil na criação, aquisição e transferência de conhecimento, e na modificação dos seus comportamentos para refletir novos conhecimentos e ideias (Garvin, 1993, p. 80). De acordo com o estudo de Joo (2007, citado em Joo, 2010), a cultura de aprendizagem organizacional relaciona-se positivamente com a qualidade da liderança LMX. Joo (2010) e Islam, Khan, Ahmad e Ahmed (2013) concluíram que a cultura de aprendizagem organizacional e a qualidade da LMX se relacionam positivamente com o comprometimento organizacional que, por sua vez, diminui as intenções de *turnover*.

### **Mudança, liderança e aculturação**

Para compreender adequadamente os motivos envolvidos e os processos de implementação de mudança, Graetz, Rimmer, Lawrence e Smith (2006) referem que uma análise histórica da organização e das causas da mudança é fundamental; pode ainda ser uma forma útil de diagnóstico das razões que levaram a que uma organização evoluísse no sentido da mudança (Alvesson & Sveningsson, 2015). Steinbock (2001) acrescenta que explorar a história organizacional e as respostas às mudanças que ocorreram na envolvente externa, poderá mostrar que o sucesso da implementação de uma mudança no passado será a resposta para o sucesso de implementação de uma potencial mudança no futuro. O autor afirma ainda que as mudanças geopolíticas e geoeconómicas podem levar a diferentes opções em termos de tipo de mudança, de crescimento ou de contração, por exemplo, ao longo dos anos. Além dos aspetos económicos e políticos envolvidos no processo de evolução histórica de uma organização, a cultura organizacional, que se foi construindo ao longo de vários anos, deverá também ser um dos fatores a considerar na determinação do tipo de mudança a implementar (Steinbock, 2001). Nesse sentido, outro dos aspetos intangíveis, para além dos psicológicos, a ter em consideração em qualquer processo de mudança é a dinâmica que esta impõe à cultura organizacional (Alvesson & Sveningsson, 2015; Burnes & Todnem By, 2012; Kavanagh & Ashkanasy, 2006).

De acordo com Kotter (1996, 2007), um dos erros que mais contribui para o insucesso de implementação da mudança, consiste em falhar na ancoragem das mudanças na cultura da organização. Se, por um lado, os padrões informais da vida organizacional podem facilitar ou obstruir a implementação da mudança (Cameron & Green, 2015), por outro, a introdução de

novas práticas e novas formas de realização do trabalho tem inevitáveis implicações nas rotinas, normas e padrões de comportamento organizacional (Myers, Hulks & Wiggins, 2012). O processo de mudança, frequentemente, focaliza-se apenas nos aspetos tangíveis da mudança – mudanças nas operações, sistemas e procedimentos – que são os aspetos mais fáceis de identificar; mas uma implementação efetiva exige que todas as mudanças estejam claramente conectadas com a cultura organizacional (Galpin, 1996; Myers et al., 2012; Robbins, Judge, Millett, & Boyle, 2013).

A cultura organizacional é um sistema complexo de valores, de crenças, de convicções partilhadas entre os membros de uma organização e que moldam as pessoas, a estrutura e o sistema de controlo, de modo a produzir normas de comportamento (Schein, 1992); refere-se também aos símbolos, rituais, padrões sociais e entendimentos partilhados que governam o comportamento das pessoas na organização (Barney, 1986). Estas crenças, valores e normas determinam a forma como as ‘coisas’ são feitas e definem os padrões de comportamento que são expectáveis de cada indivíduo (Ulrich, 1984), ajudando as pessoas a compreenderem o funcionamento organizacional e dando-lhes as normas de comportamento adequadas dentro da organização (Schein, 1992). A cultura refere-se, assim, a significados e entendimentos partilhados *“por membros de um agrupamento humano, que define o que é bom e mau, certo e errado que define as formas adequadas para os membros desse grupo para pensar e se comportar”*<sup>60</sup> (Watson, 2006, p. 81), contribuindo para o estabelecimento de similaridades na forma de compreensão dos eventos por parte dos empregados (Alvesson & Sveningsson, 2015; Schein, 2009).

Os componentes da cultura podem ser isolados; no entanto, nenhum componente, por si só, caracteriza a cultura organizacional (Galpin, 1996). À medida que os componentes individuais interagem dentro da organização, coletivamente, criam a cultura organizacional (Huczynski & Buchanan, 2013). A cultura reflete um alinhamento das interpretações e sob este ponto de vista faz sentido falar da ‘força’ da cultura organizacional (Harris, 1994). Uma cultura organizacional ‘forte’ é aquela em que existe um profundo consenso acerca dos valores, símbolos, crenças e assunções entre os indivíduos na organização, o que, por implicação, faz com que as diferenças subculturais sejam reduzidas (Harris, 1994). Apesar das organizações

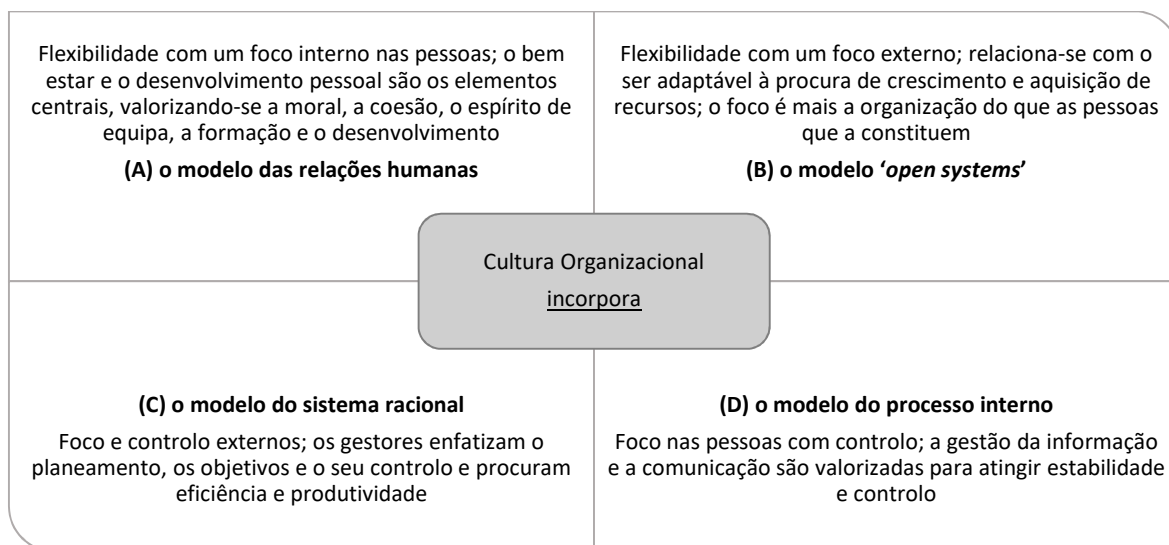
---

<sup>60</sup> Tradução livre de: “the set of meanings shared by members of a human grouping which defines what is good and bad, right and wrong and consequently defines the appropriate ways for members of that group to think and behave” (Watson, 2006, p.81).

poderem ter apenas uma única cultura instalada, em grandes organizações, por vezes, coexistem diferentes subculturas, o que se deve à existência de diferentes grupos dentro da organização (Alvesson & Sveningsson, 2015; Schein, 1992). A principal função da gestão da cultura organizacional durante um processo de mudança é implementar e sustentar as mudanças (Galpin, 1996). A mudança em si poderá implicar mudanças na própria cultura organizacional (O'Reilly, Chatman, & Caldwell, 1991), pelo que o sucesso de um processo de mudança reside nas perceções individuais sobre a forma como a implementação se processa e na direção em que a cultura é movida (Kavanagh & Ashkanasy, 2006). A mudança origina novas formas de pensar e, conseqüentemente, novos comportamentos pelo que, na realidade, a mudança se refere a mudanças na cultura (Schein, 2009). A mudança da cultura organizacional nunca será um processo confortável, rápido e fácil e várias razões contribuem para isso: (1) porque a mudança de cultura envolve mudanças na forma de pensar; (2) a cultura organizacional incorpora diferentes aspetos e para que a mudança seja efetiva, todos eles têm que mudar; (3) a cultura organizacional afeta e depende de outras características da organização tal como a estrutura formal, as redes informais, os sistemas de planeamento, a distribuição do poder e da estratégia; (4) a cultura organizacional tem as suas raízes na história da organização (Alvesson & Sveningsson, 2015; Cameron & Green, 2015; Myers et al., 2012).

Gill (2003) propõe um modelo de acordo com o qual uma gestão da mudança bem-sucedida requer visão, estratégia e o desenvolvimento de uma cultura de valores partilhados sustentáveis, que deem suporte à visão e à estratégia da mudança e que capacite, motive e inspire aqueles que estão envolvidos e são, de alguma forma, afetados pela mudança. A cultura tem três efeitos sobre o planeamento estratégico da mudança: (1) atua como um filtro que influencia as perceções da envolvente interna e externa da organização; (2) influencia a formação dos planos estratégicos; (3) influencia a implementação dos planos e a sua adequabilidade (Myers et al., 2012). Quinn e Rohrbaugh (1983) propuseram um modelo para melhor compreender as variações na eficácia organizacional, adaptável à interpretação da cultura, que relaciona dois conjuntos de fatores: (1) flexibilidade da mudança *versus* estabilidade e controlo e (2) foco interno (centrado nas pessoas) *versus* foco externo (centrado na organização). Da conjugação destes quatro aspetos resultam quatro modelos distintos, tal como identificados na **Figura 16**: (A) o modelo das relações humanas; (B) o modelo dos sistemas abertos (*open systems*); (C) o modelo do sistema racional; e (D) o modelo do processo interno.

Figura 16 – Interpretação da cultura organizacional



Fonte: adaptado de Quinn & Rohrbaugh (1983)

Este modelo não 'obriga' a que as organizações tenham que se posicionar num dos modelos, nem sugere que um dos modelos é melhor do que o outro. O que o modelo enfatiza é que coexistem tensões entre os vários aspetos incluídos no modelo, cuja conciliação implica tensões na cultura organizacional (Senior & Swailes, 2010). Por exemplo, os gestores procuram crescimento, mas existem forças para a estabilidade; procuram elevados níveis de produtividade, mas ao mesmo tempo, querem elevados níveis de cooperação entre os empregados (Senior & Swailes, 2010). Tal implica que a mudança deva ser compreendida segundo duas perspetivas, a daqueles que são responsáveis pela introdução das mudanças e a dos que a experienciam, que valorizam aspetos distintos e fazem diferentes atribuições à mudança, conforme evidenciado no modelo (Senior & Swailes, 2010). Enquanto a mudança é planeada e estrategicamente definida pela equipa de gestão de topo, os recetores da mudança são os empregados nos múltiplos níveis hierárquicos que têm que implementar e/ou lidar com a mudança (Porrás & Robertson, 1992; Raes, Heijltjes, Glunk, & Roe, 2011).

Olhar para a mudança na perspetiva da cultura organizacional evidencia as modificações na forma de pensar e compreender das pessoas envolvidas e os padrões de comportamentos que a mudança envolve (Alvesson & Sveningsson, 2015); enfatiza ainda a forma como os padrões informais da vida organizacional podem obstruir ou facilitar a estratégia da mudança (Johansson, Åström, Kauffeldt, Helldin, & Carlström, 2013). A efetiva implementação da mudança depende, assim, dos vários agentes envolvidos e da forma como lideram ou são

liderados (Kotter, 1996, 2012) no processo de transição (Bridges, 2003) para uma cultura organizacional já adaptada aos novos paradigmas que se visam atingir com a mudança (Myers et al., 2012). Para Schein (1992), uma liderança efetiva é o instrumento necessário para moldar a cultura às novas exigências da mudança, bem como para gerir as suas mutações. Mas mudar a cultura de uma organização é um dos maiores desafios de liderança (Burnes & Todnem By, 2012). E isto porque a cultura organizacional incorpora um conjunto interligado de objetivos, papéis, processos, valores, práticas, atitudes e assunções (Alvesson & Sveningsson, 2015). Os vários elementos encaixam-se num sistema, reformatando-se e combinando-se mutuamente para impedir qualquer tentativa de mudança (Kavanagh & Ashkanasy, 2006). Em processos complexos de mudança organizacional (van der Voet, Kuipers, & Groeneveld, 2015) (do qual as fusões são exemplo) e em organizações, também elas complexas (tais como hospitais públicos), terá que ocorrer o que Nahavandi e Malekzadeh (1988) denominam de aculturação (*acculturation*). De acordo com Stahl e Voight (2008) os esforços de integração das diferentes culturas após um processo de fusão organizacional são fundamentais para o sucesso e desempenho organizacional. Nahavandi e Malekzadeh (1988) propõem quatro métodos de aculturação nessa tipologia de mudança organizacional, desenvolvidos no **Quadro 11**: (1) ‘assimilação’ (*assimilation*) (após a fusão, uma das organizações deixará de existir enquanto entidade cultural); (2) ‘integração’ (*integration*) (que não envolve a perda da entidade cultural de nenhuma das partes); (3) ‘separação’ (*separation*) (os grupos de ambas as organizações resistem à tentativa das suas culturas serem assimiladas uma pela outra); e (4) ‘*Decculturation*’ (em que nenhuma das culturas prevalece sobre a outra).

Para que as mudanças introduzidas se encaixem com a cultura existente é fundamental que os líderes organizacionais inculquem nas pessoas o sentido da mudança e as envolvam (Burnes & Todnem By, 2012) para que os novos valores, práticas, objetivos, processos, atitudes sejam considerados como parte integrante da nova cultura e lógica organizacional (Johansson et al., 2013). A liderança transformacional pode ajudar os seguidores e colegas a trabalhar através da sua negação e raiva (Vinger & Cilliers, 2006, aliviando a desorientação e as tensões do ‘desligamento’ da situação antiga e do ‘desencanto’ com as novas disposições, sem as âncoras do passado (Bridges, 2003). Galpin (1996) refere-se a seis atributos chave que um líder deve ter para implementar a mudança de forma mais eficaz: (1) criatividade, (2) orientação da equipa, (3) competências de ouvinte, (4) competências de *coaching*, (5) responsabilização e (6) apreciação. O autor defende que, ao colocarem em prática estes atributos, os gestores conseguem mais facilmente inculcar nas pessoas a crença de que as mudanças são necessárias,

que estas serão bem-sucedidas e que beneficiarão a organização como um todo. Nesse sentido, os líderes transformacionais são fundamentais para conduzir adequadamente a fusão das culturas da organização adquirida e a organização que prevalece, transcendendo ambas as organizações (Vinger & Cilliers, 2006). Para ajudar a lidar com o *stress* da fusão (Smollan, 2015), apoio, consideração e comprometimento são necessários (Anderson & Anderson, 2010).

Quadro 11 – Métodos de aculturação

'Assimilation' (Assimilação)	Um processo unilateral. Os membros de um grupo estão dispostos a renunciar à sua cultura, assim como à maioria das suas práticas e sistemas organizacionais. Após a fusão, ocorrerá assimilação estrutural, cultural e comportamental e uma das organizações deixará de existir enquanto entidade cultural.
'Integration' (Integração)	Envolve interação e adaptação entre as culturas das organizações fundidas e requer mútuas contribuições dos grupos. Não envolve a perda da entidade cultural de nenhuma das partes. Este método leva a uma mudança na cultura e nas práticas de ambos os grupos com um fluxo de elementos culturais entre ambos.
'Separation' (Separação)	Ocorre quando os membros de ambas as culturas desejam preservar a sua cultura bem como o sistema organizacional e resistem à tentativa de serem assimiladas uma pela outra. Significa que ocorrerão trocas culturais mínimas entre os grupos e cada uma funcionará de forma independente.
'Decculturation'	Ocorre quando os membros de uma das organizações fundidas não valorizam a sua própria cultura nem as práticas e sistemas organizacionais e não querem ser assimiladas pelo outro membro. Envolve a perda dos contactos culturais e psicológicos, quer com um grupo, quer com o outro, e que sejam banidos de ambos.

Fonte: adaptado de Nahavandi & Malekzadeh (1988)

## 2.2. LIDERANÇA TRANSFORMACIONAL E LMX (TROCA LÍDER-MEMBRO)

### Gestão e liderança da mudança

Apesar de complementares, vários autores definiram gestão e liderança como sistemas de ação distintos (e.g., Bennis & Nanus, 1985; Kotter, 1990, 1999; Rost & Smith, 1992). Para Kotter (1990, 1999), a gestão pode associar-se às seguintes expressões: *'planning e budgeting'*, *'organizing e staffing'*, e *'controlling e problem solving'*. Na sua perspetiva, a gestão envolve definir metas e objetivos, estabelecer planos para atingir os objetivos, estabelecer a estrutura organizacional, delegar autoridade e responsabilidade, acompanhar o cumprimento do planeado, identificar desvios e implementar soluções. Em contraste, Kotter (1990, 1999) caracteriza liderança recorrendo às expressões *'setting a direction'*, *'aligning people'* e *'motivating people'*. Em Bennis e Nanus (1985) também encontramos a mesma concordância



e os autores fazem a ligação com eficiência e eficácia: gerir consiste em provocar, realizar, assumir responsabilidades e comandar, enquanto liderar consiste em exercer influência, guiar e orientar. De acordo estes autores, os gestores administram, os líderes inovam; os gestores mantêm, os líderes desenvolvem; os gestores controlam, os líderes inspiram; os gestores têm uma visão de curto-prazo, os líderes têm uma visão de longo prazo; os gestores perguntam como e quando, os líderes perguntam o quê e por quê; os gestores imitam, os líderes criam; os gestores aceitam e os líderes desafiam; os gestores sabem o que devem fazer e devem fazer as coisas certas (eficiência) enquanto os líderes sabem o que é necessário fazer e devem fazer as coisas de forma certa (eficácia).

Se, por um lado, a mudança tem que ser bem gerida (tem que ser planeada, organizada, dirigida e controlada), para que a mudança produza os efeitos pretendidos, requer uma liderança efetiva (Gill, 2003; Kin & Kareem, 2015;). De acordo com Gill (2003), os maus resultados de algumas iniciativas de mudança devem-se, não à falta de gestão, mas sim à falta de liderança eficaz. Burns (1996) argumenta que a mudança em si não constitui um problema; o problema reside na liderança da mudança, definida por Griffith-Cooper e King (2007) como *“um conjunto de princípios, técnicas ou atividades aplicadas aos aspetos humanos de execução da mudança para influenciar a sua aceitação intrínseca, enquanto reduz a resistência”*<sup>61</sup> (p. 14). Devido aos riscos que decorrem de uma mudança mal gerida (que poderá colocar em causa todo o esforço envolvido nesse processo e o próprio sucesso da iniciativa de mudança) e aos fatores psicológicos e emocionais presentes (Cameron & Green, 2015), a existência de líderes que ajudem as pessoas a encarar o processo e os estádios de uma transição (Bridges, 2003) como algo perfeitamente natural, considera-se crítico e essencial na integração das pessoas (Graetz, 2000; Kin & Kareem, 2015; Senior, 2002). As palavras de Graetz (2000) sugerem isso mesmo:

Num contexto de crescente globalização, desregulamentação, o ritmo acelerado de inovação tecnológica, uma força de trabalho do conhecimento crescente, e mudanças nas tendências sociais e demográficas, poucos contestariam que a tarefa primordial para a gestão de hoje é a liderança da mudança organizacional.<sup>62</sup> (p. 550)

---

<sup>61</sup> Tradução livre de: “a set of principles, techniques, or activities applied to the human aspects of executing change to influence intrinsic acceptance while reducing resistance” (Griffith-Cooper & King, 2007, p. 14).

<sup>62</sup> Tradução livre de: “Against a background of increasing globalization, deregulation, the rapid pace of technological innovation, a growing knowledge workforce, and shifting social and demographic trends, few would dispute that the primary task for management today is the leadership of organizational change” (Graetz, 2000, p. 550).

Apesar das diferenças identificadas entre gestão e liderança, no geral, podemos dizer que muitas das funções do gestor são consistentes com as definições de liderança, assim como o líder tem que levar a cabo funções de gestão sendo, por isso, complementares (Den Hartog & Koopman, 2001; Storey, 2016). Para Rost e Smith (1992), a gestão e a liderança são necessárias para a sobrevivência e prosperidade das organizações. A liderança envolve influência, assim como a gestão; a liderança requer que se trabalhe com pessoas, tal como a gestão; a liderança procura o alcance de objetivos e a gestão também (Northouse, 2015; Storey, 2016). A gestão na sua forma pura relaciona-se com a minimização dos riscos e incertezas e a maximização da previsibilidade dos resultados e aderência ao planeado, com o fazer as coisas certas; a liderança, por outro lado, confronta-se com aspetos menos objetivos, com as atitudes e comportamentos, com as emoções e as expectativas (Den Hartog & Koopman, 2001; Kotter, 1990; Storey, 2016). Nas palavras de Kotter (2001):

A gestão relaciona-se com o lidar com a complexidade. Sem uma boa gestão, as organizações complexas tendem a tornar-se caóticas de tal forma que a sua existência pode ficar ameaçada. A liderança, pelo contrário, respeita à forma de lidar com a mudança. Mais mudança exige sempre mais liderança.<sup>63</sup> (p. 86)

De acordo com Rost e Smith (1992), liderança é uma influência de relacionamento que se desenvolve entre líderes e seguidores que procuram mudanças reais na organização, enquanto a gestão é um relacionamento de autoridade que se manifesta através de gestores e subordinados e envolve a coordenação de pessoas e recursos para a produção e venda de bens e/ou serviços numa organização. Consequentemente, a liderança requer que as mudanças reflitam os propósitos mútuos de líderes e seguidores, enquanto a gestão requer a coordenação das atividades para a produção de bens e prestação de serviços, que reflitam os propósitos da organização (Rost, 1991). Yukl (2012a) apresenta a liderança como um processo de influência que afeta a interpretação dos eventos pelos seguidores, a escolha dos objetivos para o grupo ou a organização e a organização do trabalho, de forma a atingir os objetivos, a motivação dos seguidores para prosseguir esses objetivos, a manutenção das relações de cooperação e o trabalho de equipa, o desenvolvimento das competências e confiança, pelos membros, e a obtenção de apoio e cooperação de pessoas exteriores ao grupo ou organização.

---

<sup>63</sup> Tradução livre de: “management is about complexity; without good management, complex enterprises tend to become chaotic in ways that threaten their very existence. Leadership, by contrast, is about coping with change. More change always demands more leadership” (Kotter, 2001, p. 86).

## Liderança, líderes e seguidores

Burns (1978) afirmou que a liderança ocorre quando uma ou mais pessoas se envolvem com outras de tal forma que líderes e seguidores aumentam os níveis de motivação e moral uns dos outros, pelo que, no processo de liderança, o autor aponta para a importância do grupo, referindo-se à liderança como um processo recíproco de mobilização de pessoas com determinadas motivações e valores, vários recursos económicos, políticos e outros, num contexto de competitividade e conflito, com o intuito de atingir os objetivos dos líderes e dos seguidores, independentemente de serem mútuos.

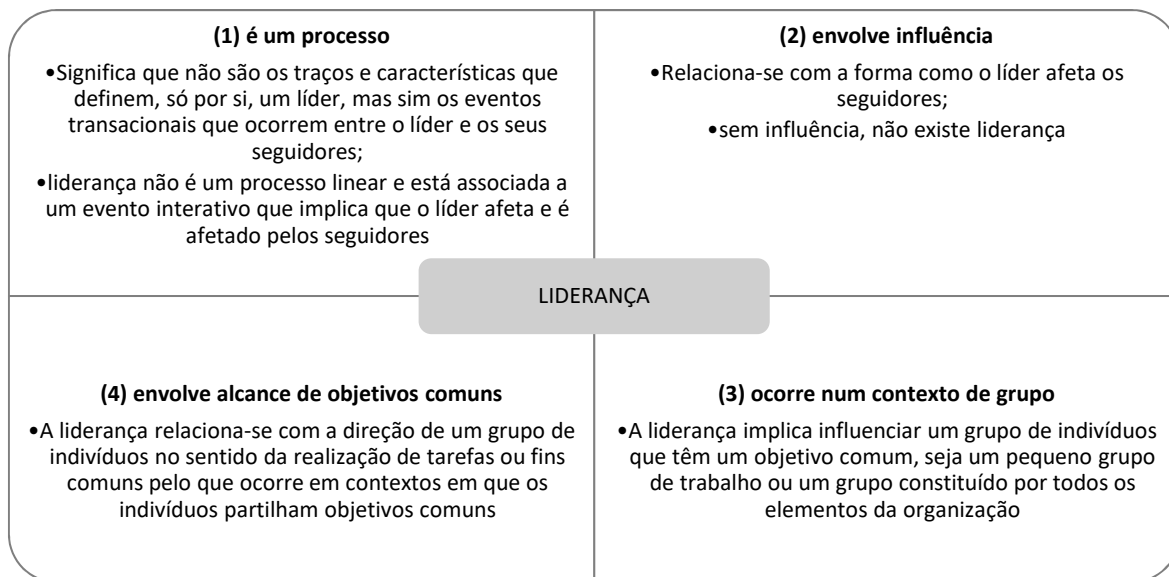
Bass (1990) identificou as cinco dimensões mais utilizadas quando se trata de definir liderança: (1) *foco no processo de grupo* (o líder está no centro do grupo e da atividade e corporiza a vontade do grupo), (2) *personalidade* (a liderança é uma combinação de traços ou características especiais que os indivíduos possuem e que lhes permite induzir nos outros o cumprimento das tarefas), (3) *comportamento* (abordagens que definem liderança como uma ação ou comportamento – o que os líderes fazem para produzir a mudança no grupo), (4) *relação de poder* (a liderança é definida em termos de relação de poder estabelecida entre líderes e seguidores; os líderes têm poder e utilizam-no para influenciar a mudança nos outros), e (5) *instrumento para atingir objetivos* (a liderança como um instrumento para ajudar os elementos do grupo a atingirem os seus objetivos e satisfazerem as suas necessidades).

Não obstante a persistência de divergências na definição de liderança entre académicos e práticos, Northouse (2015) considera quatro componentes centrais que podem ser associados ao fenómeno da liderança: (1) é um processo, (2) envolve influência, (3) ocorre num contexto de grupo, e (4) envolve alcance de objetivos comuns, tal como descritas no **Quadro 12**.

Assim como a literatura reconhece que diferentes empregados exibem uma grande variedade de obrigações e expectativas percebidas nas suas relações de troca com a organização (Robinson, 1996; Rousseau, 1995), uma distinção similar existe hoje na literatura sobre liderança: a liderança não se centra apenas no líder, mas também nos seguidores (Hayes, Caldwell, Licona, & Meyer, 2015), nos seus pares e supervisores, além do contexto de trabalho e cultura (Avolio, Walumbwa, & Weber, 2009; Storey, 2016). Em particular, líderes e seguidores estão envolvidos no processo de liderança; os líderes precisam de seguidores, assim como os seguidores precisam de líderes, apesar da literatura frequentemente dedicar uma maior atenção às questões relacionadas com os líderes em detrimento dos seguidores (Den Hartog & Koopman, 2001; Northouse, 2015). Os seguidores são importantes no processo de liderança,

pois diferem nas qualidades que trazem para o cargo e, conseqüentemente, exigem ajustes por parte dos líderes e assumem importância crescente na relação de liderança na proporção em que lhes são concedidas maior autonomia e responsabilidade (Storey, 2016).

Quadro 12 – Componentes centrais do fenômeno da liderança



Fonte: adaptado de Northouse (2015)

Dada a substancial variabilidade na forma como as pessoas são agregadas dentro da organização (Den Hartog & Koopman, 2001) e os diferentes objetivos associados à utilização dos RH manifestados dentro das equipas de trabalho (Takeuchi, Liu, Lepak, & Sims Jr, 2003), a eficácia de um líder na motivação e satisfação dos empregados poderá ser influenciada pela forma como os comportamentos e estilos de liderança do líder se adaptam às características de cada grupo de trabalho (Caldwell & Hayes, 2016). No entanto, a eficácia de um líder depende também das características situacionais em que exerce a liderança (Caldwell & Hayes, 2016). Por exemplo, de acordo com o ‘modelo da contingência da eficácia da liderança’ (*contingency model of leadership effectiveness*) (Fiedler, 1971) a eficácia da liderança depende da interação do estilo de liderança com a favorabilidade da situação, do modo como a situação potencialmente proporciona ao líder o poder e influência sobre os comportamentos dos seguidores. Nesse sentido, quando se trata de discutir o tema liderança, não é invulgar que os líderes sejam descritos como detentores de poder, indivíduos que dominam outros (Maner & Mead, 2010).

Podemos relacionar o conceito de poder com o de liderança dado que o poder está imbuído no processo de influência; descrever os líderes desta forma significa conceptualizar o poder como uma ferramenta que os líderes utilizam para atingirem os seus próprios objetivos (Maner & Mead, 2010). Burns (1978, citado em Northouse, 2015) considera o poder no ponto de vista do relacionamento, indicando que o poder existe nos dois sentidos das relações e deve ser usado quer pelos líderes, quer pelos seguidores, para atingirem os seus objetivos comuns. Poder é a capacidade ou potencial para influenciar os outros; as pessoas detêm poder quando têm a possibilidade de exercer influência sobre as crenças e atitudes de outros, bem como sobre o curso das suas ações (Maner & Mead, 2010; Northouse, 2015).

Nas organizações, podemos encontrar dois tipos de poder: (1) poder de posição e (2) poder pessoal; o primeiro relacionado com o poder que uma determinada pessoa detém derivado das funções que desempenha e da posição que ocupa na estrutura hierárquica (neste tipo de poder, os elementos da administração detêm maior poder comparativamente aos gestores de linha devido à sua posição na estrutura organizacional); o segundo refere-se ao poder que deriva da relação estabelecida com os seguidores (Northouse, 2015). Quando o líder age de uma forma que é reconhecida pelos seguidores, obtém poder na relação que estabelece com eles (p.e., o poder de um gestor poderá advir do facto dos seus subordinados o considerarem como um exemplo a seguir; outros gestores terão poder na medida em que forem vistos como altamente competentes pelos seus subordinados) (Maner & Mead, 2010).

Outro dos tópicos que merece reflexão no entendimento do que é a liderança, é a coerção. A coerção significa influenciar os outros através da manipulação das penalizações e recompensas atribuídas na relação de emprego e frequentemente envolve o recurso a ameaças, punições e sistemas de recompensas penalizantes (Northouse, 2015). A coerção, que envolve o uso da força para atingir os objetivos, não se coaduna com a prática da liderança na medida em que os líderes que utilizam a força estão interessados na prossecução dos seus próprios objetivos e não de um objetivo comum com os subordinados (Northouse, 2015).

### **Liderança transformacional e transaccional**

A literatura sobre liderança é bastante vasta e aponta para uma grande variedade de abordagens teóricas, taxionomias e práticas para explicar as complexidades inerentes ao processo de liderança (Den Hartog & Koopman, 2001; Northouse, 2015). Desde a abordagem dos traços, passando pela abordagem contingencial, até a abordagens mais recentes que

colocam a tónica nas relações, várias são as formas de categorizar os líderes das organizações (Bass & Stogdill, 1990; Storey, 2016). Uma das distinções dominantes é a proposta por Bass (1985, 1990, 1999) entre liderança transacional e liderança transformacional, que destacamos no nosso trabalho, pelas ligações que a literatura (e.g., Dong, Bartol, Zhang, & Li, 2017; Felfe & Schyns, 2002; Howell & Avolio, 1993; Podsakoff, MacKenzie, Moorman, & Fetter, 1990) estabelece entre a adoção de estilos de liderança transacionais e/ou transformacionais, a mudança e o desempenho (organizacional e humano).

Utilizando a conceptualização de Blake e Mouton (1982), a liderança transacional evidencia-se através de uma ‘preocupação com a produção’ e a liderança transformacional materializa-se numa maior ‘preocupação com as pessoas’. O principal objetivo da liderança transacional é o aumento da produtividade e a redução de custos; por sua vez, a liderança transformacional pretende desenvolver o comprometimento, a confiança e a cooperação entre os subordinados (Yukl, 2012b; Yukl, Gordon, & Taber, 2002). De acordo com Bass (1990), um dos percussores na distinção dos estilos de liderança transacional e transformacional, estes dois estilos de liderança são claramente distintos, quer no que se refere aos seus objetivos, quer aos seus efeitos; a liderança transacional materializa-se num ‘comportamento do líder orientado para as tarefas’ (*task-oriented leadership behavior*) e preocupa-se com os objetivos e a forma de os atingir, enfatizando a produção e os aspetos técnicos do trabalho; os empregados tendem a ser vistos como instrumentos para alcançar os objetivos da organização; por sua vez, na liderança transformacional, orientada para as relações (*relations-oriented leadership behaviour*), o líder preocupa-se com as pessoas e com o desenvolvimento de relações humanas, amigáveis e de suporte com os seguidores, tendo como ênfase o ambiente dos indivíduos no seu trabalho, admitindo que todos os empregados são importantes além de reconhecer a individualidade e as necessidades pessoais.

Um dos princípios essenciais da liderança transacional é estabelecer objetivos, clarificar a ligação entre o desempenho e as recompensas e facultar aos seguidores um *feedback* construtivo de modo a mantê-los concentrados na função (Bass, 1985, 1999). Caracteriza-se por ‘negociação justa’ entre exigências e recompensas, levando a um estado de concordância mútua entre líderes e seguidores (Judge & Piccolo, 2004). Nesse sentido, líderes e subordinados podem considerar-se parceiros de negócio num acordo, em que ‘bom trabalho gera bons salários’ (Martin, Beech, MacIntosh, & Bushfield, 2015). O líder transacional responde ao próprio e aos interesses imediatos dos empregados e a relação que estabelece com eles é de

troca, tendo em consideração o desempenho e tomando as ações corretivas, se algo ocorrer de forma indesejada (Bass, 1985, 1999; Howell & Avolio, 1993); supervisiona de perto os empregados para garantir que a tarefa seja executada satisfatoriamente (Bass, 1990). Para este líder, fazer com que o trabalho seja realizado é mais importante do que o crescimento ou a satisfação pessoal dos empregados (Ali et al., 2014). Em contraste, a liderança transformacional não se limita à troca de incentivos pelo desempenho desejado, envolvendo estímulo por parte do líder para que os seguidores coloquem o interesse coletivo à frente do interesse próprio (Bass, 1985, 1999; Howell & Avolio, 1993). O líder tenta motivar, em vez de controlar os subordinados (Bass, 1990) e procura estabelecer relações amigáveis, confiantes e respeitadas com os empregados, que frequentemente têm permissão para participar das decisões que os afetam (Ali et al., 2014). De acordo com Bass e Avolio (1994), os líderes que se concentram na criação de relações de troca justas com os seus subordinados, identificando as suas necessidades e oferecendo recompensas em troca de bons resultados são vistos como líderes transacionais; os líderes transformacionais vão além destas transações e aumentam o comprometimento dos seguidores influenciando as suas necessidades, valores e auto-estima. Os membros de equipas transformacionais preocupam-se uns com os outros, estimulam-se intelectualmente, inspiram-se uns aos outros e identificam-se todos com os objetivos de equipa (Waldman, Javidan, & Varella, 2004). Com base em Bass (1990) e Felfe e Schyns (2002), tal como identificado no **Quadro 13**, o estilo de liderança transacional distingue-se do estilo transformacional relativamente a vários comportamentos do líder.

Quadro 13 – Liderança transacional e liderança transformacional

Liderança transacional	Liderança transformacional
<p>Recompensa contingente: as recompensas são estabelecidas em função do esforço, desempenho e resultados.</p> <p>Gestão por exceção (ativa): os líderes antecipam os problemas e intervêm com medidas corretivas antes dos problemas ocorrerem.</p> <p>Gestão por exceção (passiva): os líderes intervêm após a ocorrência dos problemas.</p> <p><i>Laissez-faire</i>: o líder abdica das responsabilidades e evita tomar decisões.</p>	<p>Carisma: proporciona visão e sentido de missão aos seguidores, instila orgulho, ganha respeito e confiança.</p> <p>Inspiração: transmite elevadas expectativas e padrões, usa símbolos para enfatizar esforços, expressa propósitos importantes de forma simples, otimista sobre o futuro.</p> <p>Estímulo intelectual: desafia com ideias novas e solicita ideias dos seguidores.</p> <p>Consideração individual: mostra interesse pelo desenvolvimento de cada seguidor, trata-os de forma individual, aconselha.</p>

Fonte: adaptado de Bass (1990) e Felfe & Schyns (2002)

No estilo de liderança transacional, a atribuição de ‘recompensas contingentes’ envolve a clarificação das funções, responsabilidades e expectativas: o líder e o seguidor estabelecem um acordo sobre os requisitos da função, quais os recursos necessários e qual a recompensa justa perante o cumprimento das expectativas (Bass, 1985, 1999). Nesse sentido, a estratégia principal é o reforço contingente, positivo ou negativo, dependendo do desempenho (Bass, 1990; Felfe & Schyns, 2002). A ‘gestão por exceção’ enfatiza a manutenção do *status quo* assegurando que os subordinados adotam comportamentos corretos perante quadros estruturais, regras e padrões de atuação estabelecidos (Bass, 1990). Poderá surgir de uma forma mais ativa, com acompanhamento ativo e correção antes que os eventuais erros ocorram, ou de forma mais passiva, em que os gestores esperam passivamente pela eventual ocorrência de erros ou problemas e atuam apenas depois (Bass, 1990). Seja ativa ou passiva, a gestão por exceção envolve o controlo dos empregados (Felfe & Schyns, 2002).

A liderança transformacional enfatiza a identificação dos empregados com a unidade social ou a unidade de trabalho em que a liderança ocorre (McDermott et al., 2013) baseando-se num conjunto de comportamentos do líder percebidos pelos subordinados como: carisma ou influência idealizada (*idealized influence*), inspiração ou motivação inspirada (*inspirational motivation*), estímulo intelectual (*intellectual stimulation*) e consideração individual (*individualized consideration*) (Bass, 1990; Felfe & Schyns, 2002). De acordo com Felfe e Schyns (2002), a ‘influência idealizada’ refere-se à capacidade do líder exercer influência ao servir como modelo de atuação para os seus seguidores, demonstrando elevado comprometimento, como também elevados padrões de conduta moral; o líder exige os comportamentos e atitudes que espera ver nos outros sendo a sua legitimidade baseada na integridade pessoal e competência; além disso, o líder conquista confiança e respeito pela forma como se prontifica para assumir riscos pessoais em benefício dos seus seguidores. A ‘motivação inspirada’ refere-se à capacidade do líder de oferecer uma visão convincente e objetivos atrativos com base não apenas em recompensas tangíveis, mas principalmente através da atribuição de significado e procura de propósito para as tarefas ao considerar outras necessidades dos subordinados, tais como o seu crescimento pessoal; além disso, exibem otimismo e encorajam os seus seguidores. O ‘estímulo intelectual’ refere-se à presença de vários fatores de envolvimento e oportunidades de participação; quando os pressupostos assumidos podem ser questionados, os problemas podem ser reformulados, as tarefas são desafiantes e os seguidores sentem-se estimulados; exige-se criatividade e inovação, mas num clima de apoio permanente. A ‘consideração individual’ implica que o líder assuma o papel de *coach* ou mentor; este papel



envolve a capacidade de reconhecer as diferenças individuais quanto a necessidades de autonomia, encorajamento, suporte, responsabilidade, estrutura e instruções; os subordinados são considerados indivíduos únicos.

Os estilos de liderança transacional e transformacional poderão associar-se às abordagens *'hard'* e *'soft'* de GRH (Cartwright, Cooper, & Cary, 1995). Um gestor que aplique o modelo *'hard'* evidencia um estilo de liderança orientado para as tarefas (i.e., liderança transacional), enquanto que no contexto da gestão *'soft'*, o gestor adota um estilo de liderança mais orientado para as relações (i.e., liderança transformacional) (Cartwright, Cooper, & Cary, 1995; Truss et al., 1997). Na abordagem *'hard'*, os gestores assumem que os empregados são *'desleixados'* e evitam o assumir de responsabilidades pelo trabalho (Saha, 2013). Inerentemente, não gostam do que fazem e a motivação para a realização do seu trabalho não é o contributo para o alcance dos objetivos organizacionais, mas sim o pagamento que receberão em troca pelo seu trabalho (Bolton & Houlihan, 2009). Como resultado, o gestor decide que o trabalho precisa de ser supervisionado *'de forma apertada'* e devem ser desenvolvidos níveis hierárquicos de controlo (Bolton & Houlihan, 2009). No caso de mau desempenho do empregado, o gestor responsabiliza-o sem ter em consideração as circunstâncias em que as tarefas foram desempenhadas nem a eventual falta de práticas de formação para a sua consecução (Saha, 2013; Watson, 2004). Por sua vez, um gestor que aplique o modelo *soft* poderá confiar mais nos seus subordinados uma vez que os empregados trabalham porque estão automotivados e assumem responsabilidade pelo seu trabalho, desenvolvendo ainda novos métodos para resolução dos problemas e novas formas de realização do trabalho que assegurem maior eficiência e eficácia; os empregados trabalham com um nível de comprometimento superior e o seu bom desempenho atua como automotivação (Saha, 2013; Watson, 2004). Os gestores têm *'boa impressão'* dos empregados e a mútua preocupação do empregador e empregado pelos objetivos organizacionais ajuda no fortalecimento do ambiente de trabalho (Bolton & Houlihan, 2009).

Em contexto de reestruturação organizacional, dependendo da tipologia de mudança organizacional que estiver em questão e a forma como esta surge na organização, os líderes terão que adotar comportamentos distintos para a sua efetiva implementação. Os melhores líderes reúnem comportamentos, quer transacionais, quer transformacionais (McDermott, Conway, Rousseau, Flood, 2013; Rickards & Clark, 2005). Quer o estilo de liderança transacional, quer o estilo de liderança transformacional, propostos por Bass (1985), podem

ser igualmente eficazes, embora em diferentes situações da vida organizacional. Enquanto os líderes transformacionais são considerados os mais adequados nos períodos de fundação e mudança, os líderes transacionais adequam-se melhor a períodos de evolução lenta e ambientes pouco turbulentos (Rego, 1997). Tal vai de encontro ao referido por Binney, Wilke e Williams (2005): a ideia de que é necessária uma liderança transformacional para implementar mudanças radicais e descontínuas é comum entre líderes, gestores e empregados em geral. Não obstante, de acordo com Applebaum, St-Pierre e Glaves (1998), a liderança transformacional é mais eficaz na condução de qualquer processo de mudança. Também de acordo com Burnes e By (2012) e Myers e colegas (2012), os líderes da mudança efetiva e bem-sucedida devem exibir comportamentos transformacionais, mais relacionados com a humildade e com o carisma, a serem vistos como os ingredientes fundamentais para uma mudança sustentável (Bryman, 1992). E isto porque os líderes transformacionais concentram os seus esforços em objetivos de longo prazo, enfatizam e inspiram os seguidores a perseguirem a visão e promovem a confiança e o comprometimento (Howell & Avolio, 1993; Wright & Pandey, 2009). Como vimos, um líder transformacional é alguém que inspira os empregados a olharem para além do seu próprio interesse (Bass, 1990), dando-lhes uma visão ou um sentido de propósito mais elevado sobre o trabalho e comunicando elevadas expectativas (1) sendo carismático e inspirando os seguidores, (2) satisfazendo as necessidades emocionais destes, (3) estimulando-os intelectualmente ao mostrar novas formas de olhar para os velhos problemas. Os líderes transformacionais baseiam-se na consideração individual prestando atenção aos seus subordinados, ajustando a magnitude e o tipo de atenção prestado, as recompensas, o suporte, o encorajamento e o *coaching* (Bass, 1985, 1999; Howell & Avolio, 1993).

### **A teoria da troca líder-membro (LMX)**

Com base nas teorias de ‘formação de papéis’ (*role making*) (Cashman, Dansereau, Graen, & Haga, 1976; Graen, 1976) e ‘troca social’ (*social exchange*) (Blau, 1964; Kahn, Wolfe, Quinn, Snoek, & Rosenthal, 1964), a teoria da troca líder-membro (LMX) sugere que os líderes tipicamente não interagem com todos os seguidores da mesma forma, adotando estilos de liderança distintos em função das circunstâncias particulares de cada um (Sparrowe & Liden, 1997). Nesse sentido, as atitudes com o trabalho e os comportamentos desses subordinados dependem da forma como são tratados pelo seu líder (Breevaart, Bakker, Demerouti, & van den Heuvel, 2015; Rockstuhl, Dulebohn, Ang, & Shore, 2012). A teoria LMX distancia-se das

abordagens contemporâneas de liderança em que os líderes são vistos como indivíduos independentes dos seguidores; em vez disso, o foco reside nas ligações diádicas em que as negociações das expectativas mútuas ocorrem (Lapierre, Hackett, & Taggar, 2006).

A teoria LMX propõe que os líderes estabelecem relações únicas e uma troca específica com cada um dos seus subordinados, e que a qualidade destas relações de troca líder-membro influencia as responsabilidades dos subordinados, as decisões, o acesso a recursos e o desempenho (Deluga, 1998): com uns estabelecem relações de troca de ‘baixa qualidade’ e com outros, relações de troca de ‘elevada qualidade’ (Graen & Uhl-Bien, 1995). Segundo a teoria, os líderes estabelecem uma confiança forte, emocional e relacionamentos baseados em respeito com alguns membros da sua equipa (*in-group*), mas não com os outros (*out-group*) (Bauer & Ergoden, 2015). Com os elementos ‘*in-group*’ o líder tem relacionamentos mais próximos, comunica face a face e evidencia confiança nos seguidores; os membros ‘*out-group*’ são considerados relativamente distantes, a comunicação presencial é limitada e a confiança não é desenvolvida (Graen & Scandura, 1987; Graen, Novak, & Sommerkamp, 1982; Seers & Graen, 1984; Wayne, Shore, & Liden, 1997). Kim e Organ (1982) observaram que os líderes estabelecem mais trocas com os subordinados que se apresentam como mais competentes e uma relação mais próxima apenas com aqueles que considera elementos chave dentro da organização (*in-group*); com os indivíduos vistos como ‘menos importantes’ para o sucesso do líder e da organização em geral, os líderes estabelecem relações meramente baseadas na autoridade formal (*out-group*).

A investigação sobre questões relacionadas com a ‘troca líder-membro’ começou com estudos sobre a socialização do trabalho (e.g., Graen, Orris, & Johnson, 1973; Johnson & Graen, 1973) e ‘ligação dupla vertical’ (e.g., Dansereau, Graen, & Haga, 1975; Graen & Schiemann, 1978; Liden & Graen, 1980). Nestes estudos, com a análise ao nível das díades com a unidade de trabalho, concluiu-se que muitos dos processos de gestão dentro das organizações ocorrem numa base diádica, em que os gestores estabelecem relacionamentos diferenciados com as pessoas que a eles reportam, validando-se a diferenciação dentro das unidades de trabalho (Graen & Uhl-Bien, 1995). Foram conduzidos estudos longitudinais com equipas de gestão, tendo sido pedido aos gestores e às pessoas que a eles reportam que descrevessem o seu trabalho bem como os relacionamentos no trabalho em termos de *inputs* (antecedentes), processos e *outputs* (resultados) (Graen & Uhl-Bien, 1995). Na descrição dos comportamentos dos gestores, diferentes subordinados fizeram diferentes descrições relativamente à mesma

pessoa (Graen & Uhl-Bien, 1995). Alguns empregados descreveram ‘trocas de elevada qualidade’ (também conhecidas por trocas *in-group*), “*caracterizadas por elevados níveis de confiança mútua, respeito e obrigação*”<sup>64</sup>; outros descreveram ‘trocas de baixa qualidade’ (também conhecidas por trocas *out-group*), “*caracterizadas por baixos níveis de confiança, respeito e obrigação*”<sup>65</sup> (Graen & Uhl-Bien, 1995, p. 227). De acordo com Graen e Uhl-Bien (1995), estas diferenças nos relacionamentos resultam do tempo e dos recursos sociais limitados dos gestores, que lhes permite estabelecer apenas alguns (poucos) relacionamentos de ‘trocas de elevada qualidade’. Assim, no desenvolvimento da teoria LMX, o foco, inicialmente, era o comportamento do líder, tal como descrito pelo líder e seguidor.

Tendo-se concluído pela variação nas respostas dos seguidores a questões sobre os seus líderes, as díades líder-membro tornaram-se a unidade de análise (díades dentro das unidades) e a teoria começou a desenvolver-se dentro do domínio dos relacionamentos (Graen & Uhl-Bien, 1995). Assim, numa segunda fase, a terminologia mudou de ligação díade vertical para troca líder-membro (e.g., Dienesch & Liden, 1986; Graen, Novak, & Sommerkamp, 1982; Scandura & Graen, 1984). Os estudos sobre a ligação díade vertical mudaram o foco teórico “*para além de uma descrição das relações diferenciadas numa unidade de trabalho para uma explicação de como estas relações se desenvolvem e quais são as consequências das relações para o funcionamento organizacional*”<sup>66</sup> (Graen & Uhl-Bien, 1995, p. 229). De acordo com Graen e Uhl-Bien (1995), os conceitos centrais na investigação sobre LMX nesta fase foram: (1) o desenvolvimento das relações LMX é influenciado pelas características e comportamentos dos líderes e membros e ocorrem através de um processo de formação de papéis; e (2) as relações LMX de maior qualidade geram resultados bastante positivos para os líderes, seguidores, unidades de trabalho e a organização em geral.

Numa terceira fase, Graen e Uhl-Bien (1995) descrevem que a investigação se movimentou no sentido de ‘*in-groups*’ e ‘*out-groups*’ e focalizou-se mais no processo de formação de liderança efetiva através do desenvolvimento de relações de liderança efetivas. De acordo com os autores, a diferença chave deste estágio é o facto de se defender que os gestores devem

---

<sup>64</sup> Tradução livre de: “characterized by a high degree of mutual trust, respect, and obligation” (Graen & Uhl-Bien, 1995, p.227).

<sup>65</sup> Tradução livre de: “characterized by low trust, respect, and obligation” (Graen & Uhl-Bien, 1995, p.227).

<sup>66</sup> Tradução livre de: “beyond a description of the differentiated relationships in a work unit to an explanation of how these relationships develop and what the consequences of the relationships are for organizational functioning” (Graen & Uhl-Bien, 1995, p.229).

garantir que as relações LMX de elevada qualidade são acessíveis a todos os empregados, em vez de manterem relacionamentos diferenciados entre os empregados, tal como descrito pela abordagem de 'ligação dupla vertical'. Este estágio faz uso do modelo 'formação de liderança' (*leadership making*) no sentido de oferecer um modelo de desenvolvimento da liderança mais prescritivo e com maior aplicação prática. A ideia da 'formação de liderança' começou com duas experiências de campo longitudinais (e.g., Graen, Novak, & Sommerkamp, 1982; Graen, Scandura, & Graen, 1986; Scandura & Graen, 1984) que analisaram o que aconteceria se os líderes tivessem formação para darem aos seus subordinados a oportunidade de desenvolver uma relação de elevada qualidade. Nesta fase concluiu-se que o desempenho da unidade de trabalho melhorava através do aumento das relações LMX de elevada qualidade, enfatizando-se a importância de desenvolver relações de elevada qualidade dentro das organizações e a necessidade de traçar um processo explicativo sobre a forma como estas relações poderiam ser formadas e mantidas na prática (Graen & Uhl-Bien, 1995). Dessa forma, o modelo descreve um processo no qual as relações líder-membro passam de uma fase 'estranha' (*stranger*) (caracterizada por interações formais e contratuais), para uma fase de 'conhecimento' (*acquaintance*) (caracterizada por maior número de trocas sociais e partilha de informação, bem como de recursos, quer do ponto de vista pessoal, quer do trabalho em si) e para um nível de trocas de 'parcerias maduras' (*mature partnership*) (caracterizadas por trocas 'em espécie') em que os indivíduos podem esperar uns dos outros lealdade e suporte. Além disso, as trocas não são apenas comportamentais, mas também emocionais — mútuo respeito, confiança e comprometimento de crescer através do processo (Graen & Uhl-Bien, 1995).

Numa quarta fase, verificou-se uma expansão do estudo da relação diádica para o nível de grupo. Até então, a investigação centrou-se nas relações LMX enquanto díades independentes dentro dos grupos de trabalho. Em organizações complexas (van der Voet, Kuipers, & Groeneveld, 2015), no entanto, estas díades não são representativas da natureza das situações de liderança, caracterizadas com maior frequência por um líder e múltiplos membros que trabalham juntos em algum tipo de interação coletiva (Graen & Uhl-Bien, 1995). Nesse sentido, nesta fase adotou-se uma perspetiva sistémica e procurou-se compreender de que forma relações diádicas diferenciadas se combinam na formação de sistemas de rede maiores (e.g., Graen & Uhl-Bien, 1991; Uhl-Bien & Graen, 1992, 1993). Estes múltiplos sistemas formam a estrutura de liderança dentro da organização. Esta estrutura não se limita à unidade de trabalho; inclui também as relações que compõem a estrutura de liderança e que atravessam a unidade de trabalho, bem como os limites (*boundaries*) funcionais, divisionais, e mesmo

organizacionais; além disso, estas relações não se limitam às relações formais líder-subordinado, incluindo também as relações estabelecidas com os pares, entre os diferentes níveis organizacionais e mesmo organizações (Graen & Uhl-Bien, 1995).

Os estudos subsequentes (e.g., Boies & Howell, 2006; Chen, Kirkman, Kanfer, Allen, & Rosen, 2007; Dulebohn, Bommer, Liden, Brouer, & Ferris, 2012; Dunegan, Uhl-Bien, & Duchon, 2002; Hooper & Martin, 2008; Thomas & Lankau, 2009) continuaram a centrar-se no grupo como unidade de análise da díade e começaram a direcionar-se para questões relacionadas com a problemática da mensuração da LMX, bem como com a identificação dos seus principais antecedentes, efeitos e moderadores. Por exemplo, Dulebohn, Bommer, Liden, Brouer e Ferris (2012), identificam três grupos principais de antecedentes da liderança LMX: (1) as características do líder, (2) as características do seguidor e (3) as relações interpessoais. Os líderes são avaliados pelos seguidores com base nas expectativas criadas relativamente ao supervisor, comportamento de recompensa contingente, liderança transformacional, extroversão e afabilidade (Dulebohn et al., 2012). Embora o líder assuma um papel dominante na criação de uma relação LMX, o seguidor também desempenha uma parte importante na criação da relação. Os seguidores são avaliados pelas suas competências, afabilidade, consciência, extroversão, neuroticismo, abertura, afetividade positiva, afetividade negativa e locus de controlo (Dulebohn et al., 2012; Hayes et al., 2015). A 'relação interpessoal' caracteriza-se por similaridade percebida, integração (reportada pelo supervisor), integração (reportada pelo subordinado), bem como autopromoção, assertividade e confiança no líder. As variáveis relacionadas com as relações interpessoais que podem afetar o relacionamento são a similaridade percebida, integração, autopromoção, assertividade e confiança no líder (Dulebohn et al., 2012). Relativamente às características dos seguidores, a competência, a afabilidade, a consciência, locus de controlo e afetividade positiva relacionam-se positivamente com a LMX; enquanto a afetividade negativa e o neuroticíssimo se relacionam de forma negativa. O sucesso da LMX pode ser aferido com uma grande multiplicidade de consequências (resultados), tais como: intenções de *turnover*, *turnover* efetivo, OCB, comprometimento afetivo, comprometimento normativo, satisfação no trabalho, satisfação com o supervisor, satisfação com o pagamento, justiça processual, justiça distributiva, a capacitação, a perceção da política, a ambiguidade e conflito de papéis (Dulebohn et al., 2012).

## **Acordos idiossincráticos (I-deals) e LMX**

Atualmente, os acordos idiossincráticos (*I-deals*) constituem uma área de grande interesse acadêmico, sendo um tópico que tem recebido considerável atenção (e.g., Anand, Vidyarthi, & Park, 2010; Anand, Vidyarthi, Liden, & Rousseau, 2010; Gajendran, Harrison, & Delaney-Klinger, 2015; Liao, Wayne, Liden, & Meuser, 2017; Ng & Feldman, 2010, 2012; Rosen, Slater, Chang, & Johnson, 2013; Vidyarthi, Chaudhry, Anand, & Liden, 2014) como uma forma de contruir o comprometimento organizacional. Os *I-deals* referem-se a “acordos voluntários e personalizados de natureza não standardizada negociados a título individual entre os empregados e seus empregadores”<sup>67</sup> (Rousseau, Ho, & Greenberg, 2006, p. 978), que estabelecem termos da relação de emprego que beneficiam ambas as partes (Rousseau, 2005); “são uma forma de personalização que concede aos empregados condições especiais diferentes dos pares que fazem trabalhos semelhantes”<sup>68</sup> (Hornung, Rousseau, & Glaser, 2008, p. 655). Desde cedo (e.g., Argyris, 1960; Levinson, 1965; Levinson, Price, Munden, Mandl, & Solley, 1962), o contrato psicológico tem sido conceptualizado como um conjunto de crenças sobre as obrigações recíprocas na relação de troca empregado-empregador. Este conjunto de crenças são percutuais e idiossincráticas, implicando que os indivíduos desenvolvem interpretações subjetivas sobre estas obrigações que não são necessariamente partilhadas por outros, tais como os colegas ou supervisores (de Jong, Rigotti, & Mulder, 2017).

As características distintivas dos *I-deals* (comparativamente a outras formas de negociação das condições de trabalho) relacionam-se com o facto de serem acordos (1) individualmente negociados entre empregador e empregado, (2) heterogéneos, uma vez que os termos do acordo podem ser diferentes entre empregados, (3) mutuamente benéficos, dado que os interesses, quer dos empregados, quer do empregador, são satisfeitos, e (4) que podem variar entre um único elemento idiossincrático para um acordo global completamente diferente das práticas de GRH estrategicamente definidas pelo empregador (Rousseau 2005; Rousseau, Ho, & Greenberg, 2006). Diferentes dos termos estandardizados definidos como políticas de RH da organização, os *I-deals* permitem aos empregados personalizar os termos da relação de troca com o empregador no sentido de uma maior satisfação das suas necessidades e interesses (Rousseau, 2005; Rousseau, Ho, & Greenberg, 2006). Ao mesmo tempo, o empregador

---

<sup>67</sup> Tradução livre de: “voluntary, personalized agreements of a nonstandard nature negotiated between individual employees and their employers” (Rousseau, Ho, & Greenberg, 2006, p. 978)

<sup>68</sup> Tradução livre de: “are a form of customization granting employees special conditions differing from peers doing similar work” (Hornung, Rousseau, & Glaser, 2008, p. 655).

beneficia dos *I-deals* pelo maior comprometimento e motivação da sua força de trabalho (Liao, Wayne, Liden, & Meuser, 2017). Os termos específicos para os quais tipicamente os empregados negociam variam entre a flexibilidade do horário de trabalho e afetação a tarefas especiais, e o desenvolvimento das oportunidades de carreira (Rousseau, 2005; Rousseau, Ho, & Greenberg, 2006).

Com base em relatórios de empregados e num contexto hospitalar, Rousseau e Kim (2006, citados em Hornung, Rousseau, & Glaser, 2009) identificam três formas de *I-deals* geralmente negociados: (1) *I-deals* de desenvolvimento (*developmental I-deals*) que se referem a oportunidades personalizadas para desenvolver as capacidades e competências dos empregados e satisfazer as suas aspirações quanto a progressão profissional ou na carreira (p.e., tarefas de trabalho desafiadoras, reconhecimento individual de desempenho, formação especial, oportunidades de carreira); (2) *I-deals* de flexibilidade (*flexibility I-deals*) que consistem em personalizar a programação do trabalho e permitir uma adaptação das horas de trabalho para melhor atender às necessidades e preferências individuais (p.e., discricção pessoal sobre o agendamento do trabalho); e (3) *I-deals* de carga de trabalho reduzida (*reduced workload I-deals*), utilizados para ajustar, individualmente, a quantidade e a qualidade da carga de trabalho (p.e., dias de trabalho mais curtos, tarefas menos árduas).

Os *I-deals* são negociados dentro da relação diádica estabelecida entre líderes e seguidores. Uma vez que os supervisores atuam, muitas das vezes, como agentes do empregador (Rousseau, 1995; Rousseau, 1998b), de acordo com Liao, Wayne, Liden e Meuser (2016), estas relações poderão ser melhor entendidas com recurso à teoria LMX segundo a qual, e conforme vimos, os líderes estabelecem relações de troca de qualidade diferente com os seguidores (Graen & Uhl-Bien, 1995; Liden, Sparrowe, & Wayne, 1997).

A investigação empírica sobre *I-deals* tem revelado o seu importante papel no aumento dos resultados do trabalho, tais como satisfação no trabalho (e.g., Hornung, Glaser, & Rousseau, 2010), comprometimento (e.g., Liu, Lee, Hui, Kwan, & Wu, 2013; Ng & Feldman, 2010), OCB (e.g., Anand, Vidyarthi, & Park, 2010), comportamento de voz (*voice behavior*) (e.g., Ng & Feldman, 2015), comportamento pró-ativo (*proactive behavior*) (e.g., Liu, Lee, Hui, Kwan, & Wu, 2013), e na redução do conflito trabalho-família (*work-family conflict*) (e.g., Hornung, Rousseau, & Glaser, 2009). Comportamento de voz (*voice behavior*) é definido por van Dyne e LePine (1998) como o “*comportamento não exigido que enfatiza a expressão de desafios*



*construtivos com o intuito de melhorar, e não apenas criticar*<sup>69</sup> (p. 109). Comportamento pró-ativo (*proactive behavior*) é definido por Crant (2000) como “a tomada de iniciativa na melhoria das circunstâncias correntes ou criação de novas; envolve desafiar o status quo, mais do que, passivamente, adaptar-se às condições presentes”<sup>70</sup> (p. 436). Os empregados poderão envolver-se em atividades pró-ativas como parte do seu comportamento *in-role* em que satisfazem as exigências básicas do trabalho (Crant, 2000). O conflito trabalho-família (*work-family conflict*) é definido por Greenhaus e Beutell (1985) como “uma forma de conflito entre papéis em que as pressões de papéis dos domínios do trabalho e da família são mutuamente incompatíveis em algum aspecto”<sup>71</sup> (p. 77).

No entanto, é importante clarificar as diferenças entre os *I-deals* e a LMX. Os *I-deals* são acordos de trabalho personalizados que ‘giram’ em torno do desenvolvimento da carreira, tarefas e horários de trabalho do empregado (Rosen, Slater, Chang, & Johnson, 2013; Rousseau, Ho, & Greenberg, 2006). Ou seja, os *I-deals* refletem um acordo sobre os termos efetivos do trabalho e não se podem considerar relações *per se*; em contraste, a LMX capta os aspectos de um relacionamento afetivo e reflete a relação de troca entre o gestor e o empregado; por isso, os *I-deals* e a LMX são qualitativamente diferentes (Liao, Wayne, Liden, & Meuser, 2017). A distinção conceptual entre a LMX e os *I-deals* é também discutida no estudo de Anand e seus colegas (2010). Estes autores testaram o efeito moderador da LMX na relação entre os *I-deals* e o OCB. Por exemplo, as razões mencionadas para os empregados, numa relação de baixa qualidade com os seus gestores, receberem *I-deals* incluem: (1) quando os empregados experienciam a quebra do contrato psicológico e o *I-deal* serve de recompensa para a quebra; (2) os *I-deals* podem ser uma solução para os empregados que apresentam dificuldades nas suas vidas pessoais; e (3) os *I-deals* poderão ser uma forma de motivar os empregados que têm trocas de baixa qualidade com os seus supervisores (Liao, Wayne, Liden, & Meuser, 2017). Dessa forma, apesar dos dois constructos captarem formas de tratamento diferenciados, a LMX e os *I-deals* são únicos.

---

<sup>69</sup> Tradução livre de: voice behavior is defined as “nonrequired behavior that emphasizes expression of constructive challenge with an intent to improve rather than merely criticize” (van Dyne & LePine, 1998, p. 109).

<sup>70</sup> Tradução livre de: proactive behavior is defined as “taking initiative in improving current circumstances or creating new ones; it involves challenging the status quo rather than passively adapting to present conditions.” (Crant, 2000, p. 436).

<sup>71</sup> Tradução livre de: Work–family conflict is defined as “a form of interrole conflict in which the role pressures from the work and family domains are mutually incompatible in some respect” (Greenhaus & Beutell, 1985, p. 77).

A teoria LMX postula que os líderes desenvolvem e mantêm relacionamentos únicos com os seguidores que variam em termos de qualidade e que o grau em que os líderes estabelecem diferenciação entre os seus seguidores, varia de grupo para grupo (Henderson, Liden, Glibkowski, & Chaudhry, 2009; Liden, Erdogan, Wayne, & Sparrowe, 2006). O grau de diferenciação varia de baixa, em que os líderes mantêm relações de qualidade similar com os seus membros no mesmo grupo, para alta, em que os líderes desenvolvem relações diferentes com os seguidores que variam bastante em qualidade; dessa forma, refletindo a variabilidade das relações líder-membro dentro do grupo, a LMX capta o contexto da relação líder-membro ao nível do grupo (Liao, Wayne, Liden, & Meuser, 2017). Proporcionar um *I-deal* ou desenvolver uma relação LMX de elevada qualidade com os seus seguidores, mas não com os outros, pode razoavelmente representar (e reconhecer) os contributos ou situação única enfrentada pelo seguidor *versus* outros no grupo de trabalho (Sias & Jablin, 1995). Por outro lado, tal tratamento diferencial pode ser visto como favoritismo, que poderá comprometer a eficácia do grupo de trabalho (Liden et al., 2006). Os mesmos autores sugerem que a perceção do seguidor quanto à justiça com que o supervisor o trata pode determinar quer as reações do seguidor ao *I-deals*, quer o facto da diferenciação LMX ser positiva ou negativa, refletindo sobre o seguinte:

Os indivíduos não são apenas influenciados pelas suas perceções sobre a justiça com que são tratados, mas também pelas perceções sobre a forma como os outros são tratados, quando avaliam a sua própria posição dentro de um grupo. Se os empregados percebem que existem grandes diferenças na qualidade da relação entre o líder e os membros que não são justificados, podem responder com retenção de esforço e desempenho em níveis mais baixos.<sup>72</sup> (Liden et al., 2006, p. 725)

Esta relação de emprego fortalecida resulta num senso de obrigação da parte do empregado em retribuir de volta a valiosa contribuição que o empregador fez (Casper & Buffardi, 2004). Desta forma, faz todo o sentido comparar os *I-deals* com o contrato psicológico, até porque ambos os conceitos tiveram a sua origem nos trabalhos de Rousseau, ambos são frequentemente retratados como tendo origens na troca social, e ambos são apresentados como exemplos da individualização das relações de emprego (Conway & Coyle-Shapiro, 2016). Um dos fatores que interessa discutir nesta comparação relaciona-se com a forma como ambos

---

<sup>72</sup> Tradução livre de: "... individuals are not only influenced by their perceptions of the fairness with which they are treated, but also by the perceptions of the way others are treated when evaluating their own standing in a group. If employees perceive that wide differences exist in the quality of relationship between the leader and members that are not justified, they may respond by withholding effort and performing at lower levels" (Liden, et al., 2006, p. 725).

os acordos são estabelecidos: de forma explícita ou implícita. Anand e seus colegas referem que “os *I-deals* não são os significados subjetivos atribuídos pelos indivíduos, tal como o são os contratos psicológicos... em vez disso, são condições objetivas que os empregados negociam com um empregador”<sup>73</sup> (Anand, Vidyarthi, Liden, & Rousseau, 2010, p. 970). No entanto, outros autores referem-se aos *I-deals* de uma forma que enfatiza os aspetos mais implícitos. Por exemplo, Ng e Feldman (2010, p. 420) referem-se aos ‘acordos de emprego’ (*employment arrangements*) que são ‘trabalhados’ (*crafted*) para satisfazer as necessidades dos empregados. Anand, Vidyarthi, Liden e Rousseau (2010) referem que os *I-deals* são susceptíveis de ser interpretados como ‘gestos especiais’ (*special gestures*). Conway e Coyle-Shapiro (2016) referem ainda que a maioria da pesquisa sobre *I-deals* utiliza a troca social como fundamentação teórica dos *I-deals*, consistindo a troca social em obrigações não especificadas que podem ser de curto ou longo prazo e *open-ended*. Dessa forma, mesmo que a negociação inicial dos *I-deals*, sobre o que o empregado recebe em troca, tenha tendência a ser explícita, o que é esperado do empregado em troca segue um processo de troca social, em que as organizações esperam o cumprimento de determinadas obrigações, sem saberem, no entanto, quando e como; ou seja, o momento em que os empregados retribuem nessa relação de troca social pode ser bastante implícita (Conway & Coyle-Shapiro, 2016).

### **2.3. INTERAÇÕES DE TRABALHO E COORDENAÇÃO RELACIONAL**

#### **Dinâmicas relacionais e a teoria da coordenação relacional**

Chester Barnard (citado em Mangham, 1986) argumenta que uma organização surge quando certas condições são satisfeitas: (1) quando as pessoas são capazes e estão dispostas a comunicar com os outros; (2) quando as mesmas pessoas também estão dispostas a fazer alguma coisa para contribuir para ‘colocar a ação em ordem’; e (3) quando existe um propósito comum. Quando os indivíduos são capazes de cooperar e se do processo de cooperação derivar satisfação, as organizações tornam-se mais eficientes e eficazes, uma vez que os resultados são alcançados de ‘bom grado’ (Mangham, 1986). Uma das razões apontadas para a existência de organizações é o facto de estas permitirem que a coordenação ocorra mais facilmente do que

---

<sup>73</sup> Tradução livre de: “*I-deals* are not individuals’ subjective understandings, as are psychological contracts ... rather, they are objective conditions that employees negotiate with an employer” (Anand, Vidyarthi, Liden, & Rousseau, 2010, p. 970).

o seria na falta de organizações, esperando-se que os processos de trabalho bem coordenados produzam resultados superiores, quer em termos de eficiência, quer em termos de qualidade (Hill, Jones, & Schilling, 2014; Kogut & Zander, 1996).

A teoria da coordenação relacional é uma teoria emergente para melhor compreender as dinâmicas relacionais quando é exigido coordenação do trabalho. Esta forma de coordenação relaciona-se com as interações entre os participantes, em vez dos mecanismos de suporte e substituição dessas interações (Gittell, 2002a). Desenvolvida por Gittell (2000), a teoria tem demonstrado ser útil na coordenação de equipas multidisciplinares, enfatizando a dinâmica relacional e reforçando os aspetos comunicacionais no seio destas equipas (e.g., Gittell, Godfrey, & Thistlethwaite, 2013; Gittell, Beswick, Goldmann, & Wallack, 2015; Hartgerink et al., 2014). Além disso, oferece uma forma única de conceptualizar as dinâmicas relacionais da coordenação (Gittell, 2011, 2012). De acordo com a teoria da coordenação relacional, a coordenação, que ocorre através de comunicação frequente e de elevada qualidade, suportada por uma teia de relações de objetivos e conhecimentos partilhados e mútuo respeito (Gittell, 2009, 2011, 2012), permite às organizações atingirem os seus propósitos de atuação de forma mais concertada e efetiva (Gittel, 2016; Gittell, Beswick, Goldmann, & Wallack, 2015). Nesse sentido, esta teoria tem vindo a ser explorada em contextos organizacionais complexos na área da saúde (e.g., Gittell, 2002a, 2008, 2009, 2011, 2012, 2016; Gittell, Beswick, Goldmann, & Wallack, 2015; Gittell, Weinberg, Pfefferle, & Bishop, 2008; Gittell et al., 2000; Havens, Vasey, Gittell, & Lin, 2010), em companhias aéreas (e.g., Gittell, 2001, 2003, 2012; Gittell, von Nordenflycht, & Kochan, 2004), em cuidados a longo prazo (e.g., Gittell, Weinberg, Pfefferle, & Bishop, 2008), e no sistema judiciário (e.g., Bond & Gittell, 2010). De acordo com Gittell (2012), a teoria da coordenação relacional poderá e deverá ser generalizada a outros contextos e processos de trabalho em que múltiplos intervenientes se relacionam e estão envolvidos em tarefas com grande interdependência entre elas, sob condições de incerteza e constrangimentos de tempo.

A teoria da coordenação relacional é considerada única na identificação de dimensões específicas de relações fundamentais para a coordenação do trabalho, indo além da partilha de conhecimentos para incluir a partilha de objetivos e respeito mútuo, enquanto se focaliza no desenvolvimento de relações entre papéis e funções, em vez de se direcionar apenas para as relações entre os indivíduos (Gittell, 2011; Hartgerink et al., 2014). Enquanto várias das teorias mais recentes enfatizam a importância da partilha de conhecimentos e a partilha de

entendimentos (e.g., Flinchbaugh, Li, Luth, & Chadwick, 2016), a teoria da coordenação relacional defende que a partilha de conhecimentos e entendimentos são necessários, mas não suficientes (Gittell, 2012).

### **Dimensões da coordenação relacional**

A coordenação relacional é “*um processo de reforço mútuo das interações entre a comunicação e as relações estabelecidas com o objetivo de integração das tarefas*”<sup>74</sup> (Gittell, 2002a, p. 301), constituindo uma forma de coordenação relação-intensiva, que se espera ser particularmente importante no alcance de elevados desempenhos, em contextos organizacionais caracterizados por: (1) interdependência recíproca, que existe entre quaisquer duas tarefas, cuja conclusão de uma dependa da conclusão de outra; se não existir interdependência, não existe nada para coordenar (Cheng, 1983); (2) incerteza, que aumenta as exigências de processamento da informação que, por sua vez, aumenta a necessidade de capacidade de processamento da informação; e (3) constrangimentos de tempo, que acentuam os efeitos, quer da interdependência de tarefas, quer da incerteza) (Gittell, 2011, 2016). Sob estas condições, é esperado que a coordenação efetiva dependa particularmente da qualidade da comunicação bem como das relações que existem entre os participantes (Gittell, 2011, 2016).

Embora a coordenação possa ocorrer através de uma grande variedade de mecanismos, tais como padronização de tarefas e estabelecimento de rotinas, estes são mais apropriados a interdependências do tipo sequencial ou linear, mas não são suficientes em áreas onde prevalecem atividades que são reciprocamente interdependentes, onde há elevado grau de incerteza e onde o tempo é escasso, como é o caso da provisão de serviços de saúde (Argote, 1982; Gittell, 2012, 2016). Para que a coordenação seja efetiva, os participantes têm também que estar conectados através de relações em que partilhem objetivos e em que haja respeito mútuo (Gittell, 2006, citada em Gittell, 2012).

São sete as dimensões da coordenação relacional identificadas e descritas por Gittell (2011): (1) comunicação frequente, (2) comunicação atempada, (3) comunicação precisa, (4) comunicação para a resolução de problemas, (5) partilha de objetivos, (6) partilha de conhecimentos e (7) respeito mútuo, conforme descritas no **Quadro 14**.

---

<sup>74</sup> Tradução livre de: “a mutually reinforcing process of interaction between communication and relationships carried out for the purpose of task integration” (Gittell, 2002a, p. 301).

Quadro 14 – Dimensões da coordenação relacional

Dimensões	Descrição
Comunicação frequente	Laço comunicacional frequente entre os participantes de um processo de trabalho, com o objetivo de comunicarem de forma frequente através dos quais há um reforço para permitir uma relação de coordenação eficaz.
Comunicação atempada	Laço comunicacional oportuno entre os participantes de um processo de trabalho, com o objetivo de comunicarem de forma atempada, através dos quais há um reforço para permitir uma relação de coordenação eficaz.
Comunicação precisa	Laço comunicacional oportuno entre os participantes de um processo de trabalho, com o objetivo de comunicarem de forma precisa, através dos quais há um reforço para permitir uma relação de coordenação eficaz.
Comunicação para resolução de problemas	Laço comunicacional oportuno entre os participantes de um processo de trabalho, com o objetivo de resolver problemas, através dos quais há um reforço para permitir uma relação de coordenação eficaz.
Partilha de objetivos	Relação através da qual a coordenação ocorre e que pressupõe o aumento da comunicação entre as partes, uma vez que esta transcende a partilha dos objetivos funcionais específicos de cada participante.
Partilha de conhecimentos	Relação através da qual a coordenação ocorre e que pressupõe uma comunicação precisa entre os participantes, de modo a que estes percebam como as suas tarefas específicas se inter-relacionam com todo o processo.
Respeito mútuo	Relação através da qual a coordenação ocorre e que se traduz num dever ou obrigação imposta à conduta dos participantes, para que estes sejam mais recetivos à comunicação, independentemente do seu estatuto.

Fonte: adaptado em Gittell (2011)

Reconhecendo a importância da *'comunicação frequente'* (1) para a coordenação de trabalho com elevada interdependência, a coordenação relacional engloba muito mais que a comunicação frequente; e isto porque a comunicação pode ser frequente e continuar a ser de baixa qualidade (Gittell, 2011). Ou seja, o papel da *'comunicação frequente'* não é meramente informacional, ajudando a construir as relações através da familiaridade que vai crescendo com as interações repetidas. A comunicação *'fora de tempo'* pode representar uma situação crítica, resultando em erros e atrasos, com implicações negativas para os resultados organizacionais, pelo que a *'comunicação atempada'* (2) é fundamental para a coordenação do trabalho (Gittell, 2011). A coordenação efetiva do trabalho depende não apenas de comunicação frequente e atempada, mas também de *'comunicação precisa'* (3); se as atualizações são recebidas com frequência e de forma atempada, mas a informação é imprecisa, poderão ocorrer erros, mas também atrasos, uma vez que os participantes têm que interromper o processo em curso para solicitar informações mais precisas (Gittell, 2011). As interdependências entre funções frequentemente resultam em problemas que requerem a sua resolução de forma participada;

assim, uma coordenação eficaz exige que os participantes se envolvam em '*comunicação para a resolução de problemas*' (4), evitando o conflito e a atribuição de culpa em caso de erros e atrasos, que teriam consequências negativas sobre o desempenho (Gittell, 2011).

Mas a comunicação não ocorre num 'vácuo'; a capacidade dos participantes para coordenarem eficazmente o seu trabalho também é influenciada pela qualidade dos seus relacionamentos, especialmente no que se refere a partilha de objetivos comuns, conhecimentos e respeito mútuo: a coordenação eficaz depende do facto dos participantes terem um elevado nível de objetivos comuns para o processo de trabalho em que estão envolvidos (Gittell, 2011). Com a '*partilha de objetivos*' (5) para o processo de trabalho, os participantes têm um vínculo mais forte e podem mais facilmente chegar a conclusões concordantes sobre a melhor forma de responder perante as situações, à medida que novas informações estiverem disponíveis: a existência de objetivos comuns motiva os participantes a irem além da otimização subobjetivo e a agir no que diz respeito ao processo de trabalho global (Gittell, 2011). Além disso, uma coordenação eficaz depende dos participantes terem um elevado grau de conhecimento compartilhado, ou seja da '*partilha de conhecimentos*' (6) sobre as tarefas de cada um: o conhecimento compartilhado informa os participantes sobre a forma como as suas próprias tarefas e as tarefas dos outros contribuem para o processo de trabalho global, permitindo-lhes agir no que diz respeito ao processo de trabalho como um todo; quando os participantes sabem como as suas tarefas se encaixam com as tarefas de outros no mesmo processo de trabalho, têm um contexto para saber quem será afetado por qualquer alteração e, portanto, para saber quem precisa 'saber o quê' e com que urgência (Gittell, 2011). Finalmente, uma coordenação eficaz depende do respeito que uns participantes têm pelos outros no mesmo processo de trabalho, ou seja, '*respeito mútuo*' (7); o desrespeito é uma das fontes potenciais de divisão entre aqueles que desempenham papéis diferentes num determinado processo de trabalho; o respeito pelo trabalho dos outros encoraja os participantes a valorizar os contributos dos outros e considerar o impacto das suas ações sobre os outros, reforçando ainda mais a inclinação para agir no que diz respeito ao processo de trabalho global (Gittell, 2011).

### **Coordenação entre papéis e reforço mútuo**

Gittell (2012) sumaria os principais argumentos subjacentes à teoria da coordenação relacional nos seguintes termos: a coordenação do trabalho é mais efetiva através da comunicação frequente e de elevada qualidade e de relações entre os membros participantes, também de

elevada qualidade; Além disso, a teoria da coordenação relacional defende que as relações em que existe partilha de objetivos, comunicação de elevada qualidade e mútuo respeito suportam a comunicação frequente de elevada qualidade e vice-versa. Tal como modelado na **Figura 17**, estas três dimensões interrelacionam-se de modo a permitir que os participantes coordenem o seu trabalho de forma efetiva (Gittell, 2012).

Figura 17 – Reforço mútuo entre as dimensões da coordenação relacional



Fonte: adaptado de Gittell (2012, p. 22)

As relações de baixa qualidade têm o efeito oposto, o que prejudica a comunicação, dificultando a capacidade dos participantes para coordenar eficazmente o seu trabalho (Gittell, 2012). Por exemplo, quando os participantes não respeitam ou não se sentem respeitados pelos outros envolvidos no mesmo processo de trabalho, tendem a evitar a comunicação, e até mesmo o 'contato com os olhos', uns com os outros (Gittell, 2012). Os participantes que não compartilham um conjunto de metas superiores para o processo de trabalho são mais propensos a se envolver em 'jogos de culpa' em vez de resolverem os problemas uns com os outros, imediatamente à ocorrência dos problemas (Gittell, 2012). Finalmente, os participantes que não estão ligados entre si através de conhecimentos compartilhados do processo de trabalho são menos capazes de se envolver em comunicação oportuna com o outro, uma vez que não entendem o que os outros estão a fazer suficientemente bem para antecipar a urgência de comunicar a informação específica necessária (Gittell, 2012).



O alcance de coordenação depende da adoção de um conjunto de práticas que suportem o seu desenvolvimento (Gittell, 2011). Conforme teorizado por Gittell (2000), espera-se que as práticas organizacionais influenciem o nível de coordenação entre os participantes num processo de trabalho. Estas práticas incluem mecanismos de coordenação que regem o fluxos de informação nas organizações, quer programadas (e.g., sistemas de informação e rotinas estandardizadas), quer não-programadas (*'boundary spanners'* e reuniões de equipa) (Flinchbaugh et al., 2016; Gittell, 2002a): (1) as rotinas facilitam a ação coordenada prescrevendo as tarefas a serem executadas e a sequência para as realizar; (2) *'boundary spanners'*, também conhecidos por *'cross-functional liaisons'*, são indivíduos cuja função principal consiste na integração do trabalho de outras pessoas que atravessam as fronteiras funcionais, quer esse trabalho assuma a forma de um projeto, processo, produto ou a prestação de um serviço; e (3) as reuniões de equipa dão aos seus participantes a oportunidade de coordenarem as tarefas de forma direta uns com os outros, aumentando o desempenho dos processos de trabalho interdependentes, ao facilitar a interação entre os participantes, e são consideradas cada vez mais efetivas sob condições de elevada incerteza.

## **SÍNTESE CONCLUSIVA**

As abordagens mais tradicionais sobre gestão da mudança organizacional sugerem que as organizações não conseguem ser eficazes e alcançar bons resultados se estiverem constantemente envolvidas em processos de reestruturação, uma vez que as pessoas, para serem eficazes e melhorarem o seu desempenho, precisam de criar rotinas (Burnes, 2014; Todnem By, 2005). No entanto, as abordagens mais recentes defendem que é de vital importância que as organizações tenham a capacidade de se adaptar constantemente às mudanças contínuas que ocorrem na sua esfera de atuação, quer interna, quer externa (Cameron & Green, 2015; Ewenstein, Smith, & Sologar, 2015).

Neste capítulo, focámos a revisão de literatura nos desafios que se colocam em processos de reestruturação complexos (van der Voet, Kuipers, & Groeneveld, 2015) (como fusões e aquisições) em organizações, também elas complexas, como o são as organizações de serviços públicos (múltiplas unidades, divisões, departamentos, serviços, setores) (Czarniawska, 2007; Gingrich, 2015). Neste contexto, os desafios associados à gestão da mudança são particularmente evidentes se considerarmos toda a 'teia' de relações humanas que é necessário coordenar no processo de implementação da mudança, não só derivadas da

estrutura hierárquica complexa, como também das dinâmicas de poder instituídas (Maner & Mead, 2010; Mangham, 1986).

A implementação das mudanças, sejam elas planejadas ou emergentes, pode ser bem-sucedida ou falhar (Abatecola, 2013; Kotter, 2007). O sucesso de um processo de mudança dependerá da efetiva transição de um determinado estado, uma determinada forma de operacionalizar as práticas, para um 'novo estado' em que as novas práticas estejam já implementadas. Tal envolve enormes dificuldades, uma vez que implica a passagem de uma 'velha forma' para uma 'nova forma' de fazer as coisas (Bridges, 2003). A maior parte dos gestores e líderes envolvidos na mudança esquece as zonas neutras e o período inicial e concentram-se apenas no período final, ou seja, no resultado; ao tentarem começar com a fase final da transição, acabam por falhar na implementação da mudança (Bridges, 2003; Kotter, 2007).

No entanto, mesmo sendo reconhecido que, independentemente do tipo de estratégia adotada para a implementação da mudança, esta só será efetiva se for realizada com o envolvimento de todas as pessoas afetadas (Burnes, 1996; Klein, 1996; Morgan & Zeffane, 2003), muitas organizações parecem dar menos importância à gestão do 'lado humano da mudança' (Galpin, 1996). De acordo com Galpin (1996), durante os processos de mudança, as organizações tendem a focalizar a atenção nos aspectos técnicos, financeiros e operacionais, com pouca preocupação com o 'lado humano' do processo. Ou seja, tipicamente, as organizações, em vez de repensarem a sua abordagem de mudança antes da sua implementação (*second-order change*) mudam primeiro as suas estruturas e processos (*first-order change*) e, só posteriormente, analisam se os empregados se estão a adaptar à mudança, ou seja, se estão a adaptar as velhas práticas às novas circunstâncias (Myers, Hulks, & Wiggins, 2012; Senge, 2005).

Para que a mudança seja efetiva e bem-sucedida, os RH nela envolvidos terão que ser considerados centrais e adequadamente conduzidos no processo de transição, sendo ainda inquestionável a necessidade de gerir os fatores de resistência (normal) à mudança (Ford, Ford, & D'Amelio, 2008; Pynes, 2004). As pessoas precisam de ser envolvidas no processo de mudança logo nos primeiros estágios para que, acompanhando as tomadas de decisão implícitas na mudança, se sintam mais seguras e motivadas, devendo ser proporcionadas oportunidades aos empregados para participarem ativamente na iniciativa da mudança (Al-Haddad & Kotnour, 2015; Carnall, 2007). E isto porque a mudança envolve lidar com emoções e sentimentos de pessoas com diferentes personalidades, valores e crenças (Kiefer, 2005; Liu

& Perrewé, 2005; Steigenberger, 2015). Dessa forma, evidenciarão maiores níveis de satisfação, motivação, comprometimento e bem-estar psicológico, fundamental para garantir o envolvimento das pessoas com os propósitos da mudança (Cameron & Green, 2015; Fugate, 2012; Hayes, 2014). Considerar o papel das emoções nas transições organizacionais é importante não só na perspectiva dos comportamentos, mas também na perspectiva do bem-estar psicológico (Anderzén et al., 2015), uma vez que, como vimos, este se relaciona com o desempenho individual e organizacional (Peccei et al., 2013).

Zimmerman (1995) defende que os empregados deveriam ser sempre os principais ‘jogadores’ na facilitação, implementação e gestão para uma mudança efetiva, uma vez que acabam sempre por ser envolvidos. Nesse sentido, além da gestão da mudança ter que assentar numa abordagem pragmática, mais focalizada nas questões organizacionais, tais como os instrumentos, métodos e práticas, que traduzem os passos a seguir para que a mudança seja bem conseguida, deverá assentar, acima de tudo, numa abordagem que, apesar de ser mais teórica e filosófica, é essencial para que a mudança seja, de facto, efetiva e sustentável (Al-Haddad & Kotnour, 2015; Cummings & Worley, 2009; Myers et al., 2012; Senior & Swailes, 2010). Uma vez que a mudança implica novas formas de agir e de pensar, esta abordagem, assente em princípios de ‘desenvolvimento organizacional’ (Cummings & Worley, 2009; French & Bell, 1999) passa pela ‘aprendizagem organizacional’ (Argyris, 1960, 1977a, 1977b; Argyris & Schön, 1978, 1996; Senge, 1990, 2014). A mudança é assim vista como um processo de aprendizagem e não apenas como uma forma de introduzir alterações na estrutura e nos processos organizacionais (Altman & Iles, 1998; Dunphy & Stacey, 1993). As organizações devem desenvolver uma cultura de aprendizagem e incentivar todas as pessoas, em todos os níveis da organização, para essa aprendizagem (Garvin, 1993).

O propósito de envolvimento e o suporte necessário para a efetiva implementação da mudança podem ser alcançados quando a reconciliação e coordenação possibilitam autonomia relativa ao nível operacional e a diluição dos limites (*boundaries*) estabelecidos entre diferentes níveis hierárquicos e distintos domínios de práticas (Gittell, 2000a; Mørk et al., 2012). Nesse sentido, é desejável que as práticas organizacionais influenciem o nível de coordenação relacional observado entre os participantes num determinado processo de trabalho; estas práticas incluem mecanismos que determinam o fluxo de informação nas organizações, quer de forma programada (p.e., sistemas de informação e rotinas standardizadas) quer não programada (p.e., ‘*boundary spanners*’ e reuniões de equipa) (Gittell, 2000a, 2011, 2012). De acordo com a

teoria da coordenação relacional, a coordenação que ocorre através de comunicação frequente e de elevada qualidade suportada por uma teia de relações de objetivos e conhecimento partilhados e mútuo respeito permite a estas organizações atingirem os seus objetivos de forma mais concertada e efetiva (Gittell, 2006, citada em Gittell, 2012).

Os empregados tendem a ver as ações dos seus superiores hierárquicos como ações da própria organização e se estes não conseguirem envolver, comprometer e preparar as pessoas que lideram para se adaptar e aprender, certamente resistirão à mudança e os objetivos traçados não serão atingidos (Coyle-Shapiro & Kessler, 2000; Rousseau, 2004). A transparência na condução do processo de mudança, a capacidade de comunicação e de relacionamento com os seguidores são competências exigidas aos líderes da mudança, uma vez que tal determina quem será, de facto, considerado como líder, e não apenas um gestor de um processo de mudança (Hayes, 2014; Huy, 2002, 2011; McCalman & Paton, 2000; Oshry, 2007). Nesse sentido, a liderança transformacional, orientada para as relações, tem-se revelado mais efetiva em processos de mudança complexos devendo, no entanto, procurar-se um equilíbrio com os comportamentos de liderança transacional, esta mais orientada para as tarefas, para o alcance de elevados desempenhos, em termos de eficiência económica e eficiência social (Bass, 1985, 1990, 1999; Oliveira et al., 2014).

Os processos de gestão do desempenho humano, em geral, e a gestão das expectativas dos profissionais, em particular, desempenham um papel chave na construção de um contexto e clima organizacional favorável às trocas de elevada qualidade entre líderes (enquanto representantes da organização na definição das condições implícitas associadas à relação de emprego) e seguidores (LMX) (Truss et al., 1997). Neste contexto atual, e ainda pelo facto dos processos mais complexos de mudança envolverem múltiplos grupos de trabalho (van der Voet, Kuipers, & Groeneveld, 2015), a liderança LMX (Graen & Uhl-Bien, 1995) assume especial relevância na gestão da mudança pelo impacto que tem na (re)definição dos termos de troca e expectativas múltiplas implícitas nas relações de emprego, quer com os subordinados, quer com os supervisores (Bauer & Ergoden, 2015; Matta et al., 2015; Matzler, Bauer, & Mooradian, 2015; Wayne et al., 2009).

Através da liderança, *“um indivíduo influencia um grupo de indivíduos para atingir um objetivo comum”* (Northouse, 2015, p. 5), pelo que a relação entre o líder e os seus seguidores é indiscutivelmente crucial para uma gestão efetiva do desempenho destes (Burns & Otte, 1999; Dunegan, Uhl-Bien, & Duchon, 2002; Sims & Manz, 1996). A liderança é um constructo

multifacetado que envolve o líder, os seguidores e a relação diádica que ocorre entre os dois (Graen & Uhl-Bien, 1995; Hayes et al., 2015). A teoria da troca líder-membro (*LMX*) é uma abordagem de liderança baseada no relacionamento que incide sobre a relação bidirecional (díade) entre líderes e seguidores (Graen & Cashman, 1975; Graen & Uhl-Bien, 1995). O objetivo da teoria *LMX* é explicar os efeitos da liderança sobre os membros, equipas e organizações, sendo uma abordagem única que se focaliza na relação diádica entre líder e seguidor (Breevaart, Bakker, Demerouti, & van den Heuvel, 2015).

Nas recentes décadas, como vimos, as relações de emprego e as bases em que estas assentam, quer no setor público, quer no privado, sofreram profundas alterações (Anderson & Schalk, 1998; Conway et al., 2014; Guest, 2004; Rigoli & Dussault, 2003), o que acrescenta ainda maior complexidade ao papel dos gestores, enquanto líderes. Devem ser promovidos comportamentos de liderança *LMX* de ‘elevada qualidade’ que representam as relações de troca social (Wayne et al., 2009) e que, indo para além do contrato formal de trabalho e sendo baseadas na confiança, obrigações mútuas e mútuo respeito, têm efeitos positivos sobre os resultados dos empregados tais como a satisfação no trabalho, o envolvimento, o desempenho na função (*in-role performance*), comprometimento organizacional, comportamentos de cidadania organizacional, bem-estar psicológico e diminuição da propensão à saída (Buch, Kuvaas, Dysvik, & Schyns, 2014; Dulebohn et al., 2012; Ilies, Nahrgang, & Morgeson, 2007).

No próximo capítulo, revemos literatura adicional no sentido de compreender as dinâmicas subjacentes à coordenação relacional e à liderança (transacional, transformacional, *LMX*), em organizações complexas, como por exemplo, os hospitais universitários públicos. Estas organizações, pela sua complexidade e multidisciplinaridade, oferecem um contexto interessante para analisar qual a força das práticas de GRH que potencialmente contribuem para mitigar os fatores de resistência à mudança, e o papel fundamental e crítico que estes assumem na ancoragem de um contrato psicológico efetivo (Cassar & Buttigieg, 2015), que assegure um elevado desempenho humano e, conseqüentemente, organizacional, quer em termos de eficiência económica, quer eficiência social (Oliveira, Holland, & Filipe, 2017; Oliveira et al., 2014).

# CAPÍTULO III

## MODELOS DE ANÁLISE DE GESTÃO DO DESEMPENHO HUMANO EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS PÚBLICOS

Em consequência do que ocorreu no setor público em geral, a introdução das mudanças impostas pela Nova Gestão Pública (NGP) (Levy, 2010; Osborne & Brown, 2005; Osborne & Radnor, 2016) contribuiu para significativos constrangimentos, com impacto ao nível da eficiência económica e produtividade dos serviços prestados nos setores públicos da saúde (Dussault & Dubois, 2003; Rigoli & Dussault, 2003). Nomeadamente em Portugal (Barros & Simões, 2007), teve como resultado um maior rigor no controlo dos gastos através da racionalização de recursos, bem como do corte de despesas dispensáveis e/ou supérfluas (Harding & Preker, 2000; Kuipers et al., 2014).

Neste capítulo, analisamos criticamente a literatura sobre mudança de lógicas de gestão do desempenho em organizações de serviços públicos hospitalares e identificamos o contexto do estudo de caso. Procuramos compreender a necessidade de resposta simultânea a diferentes lógicas, analisando até que ponto esta exige que a gestão do desempenho humano se operacionalize nos diferentes níveis (i.e., macro, meso, micro) organizacionais. Para tal, identificamos e analisamos os principais desafios de reconciliação e coordenação com que se defrontam os gestores em hospitais universitários públicos. Mais ainda, refletimos sobre a importância do elevado desempenho dos profissionais de saúde para a excelência dos serviços hospitalares, uma vez que tem um impacto direto e imediato na prestação dos cuidados de saúde (Andersen, 2009; Cox, 2006) e, em última análise, sobre a saúde da população em geral (Chen et al., 2006).

Sabendo que o elevado desempenho dos profissionais de saúde é aquele que se obtém de modo responsável, justo e eficiente para alcançar os melhores resultados em saúde possíveis (Chen et al., 2006), procuramos melhor compreender o papel dos gestores para coordenar os recursos disponíveis e as circunstâncias em que o trabalho é executado. Nesse sentido, questionamos até que ponto a gestão do desempenho humano, numa perspetiva economicista e de resultados quantificáveis, apesar de ser importante e fundamental para o cumprimento dos objetivos organizacionais e institucionais, é suficiente para o alcance de elevado

desempenho organizacional e humano. Assim, para a reconciliação da eficiência económica com a eficiência social (Oliveira, Holland, & Filipe, 2017; Oliveira, Holland, Costa, & Lira de Carvalho, 2014), a satisfação dos utentes e o bem-estar psicológico dos profissionais são indicadores de desempenho importantes a serem considerados.

Ao trazermos esta discussão para o contexto de hospitais universitários públicos, colocamos em evidência a necessidade de um modelo relacional (Czarniawska, 2007; Gingrich, 2015) para a gestão do desempenho humano em ambientes como organizações complexas (i.e., múltiplas unidades, divisões, departamentos e serviços) e de reestruturação e fusão organizacional. Assim, tendo como referência as reestruturações no setor da saúde, para o nosso estudo de caso, modelamos os desafios de reconciliação de lógicas e práticas, desenvolvendo um “modelo de análise do papel do gestor para a gestão do contrato psicológico” em que identificamos antecedentes, mediadores/moderadores e resultados subjacentes à gestão do desempenho humano. Analisar as ligações entre a GRH e o desempenho humano, implica definir um “modelo de análise para o bem-estar psicológico através da liderança e da coordenação relacional” que permitirá enquadrar e explicar a dinâmica subjacente à coordenação relacional e à liderança como práticas efetivas de gestão do contrato psicológico, transversais aos diferentes níveis de lógicas, unidades, equipas e indivíduos, para explicar a qualidade da relação da troca líder-membro (LMX).

### **3.1. MUDANÇA DE LÓGICAS EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS PÚBLICOS E DESAFIOS DE GESTÃO**

#### **Lógicas da nova natureza da gestão pública hospitalar**

Nas últimas décadas, em resultado de pressões económicas, demográficas, epidemiológicas e políticas, os sistemas de saúde dos países europeus passaram por reiteradas reestruturações (Albreht et al., 2017; Bach, 2000; Boyle, 2011; Kroneman et al., 2016; Lopez-Casasnovas, Costa-Font, & Planas, 2005; Russell, Bennett, & Mills, 1999). Particularmente durante os anos 1990, acompanhando políticas económicas neoliberais, foram disseminadas, introduzindo-se mecanismos de mercado para aumento da concorrência em sistemas públicos de saúde reformas (Giovanella & Stegmüller, 2014). Nos mais diversos países, os resultados foram distintos, condicionados pelo legado institucional, tradições de intervenção estatal no setor da saúde, dinâmicas de distribuição de poder e valores na sociedade (e.g., Albreht et al., 2017;

Kroneman et al., 2016; Simões, Augusto, Fronteira, & Hernández-Quevedo, 2017). Atualmente, e em resultado da crise financeira de 2008 e a crise na Zona Euro, os países da União Europeia defrontam-se com importantes pressões financeiras sobre os seus sistemas universais de saúde (Giovannella & Stegmüller, 2014), seguindo os pressupostos subjacentes à NGP. As respostas políticas em vários países, tais como Portugal, Espanha e Grécia, envolveram cortes substanciais nos gastos com a saúde e suporte social (Brignall & Modell, 2000; IHI, 2005; Oliveira & Holland, 2013; Radnor, Holweg, & Waring, 2012; Schmitt, 2010).

No Reino Unido, o *National Health Service* (NHS), criado em 1948, de acesso universal com base na cidadania e financiamento fiscal, garante cobertura gratuita a toda a população, em estrutura tradicionalmente pública única e centralizada (Lopez-Casasnovas et al., 2005). Foi, todavia, descentralizado em 2004 para os quatro países do Reino Unido e os atuais NHS da Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte apresentam distintas peculiaridades (Boyle, 2011). Em Espanha, após longo período ditatorial, a Constituição promulgada em 1978 definiu o direito universal à saúde e, em 1986, foi criado o *Sistema Nacional de Salud*, de financiamento fiscal e acesso universal, descentralizado para as 17 Comunidades Autónomas (esfera estadual) (Lopez-Casasnovas et al., 2005). Em Portugal, também após o período ditatorial, em 1979, a Lei nº 56/79, de 15 de setembro, cria o Serviço Nacional de Saúde (SNS), no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, enquanto instrumento do Estado para assegurar o direito à proteção da saúde, nos termos da Constituição. Tratando-se de *“uma rede de instituições e serviços prestadores de cuidados globais de saúde a toda a população, financiada através de impostos, em que o Estado salvaguarda o direito à proteção da saúde”* (Fonte: Serviço Nacional de Saúde, <https://www.sns.gov.pt/>),

O SNS envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social. O diploma [Lei nº 56/79 de 15 de setembro] define que o acesso é gratuito, mas contempla a possibilidade de criação de taxas moderadoras, a fim de racionalizar a utilização das prestações. O diploma estabelece ainda que o SNS goza de autonomia administrativa e financeira e estrutura-se numa organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos centrais, regionais e locais e dispondo de serviços prestadores de cuidados de saúde primários (centros comunitários de saúde) e de serviços prestadores de cuidados diferenciados (hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas). (Fonte: Serviço Nacional de Saúde, <https://www.sns.gov.pt/>)

Em 1982, o Decreto-Lei nº 357/82, de 6 de setembro, concede ao SNS autonomia administrativa e financeira:



Considerando que a gestão dos recursos financeiros afetos ao setor da saúde exige coordenação e distribuição adequada e, simultaneamente, agilidade nos processos de atuação, entende-se que o SNS, como suporte de todas as atividades do setor, deve ser dotado de autonomia administrativa e financeira. O Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde fica incumbido de gerir as verbas que lhe são globalmente atribuídas. (Fonte: Serviço Nacional de Saúde, <https://www.sns.gov.pt/>)

Por outro lado, o Decreto-Lei nº 254/82, de 29 de junho, cria as Administrações Regionais de cuidados de Saúde (ARS), que sucedem às administrações distritais dos serviços de saúde.

Em 1988, o Decreto-Lei nº 19/88, de 21 de janeiro, aprova a lei de gestão hospitalar, traduzindo as preocupações decorrentes do aumento do peso das despesas de saúde no orçamento do Estado:

Enfatiza-se a necessidade da introdução de princípios de natureza empresarial, no quadro da integração da atividade hospitalar na economia do país. E se a qualidade é o princípio maior da gestão hospitalar, a rentabilidade dos serviços torna-se um valor de peso na administração. São disso exemplo a criação de planos anuais e plurianuais para os hospitais e a criação de centros de responsabilidade como níveis intermédios da administração. (Fonte: Serviço Nacional de Saúde, <https://www.sns.gov.pt/>)

Na sequência, o Decreto Regulamentar nº 3/88, de 22 de janeiro, vem introduzir alterações substanciais no domínio dos órgãos e do funcionamento global do hospital, bem como quanto à estrutura dos serviços:

À semelhança do que decorre nos restantes países europeus, são reforçadas as competências dos órgãos de gestão, são abandonadas as direções de tipo colegial, os titulares dos órgãos de gestão passam a ser designados pela tutela, desenha-se o perfil de gestor para o exercício da função de chefe executivo, são introduzidos métodos de gestão empresarial e são reforçados e multiplicados os controlos de natureza tutelar. (Fonte: Serviço Nacional de Saúde, <https://www.sns.gov.pt/>)

Em 1998, o Decreto-Lei nº 97/98, de 18 de abril, estabelece o regime de celebração das convenções a que se refere a base XLI da Lei nº 48/90, de 24 de agosto – Lei de Bases da Saúde.

Este regime vigorou até 2013:

Na senda da procura de soluções inovadoras que permitam identificar ganhos em saúde e aumentar a satisfação dos utilizadores e dos profissionais, nasce, no mesmo ano, o regime remuneratório experimental dos médicos da carreira de clínica geral, por via do Decreto-Lei nº 117/98, de 5 de maio. Procura-se consolidar e expandir as reformas da organização da prestação dos cuidados, através do adequado e justo reconhecimento dos diferentes níveis, qualitativos e quantitativos, do desempenho dos profissionais de saúde. A remuneração dos médicos abrangidos por este diploma integra uma remuneração base e componentes variáveis. Estas correspondem à realização de cuidados domiciliários, ao alargamento do período de cobertura assistencial e à realização das atividades de vigilância em relação aos grupos vulneráveis correspondentes à gravidez e puerpério, criança no primeiro ano de vida e planeamento familiar na mulher em idade fértil. (Fonte: Serviço Nacional de Saúde, <https://www.sns.gov.pt/>)

Em 1998 (ao abrigo do XIII Governo Constitucional), deu-se início à empresarialização da gestão hospitalar. Esta reestruturação, reforçou o impacto da NGP sobre as políticas de governação e gestão das unidades hospitalares ao impôr novos critérios e lógicas de gestão do desempenho organizacional e iniciou o debate sobre as funções do Estado e sobre os seus modelos de administração; influenciou ainda a discussão do modelo e do regime jurídico do hospital público. A nova natureza de gestão hospitalar,

Exige a utilização de instrumentos, técnicas e métodos flexíveis e ágeis, próprios de uma gestão de tipo empresarial, a que os hospitais devem obedecer para a otimização da sua atividade, conforme determinado já na Lei de Bases da Saúde, que igualmente previu a realização de experiências inovadoras de gestão. (Decreto-Lei nº 151/98 de 5 de junho).

Em 1999, o Decreto-Lei nº 374/99, de 18 de setembro, cria os Centros de Responsabilidade Integrados (CRI) nos hospitais do SNS:

Os CRI constituem estruturas orgânicas de gestão intermédia, agrupando serviços e/ou unidades funcionais homogéneos. A desconcentração da tomada de decisão, do planeamento e do controlo dos recursos visa introduzir a componente empresarial na gestão destas unidades. O objetivo consiste em aumentar a eficiência e melhorar a acessibilidade, mediante um maior envolvimento e responsabilização dos profissionais pela gestão dos recursos postos à sua disposição. (Fonte: Serviço Nacional de Saúde, <https://www.sns.gov.pt/>)

A 11 de setembro do mesmo ano é publicado o Despacho Normativo nº 61/99, que cria as agências de contratualização dos serviços de saúde:

Estas agências sucedem às agências de acompanhamento dos serviços de saúde, criadas pelo Despacho Normativo nº 46/97, vincando a distinção entre prestação e financiamento dos cuidados de saúde. Às agências de contratualização cabe explicitar as necessidades de saúde e defender os interesses dos cidadãos e da sociedade, com vista a assegurar a melhor utilização dos recursos públicos para a saúde e a máxima eficiência e equidade nos cuidados de saúde a prestar. (Fonte: Serviço Nacional de Saúde, <https://www.sns.gov.pt/>)

Com o novo paradigma de gestão procura-se propiciar *“aumento de eficiência com redução de custos unitários das prestações de cuidados de saúde”* (Decreto-Lei nº 151/98 de 5 de junho):

[A lógica institucional anterior que] determinava a sujeição dos hospitais às normas convencionais da Administração Pública, pensadas para o desempenho de funções de tipo administrativo, revela[va]-se incompatível com a verdadeira natureza dos hospitais, ou seja, com a sua natureza de estabelecimentos de carácter social, orientados e abertos para o público e para a prestação de cuidados diferenciados de saúde. (Decreto-Lei nº 151/98 de 5 de junho)

Em 2002, com a aprovação do novo regime de gestão hospitalar, pela Lei nº 27/2002, de 8 de novembro, introduzem-se modificações profundas na Lei de Bases da Saúde. Acompanhando a tendência europeia para atribuir maior autonomia e responsabilização aos hospitais, incentivando uma gestão empresarial e a inovação na prestação de cuidados, o Governo

português transformou 34 hospitais do SNS em 31 Hospitais Sociedades Anónimas (SA) (Valente, 2010). Dessa forma,

Acolhe-se e define-se um novo modelo de gestão hospitalar, aplicável aos estabelecimentos hospitalares que integram a rede de prestação de cuidados de saúde e dá-se expressão institucional a modelos de gestão de tipo empresarial (EPE). O Decreto-Lei nº 39/2002, de 26 de fevereiro, já havia aprovado nova forma de designação dos órgãos de direção técnica dos estabelecimentos hospitalares e alterado a composição dos conselhos técnicos dos hospitais e flexibilizado a contratação de bens e serviços pelos hospitais. (Fonte: Serviço Nacional de Saúde, <https://www.sns.gov.pt/>)

Em 2003, nasce a Entidade Reguladora da Saúde, por via do Decreto-Lei nº 309/2003, de 10 de dezembro: *“traduz-se, desta maneira, a separação da função do Estado como regulador e supervisor, em relação às suas funções de operador e de financiador”* (Serviço Nacional de Saúde, <https://www.sns.gov.pt/>).

Em 2004, foram publicados os diplomas legais (Lei nº 10/2004, de 22 de março e do Decreto Regulamentar nº 19-A/2004, de 14 de maio) que regulamentam o Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho da Administração Pública (SIADAP). Referindo-se a estes diplomas, Carrilho, Conceição e Oliveira (2007) referem-se à complexidade do processo de avaliação de desempenho dos médicos:

A manifesta complexidade do processo de avaliação do desempenho prende-se com o facto de este último se tratar de um conceito multidimensional e que compreende, entre outros, conhecimento (o saber), competência (o saber como fazer e o mostrar como fazer), estado de saúde e motivações individuais, capacidade de comunicação (com colegas e doentes), colaboração (trabalho de equipa) e outros factores condicionados pela organização e sistema de saúde. (p. 42)

Em 2005, com a publicação do Decreto-Lei nº 95/2005, de 7 de junho, verificou-se uma nova mudança no estatuto dos hospitais públicos,

Surgindo os primeiros Hospitais EPE, transformando os Hospitais SA (Sociedade Anónima) em Empresas Públicas do Estado e dotando-os de mais instrumentos para promoverem a eficácia e eficiência dos recursos do SNS. Esta reorientação do modelo de gestão redefiniu o conceito de empresa pública com o objetivo de fazer convergir o regime jurídico das entidades públicas empresariais com o paradigma jurídico-privado das sociedades anónimas. (Fonte: Serviço Nacional de Saúde, <https://www.sns.gov.pt/>)

Atualmente, e em resultado da crise financeira de 2008 e a crise na Zona Euro, os países da União Europeia defrontam-se com importantes pressões financeiras sobre os seus sistemas universais de saúde (Giovanella & Stegmüller, 2014). Na prática, impôs-se uma lógica institucional mais restritiva para a gestão do desempenho das organizações públicas de saúde, necessidade de ainda maiores níveis de produtividade e eficiência económica. Em resultado,

desde 2011, em Portugal, assistiu-se a novas reestruturações hospitalares, com a criação de grandes centros hospitalares (através da fusão de várias unidades hospitalares que, até então, tinham autonomia administrativa), com impacto nas práticas de gestão do desempenho humano (Oliveira et al., 2014).

O Decreto-Lei nº 30/2011 de 2 de março, determina que:

A fusão dos hospitais [...] pretende melhorar continuamente a prestação de cuidados de saúde, garantindo às populações qualidade e diversificação da oferta, universalizar o acesso e o aumento da eficiência dos serviços. Para o efeito, entre outras consequências, a criação de todos esses centros hospitalares reduz a estrutura orgânica, administrativa e funcional das unidades de saúde envolvidas, reduzindo em mais de metade as estruturas de gestão e o número de gestores afetos a estas unidades de saúde, e introduz mecanismos para uma organização integrada e conjunta que tornam mais eficiente a gestão hospitalar das unidades de saúde envolvidas.

No Decreto-Lei pode ainda ler-se que:

A criação dos centros hospitalares vem, igualmente, acentuar a importância do ensino universitário e da investigação científica desenvolvida em algumas das unidades de saúde visadas, potenciando a aposta na colaboração e na coordenação com as instituições de ensino da área de influência das unidades de saúde que lhes deram origem, promovendo o seu desenvolvimento, nos termos da legislação aplicável aos hospitais com ensino universitário.

Com a publicação deste diploma, os funcionários com contratos de emprego público foram transferidos para os novos centros hospitalares. Os trabalhadores ficaram sujeitos às regras de RH dos hospitais públicos com gestão empresarial e às regras gerais de mobilidade e racionalização de efetivos em vigor na administração pública.

Ainda em 2011, a Portaria nº 209/2011, de 25 de maio, procede à adaptação do Subsistema de Avaliação de Desempenho dos Trabalhadores da Administração Pública (SIADAP 3) a trabalhadores integrados na carreira especial médica, instituída pelo Decreto-Lei nº 177/2009, de 4 de agosto.

Com o advento da utilização generalizada de dados informatizados, a Lei nº 5/2012, de 23 de janeiro,

Vem regular os requisitos de tratamento de dados pessoais para constituição de ficheiros de âmbito nacional, contendo dados de saúde, com recurso a tecnologias de informação e no quadro do SNS. Em maio deste ano [2012], arranca o novo Portal do Utente, integrado no projeto PDS – Plataforma de Dados da Saúde, desenvolvido pela CIC – Comissão para Informatização Clínica e pela SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, que permite registos de saúde feitos pelo utente e o recurso a serviços *online* já existentes e a disponibilizar, como marcação de consultas (eAgenda) ou confirmação de cirurgias (SIGIC). (Fonte: Serviço Nacional de Saúde, <https://www.sns.gov.pt/>)

Em 2013, o Aviso nº 7161/2013 de 30 de maio, do Ministério das Finanças, Direção-Geral da Administração e do Emprego Público, estabelece um acordo coletivo de trabalho para adaptação do SIADAP 3 aos trabalhadores integrados na carreira especial médica.

### **Domínios de práticas, confrontos múltiplos e relações de trabalho**

Qualquer mudança (ou inovação) e a necessidade de equilíbrio e conciliação de diferentes prioridades e lógicas que daí advém, implica não só a alteração de práticas como o confronto e a articulação entre as práticas existentes, “*desafiando e destabilizando as fronteiras estabelecidas nas organizações*”<sup>75</sup> (Mørk, Hoholm, Maaninen-Olsson, & Aanestad, 2012, p. 267). Mais ainda, Mørk e seus colegas (2012) referem que ‘*a inovação nas práticas implica novidade*’ (ibid., p. 268), daí que, muitas vezes, os diversos domínios de práticas não estão alinhados. Isto conduz a obstáculos à inovação e resulta na necessidade de mudança de práticas para que aqueles sejam solucionados (Bucciarelli, 2015), nomeadamente, as que resultam dos limites de atuação de diferentes profissionais, que executam o seu trabalho de acordo com lógicas distintas e em diferentes domínios de práticas (Oliveira, Holland, & Filipe, 2017; Oliveira et al., 2014). De acordo com Mørk e colegas (2012), e tal como identificado no **Quadro 15**, existem quatro domínios de práticas em hospitais universitários públicos: clínico, científico, tecnológico e político-de gestão.

Quadro 15 – Domínios de práticas em hospitais universitários públicos

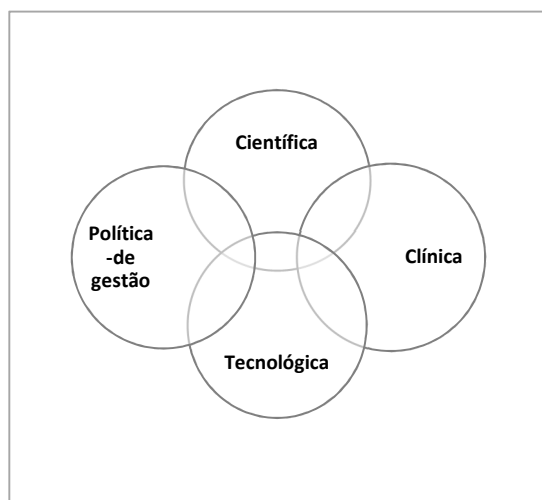
Domínios	Descrição
Clínico	Práticas relacionadas com as atividades quotidianas vivenciadas nas organizações de saúde por diferentes grupos de profissionais clínicos e não clínicos para a implementação do ato clínico; do primeiro, fazem parte os intervenientes no processo de decisão do ato clínico (médicos, enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica); os não clínicos são os administrativos e os auxiliares, que apoiam na implementação do ato clínico.
Científico	Práticas de desenvolvimento de novos conhecimentos científicos; como as inovações surgem frequentemente no contexto de uso das práticas, é um desafio distinguir a investigação científica de uma situação de domínio clínico.
Tecnológico	Práticas de profissionais da indústria em que estes desenvolvem novas tecnologias, produtos e serviços, muitas vezes em estreita colaboração com profissionais da saúde.
Político-de gestão	Práticas envolvidas na produção de políticas de gestão para as outras três práticas (i.e., clínicas, científicas e tecnológicas).

Fonte: adaptado de Mørk et al. (2012)

<sup>75</sup> Tradução livre de: “challenging and destabilizing established boundaries in organizations” (Mørk, Hoholm, Maaninen-Olsson, & Aanestad, 2012, p. 267).

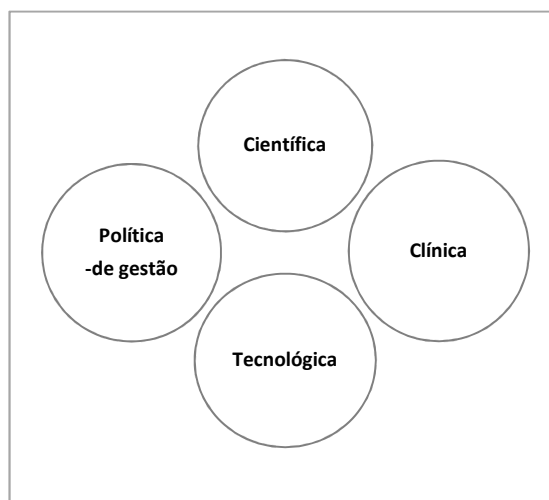
A existência de múltiplos domínios de práticas e a relação que deve ser estabelecida entre eles, tal como modelado na **Figura 18** e na **Figura 19**, coloca grandes desafios de conciliação, quer entre práticas diferentes (confrontos inter-práticas: clínica/científica, clínica/tecnológica, clínica/política-de gestão, científica/tecnológica, científica/política-de gestão, tecnológica/política-de gestão), quer dentro das próprias práticas (confrontos intra-práticas: clínica, científica, tecnológica, política-de gestão).

Figura 18 – Confrontos inter-práticas



Fonte: elaboração própria

Figura 19 – Confrontos intra-práticas



Fonte: elaboração própria

Os gestores públicos foram e continuam a ser desafiados a encontrar novas e inovadoras formas de alcançar os resultados objetivados e a desenvolver estratégias alternativas para se ajustarem às pressões da gestão operacional (lógica operacional) e às mudanças de lógicas institucionais e organizacionais (Denhardt & Denhardt, 2000; Osborne & Brown, 2005; Osborne & Radnor, 2016). As mudanças na forma de gerir as organizações públicas (mudança de práticas), colocaram novas exigências quanto às competências necessárias para gerir a mudança e a inovação no setor público (Borins, 2002; Brookes, 2011; Bucciarelli, 2015; Denis & van Gestel, 2016). Além da redefinição das estruturas organizacionais e da criação de novas unidades e serviços, as reformas implicaram ainda a reconfiguração da rede de relações, da composição das equipas de trabalho e das dinâmicas de poder (Ehrenhalt, 2012; Fraser, Encinosa, & Glied, 2008). Por exemplo, tendo sido introduzida, formalmente, a gestão intermédia, novas responsabilidades de gestão e funções com explícita definição do nível de exigência foram atribuídas aos gestores de topo, intermédios e de linha (Oliveira et al., 2014;

Oliveira, Raposo, Holland, & Lira de Carvalho, 2017), o que trouxe desafios adicionais de conciliação de diferentes domínios de práticas. Seguindo as diretivas estratégicas da gestão de topo e da própria função de GRH, os gestores intermédios e os de primeira-linha têm um papel determinante na implementação da mudança a nível operacional e deles, em particular, depende a eficácia da mesma (Al-Haddad & Kotnour, 2015; Hayes, 2014). Nestes processos serão os gestores intermédios os veículos condutores da nova estratégia organizacional aos níveis de linha inferiores, pelo que é na interface (Raes, Heijltjes, Glunk, & Roe, 2011) entre a equipa de gestão de topo e os gestores intermédios que se encontram os maiores desafios em termos de implementação da nova estratégia organizacional.

Num contexto de reformulação contínua dos serviços, verifica-se que a melhoria da produtividade e dos resultados para os pacientes são fortemente influenciados pelos gestores, médicos e não-médicos (Andreasson, Eriksson, & Dellve, 2016). No entanto, o seu papel é, inegavelmente, desafiador e complexo (Denis & van Gestel, 2016). As reestruturações trouxeram a estes gestores importantes desafios e tensões de gestão, particularmente de gestão do desempenho humano (van Dooren, Bouckaert, & Halligan, 2015), devido à exigência de prestar um serviço eficiente, eficaz e efetivo, sob um controlo apertado de despesas públicas e a necessidade de responder às crescentes necessidades e exigências dos utentes (Lawton, 1998; Weiszbrod, 2015). Estas exigências, potencialmente paradoxais, poderão manifestar-se em ambiguidade em termos de objetivos, responsabilidades, funções e mesmo relacionamentos (Lawton, 1998). De acordo com este autor, é inevitável que tal ambiguidade exista, dadas as tensões que esses gestores enfrentam, nomeadamente: (1) entre a necessidade de controlo e a necessidade de discricção; (2) da gestão das necessidades de diferentes *'stakeholders'*; (3) das circunstâncias em mudança e, ao mesmo tempo, manter os padrões existentes expressos em termos de responsabilização, honestidade, integridade e dever; (4) da gestão das tarefas do dia-a-dia e a manutenção de um sentido de integridade própria.

Assim, por exemplo, um médico poderá ter que conciliar a sua prática clínica com a de investigação (i.e., prática científica) e, em alguns casos, com a prática política-de gestão se, em acréscimo, tiver responsabilidades de gestão (Denis & van Gestel, 2016; Oliveira, Raposo, Holland, & Lira de Carvalho, 2017). Estes novos papéis de gestão implicam a combinação de conhecimentos profissionais com conhecimentos de gestão. Esta articulação é identificada na literatura (McGivern, Currie, Ferlie, Fitzgerald, & Waring, 2015; Spyridonidis, Hendy, & Barlow,

2015) como 'gestão híbrida'. Devido às tensões e conflitos percebidos entre os valores clínicos e as prioridades de gestão do desempenho (Orvik & Axelsson, 2012), nomeadamente no que se relaciona com o paradoxo entre gerir, quer para a eficiência económica, quer para a eficiência social (Oliveira et al., 2014), a mudança de práticas reflete-se em grandes desafios de reconciliação e coordenação da função de gestão com a função clínica (Mahon & Young, 2006; McCann, Granter, Hassard, & Hyde, 2015; Oliveira, Raposo, Holland, & Lira de Carvalho, 2017). Mais ainda, dentro da prática clínica existem divisões motivadas pela existência de diferentes classes profissionais o que implica multidisciplinaridade de relacionamentos (p.e., médicos e enfermeiros ou farmacêuticos e médicos). Com o surgimento de novas profissões, especialidades e ocupações, esta distintividade tornou-se ainda mais proeminente nas décadas recentes (Denis & van Gestel, 2016; Dubois & Singh, 2009). A interdisciplinariedade existente dentro das equipas de trabalho traz ainda mais complexidade ao processo de reconciliação intra-práticas (Flinchbaugh et al., 2016; Oliveira et al., 2014). A existência de equipas multidisciplinares e grupos de profissionais com diferentes trajetórias, graduações, qualificações, conhecimentos, competências e experiências (Dubois & Singh, 2009; Ridder, Baluch, & Piening, 2012), oferece à gestão destas organizações desafios adicionais de liderança (Taplin, Foster, & Shortell, 2013) e de coordenação relacional (Gittell, 2002a, 2009; Gittell, Godfrey, & Thistlethwaite, 2013). Por exemplo, no que se relaciona com a prática clínica, no processo de prestação de cuidados a um paciente (Gittell, 2011, 2012), encontramos a interpelação entre os seguintes diferentes intervenientes: gestores do caso clínico, médicos, assistentes de médicos, enfermeiros, assistentes de enfermeiros, assistentes sociais, técnicos e terapeutas. O trabalho destes profissionais é organizado em equipas cuja atividade tem que ser coordenada para alcançar os objetivos definidos e o desempenho desejado, o que representa desafios especiais para a direção, a organização e a coordenação do trabalho, conforme evidenciado em vários trabalhos (e.g., Gittell, 2009, 2011, 2012; Gittell, Seidner, & Wimbush, 2010; Gittell, Beswick, Goldmann, & Wallack, 2015; Gittell, Weinberg, Pfefferle, & Bishop, 2008).

Nos 'confrontos múltiplos' inter-práticas e intra-práticas, as diferentes lógicas devem ser compatibilizadas. Perante a incompatibilização surgem eventuais conflitos de gestão que precisam de ser solucionados, tal como modelado na **Figura 20**, através de reconciliação e coordenação (Mørk et al., 2012; Oliveira et al., 2014).



Figura 20 – Lógicas, práticas e desafios de reconciliação e coordenação



Fonte: adaptado de Mørk et al. (2012) e Oliveira et al. (2014)

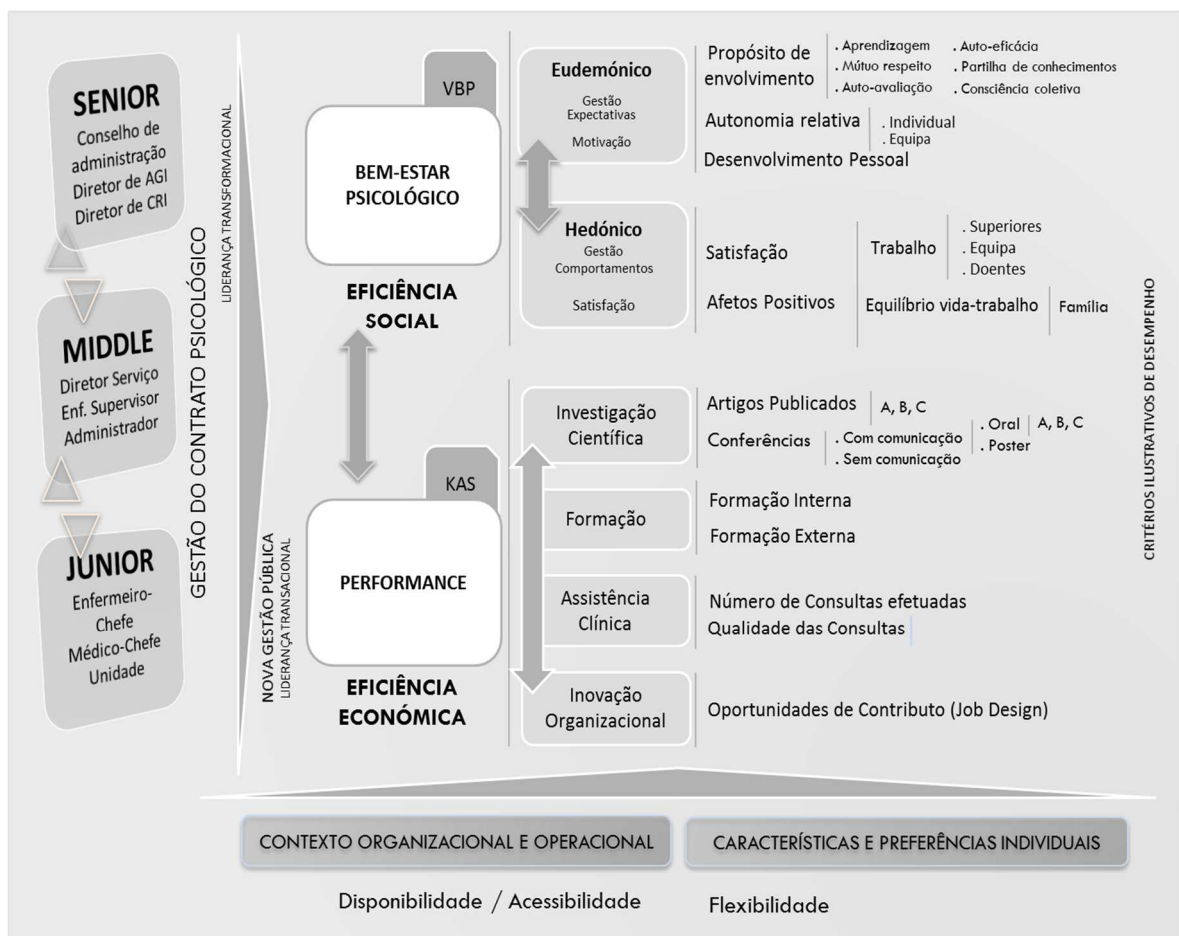
### **Contrato psicológico e elevado desempenho em hospitais públicos**

Há mais de vinte anos que tem vindo a ser sugerido (Rousseau, 1995) que as práticas de GRH em uso nas organizações, por exemplo durante o processo de recrutamento ou nas avaliações de desempenho, enviam fortes mensagens aos indivíduos sobre o que a organização espera deles e o que podem esperar em retorno (Nishii, Lepak, & Schneider, 2008), sendo esta perspetiva particularmente útil para explicar a relação entre a GRH e o desempenho organizacional. Guest e Conway (2002) propõem um modelo que estabelece a relação entre as práticas de GRH, o contrato psicológico e as atitudes e comportamentos dos empregados, identificando as causas e as consequências do cumprimento e do não cumprimento do contrato psicológico. Assim, já há muito tempo, o contrato psicológico constitui uma ligação chave uma vez que se focaliza na perceção dos empregados sobre as práticas de GRH que têm um impacto sobre as suas atitudes e comportamentos. Estas atitudes e comportamentos são influenciados por fatores contextuais, tais como as características individuais e organizacionais, assim como pelas políticas relacionadas com o suporte organizacional, controlo e mudança. Os autores referem-se ao ‘estado’ do contrato psicológico que é visto através das ‘lentes’ da justiça, confiança e ‘cumprimento do acordo’, *delivery of the deal*. Quando o contrato é positivo, em que as expectativas são satisfeitas e as promessas são cumpridas, resulta em maior comprometimento, satisfação e motivação do empregado que, por sua vez, terá um impacto

positivo sobre os seus comportamentos e desempenho; no entanto, quando o contrato psicológico é quebrado ou violado, o comprometimento e a motivação dos empregados serão afetados, resultando em comportamentos negativos, como a redução de comportamentos discricionários, absentismo ou resignação.

No contexto da NGP e em hospitais universitários públicos, tendo como referência central os conceitos de eficiência económica e eficiência social, Oliveira e seus colegas (2014) apresentaram um modelo conceptual, modelado na **Figura 21**, em que distinguem diferentes níveis de gestão (i.e., *senior, middle e junior*) e dois grupos principais de critérios de desempenho humano relevantes para um contrato psicológico efetivo: uns relacionados com a *performance* (i.e., eficiência económica) e outros com o bem-estar psicológico (i.e., eficiência social).

Figura 21 – Elevado desempenho e bem-estar psicológico em hospitais



Fonte: Oliveira et al. (2014). Reproduzido com autorização dos autores.

A eficiência económica, enquanto gestão transaccional (Bass, 1990) foi associada (Oliveira et al., 2014) a indicadores de *performance*, em termos de conhecimentos, capacidades e competências (abordagem *KAS – Knowledge, Abilities, and Skills*) relativamente à produtividade através das subdimensões: investigação (artigos publicados e apresentações em conferências); formação (interna e externa); assistência clínica (número e qualidade das consultas); e inovação organizacional (oportunidade de contributo para o desenho da função). A eficiência social, enquanto gestão transformacional (Bass, 1990) foi associada ao bem-estar psicológico, em termos de valores, crenças e personalidade (abordagem *VBP – Values, Beliefs, and Personality*) através das subdimensões eudemónicas e hedónicas. As eudemónicas referem-se ao envolvimento (relativamente à aprendizagem, respeito, autoaceitação, autoeficácia e autoeficiência, partilha de conhecimentos e consciência coletiva), à autonomia relativa ao nível individual e de equipa e ao desenvolvimento pessoal. As hedónicas referem-se à satisfação dos utentes e profissionais, aos afetos positivos e ao equilíbrio vida-trabalho dos profissionais.

A efetiva reconciliação da eficiência económica com a eficiência social traduz-se na obtenção de um elevado desempenho humano em termos de bem-estar psicológico, pelo que a gestão de conhecimentos, competências e capacidades (valor explícito) não pode ser dissociada dos processos de gestão de valores, crenças e personalidade (valor implícito) (Oliveira & Holland, 2007, 2012; Oliveira et al., 2014). Ambos os valores explícitos e implícitos são essenciais para o desenvolvimento de atitudes desejáveis para a organização (e.g., a satisfação no trabalho, a moral, a motivação e a confiança na gestão) e para despoletar comportamentos também desejáveis (e.g., comportamentos discricionários, comportamentos de cidadania organizacional, envolvimento) e evitar comportamentos indesejáveis (e.g., comportamentos de trabalho contraproduativos, falta de assiduidade e pontualidade e intenções de saída) (Hutchinson, 2013; Oliveira & Holland, 2007; Safdar, 2011; Rayton & Yalabik, 2014; Wright, McMahan, & McWilliams, 1994). Há mais de meio século que se tem demonstrado (e.g., Allen & Meyer, 1990; Becker, 1960; Buchanan, 1974; Mathieu & Zajac, 1990; Mowday, Steers, & Porter, 1979; Newstrom & Davis, 2002; Ostroff, 1992) que trabalhadores com elevado nível de satisfação, motivação, comprometimento, têm taxas de rotação baixa, fraco absentismo e desempenhos superiores, em termos de produtividade. Outros estudos (e.g., Harter, Schmidt, & Hayes, 2002; Harter, Schmidt, Killham, & Agrawal, 2009; Markos & Sridevi, 2010; Rayton & Yalabik, 2014) apresentam evidência empírica de que o envolvimento e o bem-estar psicológico

dos empregados se relacionam positivamente com o seu comprometimento e, conseqüentemente, com o seu desempenho (desempenho humano). Numa tentativa de contribuir para melhor explicar o processo subjacente a tal ligação, avançamos com um modelo de análise sobre o papel do gestor hospitalar como coordenador relacional, mais do que coordenador estrutural, para a obtenção de desempenhos objetivos.

### **3.2. DESAFIOS DE RECONCILIAÇÃO: LIDERANÇA E COORDENAÇÃO RELACIONAL**

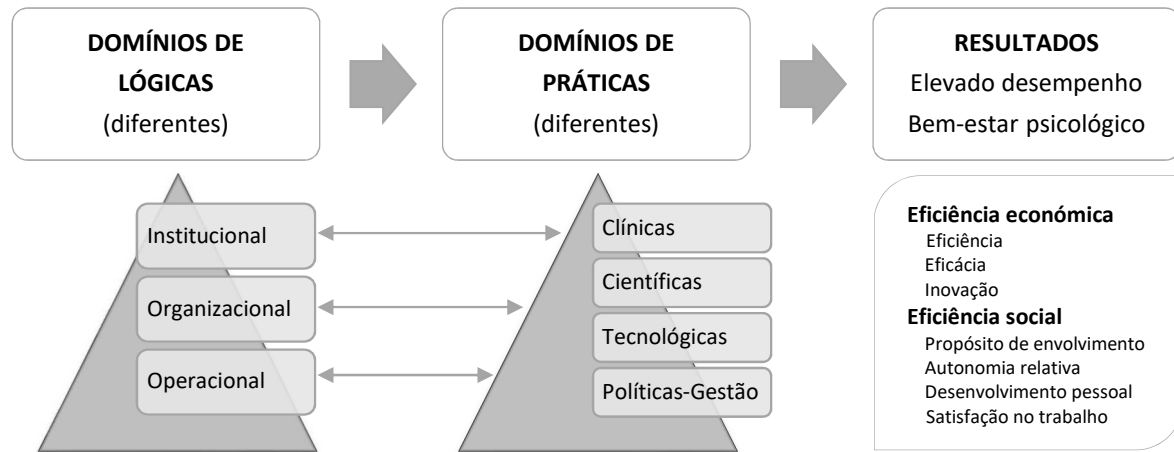
#### **Desafios de reconciliação de lógicas, práticas e resultados em hospitais**

Um dos aspetos que está subjacente ao papel dos gestores, em sentido lato, é o balanceamento dos interesses, por vezes conflitantes, de vários *'stakeholders'* (Lawton, 1998). No setor da saúde, tal inclui não apenas outros gestores e profissionais de saúde, mas também os pacientes, a comunidade local e o público em geral, quer do ponto de vista estratégico, quer operacional (Mahon & Young, 2006; Rigoli & Dussault, 2003). São estes gestores que têm que implementar as estratégias definidas a nível institucional e organizacional e, conseqüentemente, fazer as melhores escolhas entre os recursos disponíveis, quer financeiros, quer humanos (Andreasson, Eriksson, & Dellve, 2016; McAlearney, 2006). As necessidades dos múltiplos *stakeholders* internos (i.e., pacientes, outros gestores e profissionais de saúde) e externos (i.e., comunidade local e público em geral) e as prioridades institucionais e organizacionais, muitas vezes conflitantes (Oliveira et al., 2014), criam para os gestores desafios constantes, particularmente os de nível operacional (Denis & van Gestel, 2016; Oliveira, Raposo, Holland, & Lira de Carvalho, 2017).

O presente trabalho, tal como representado na **Figura 22**, procura melhor compreender a importância da gestão do contrato psicológico em contexto de mudança e em que são cada vez mais acentuados os desafios de reconciliação de diferentes lógicas vivenciados pelos gestores, quer clínicos, quer não-clínicos. Neste contexto, consideramos como indicadores de elevado desempenho organizacional, a eficiência, a eficácia e a inovação; a eficiência social refere-se ao bem-estar psicológico eudemónico – propósito de envolvimento, autonomia relativa e desenvolvimento pessoal – e ao bem-estar psicológico hedónico – satisfação no trabalho. Na base do modelo apresentado por Oliveira e seus colegas (2014), defendemos que a gestão do desempenho humano, só por si, e numa perspetiva economicista e transaccional de eficiência económica e resultados quantificáveis, apesar de ser importante e fundamental para o

cumprimento dos objetivos organizacionais, não é suficiente, se o seu alcance for à custa do bem-estar psicológico dos profissionais e não for de encontro às suas expectativas (i.e., estado do contrato psicológico).

Figura 22 – Mudança de lógicas, práticas e resultados



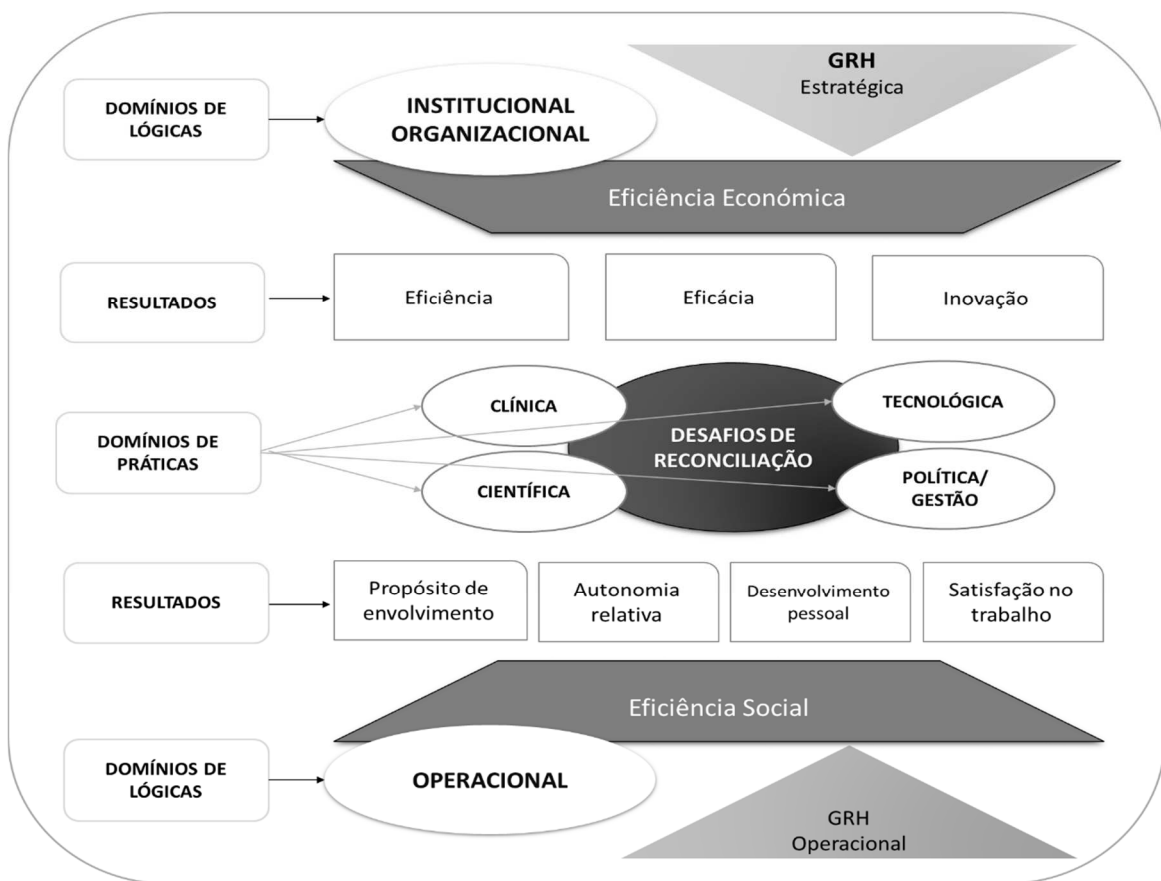
Fonte: adaptado de Mørk et al. (2012) e Oliveira et al. (2014)

No contexto de austeridade e mudança de lógicas de gestão do desempenho em hospitais universitários públicos, esquematizamos na **Figura 23** estes desafios, colocando em evidência as diferentes lógicas de gestão (i.e., institucional, organizacional e operacional), os domínios de práticas (i.e., clínico, científico, tecnológico e político-de gestão), bem como os indicadores de desempenho prioritários para a GRH, quer ao nível estratégico, em termos de eficiência económica, quer ao nível operacional, em termos de eficiência social. Assim, tal como modelado na **Figura 23**, os desafios de reconciliação para a eficiência económica estão na base das tensões entre os 'sistemas de trabalho para o elevado desempenho' (HPWS) (eficiência, eficácia e inovação) que, de acordo com o modelo da **Figura 21**, se relacionam com os cuidados clínicos, a investigação, a formação e a inovação organizacional, e os 'sistemas de trabalho para o elevado envolvimento' (HIWS), estes relacionados com o bem-estar psicológico eudemónico e bem-estar psicológico hedónico (Oliveira et al., 2014).

As lógicas institucionais e organizacionais estão relacionadas com as prioridades económicas subjacentes ao paradigma da NGP e reforçadas pela austeridade; e as lógicas operacionais estão relacionadas com atitudes e comportamentos para a prestação de cuidados clínicos. A GRH é definida em termos estratégicos pela equipa de gestão de topo, transpondo-se assim para o nível meso (i.e., hospitais públicos) as lógicas institucionais definidas a nível macro (pelo

Ministério da Saúde e SNS). Ao nível micro (i.e., unidades e serviços hospitalares) os gestores intermédios e de primeira-linha, na sua maioria médicos, implementam a GRH operacional. Os gestores de topo (*senior*) têm que priorizar a lógica institucional (nível macro) e as suas grandes linhas de orientação (eficiência, eficácia e inovação), mas cabe aos gestores intermédios (*middle*) e de primeira-linha (*junior*) assumirem ligação com os níveis inferiores para a introdução e implementação efetiva das práticas de GRH, nomeadamente de gestão do desempenho humano.

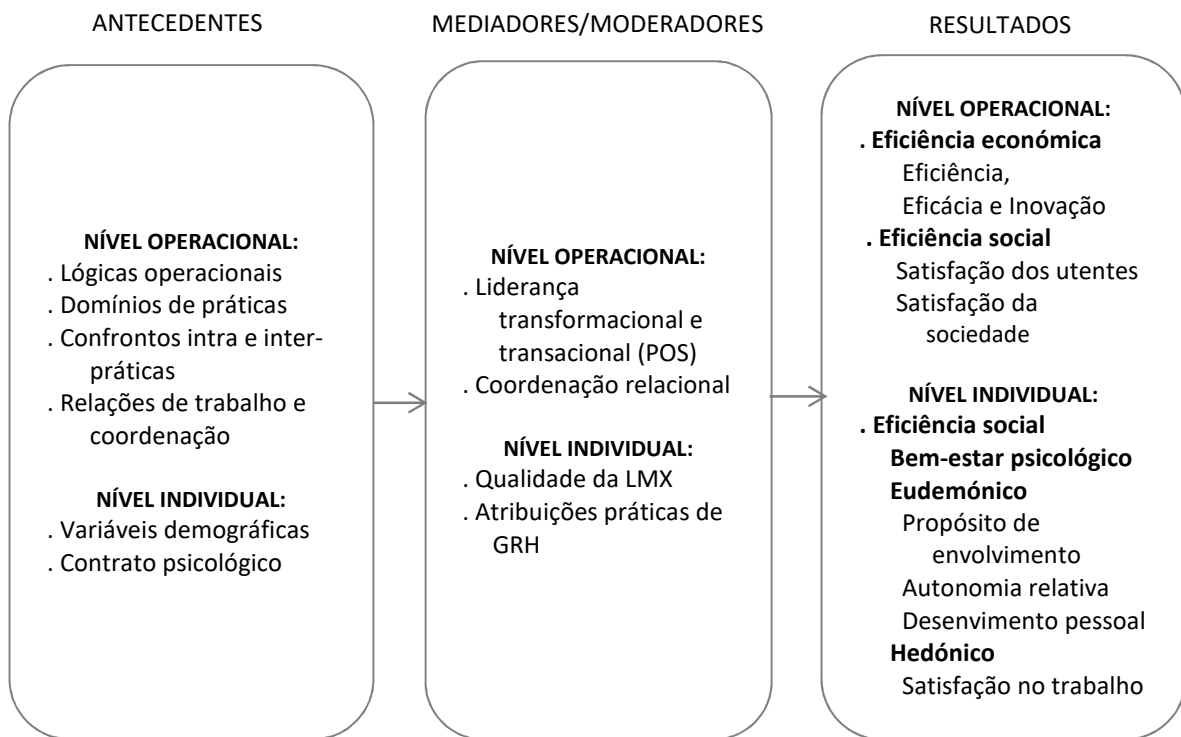
Figura 23 – Austeridade e mudança de lógicas de gestão do desempenho em hospitais: desafios de reconciliação



Fonte: adaptado de Oliveira, Holland, & Filipe (2016)

Reunindo os contributos da literatura revista neste Capítulo e os constructos dos modelos conceptuais apresentados anteriormente, estabelecemos as ligações modeladas na **Figura 24**, sobre o papel do gestor para a gestão do contrato psicológico identificando, quer a nível operacional, quer individual, os antecedentes e os mediadores/moderadores para o alcance dos resultados pretendidos (eficiência económica e eficiência social).

Figura 24 – Modelo de análise do papel do gestor para a gestão do contrato psicológico



Fonte: elaboração própria

Perante os ‘confrontos múltiplos’ que derivam da mudança de lógicas (i.e., institucionais, organizacionais e operacionais) e de práticas, e dos consequentes desafios de reconciliação e coordenação, procuramos compreender a importância da gestão do contrato psicológico através da coordenação relacional, da liderança (transformacional, transacional) e da qualidade da LMX. Nesse sentido, consideramos as lógicas operacionais, os domínios de práticas, os confrontos intra e inter-práticas e as relações de trabalho e coordenação como antecedentes de nível operacional; como antecedentes a nível individual, consideramos as variáveis demográficas (i.e., género e níveis de gestão, organizacional e operacional) e o contrato psicológico. Como mediadores/moderadores, a nível operacional consideramos a liderança transformacional e transacional (perceção de suporte organizacional – POS) e a coordenação relacional; a nível individual, consideramos a qualidade da LMX e as atribuições das práticas de GRH. Como resultados de nível operacional, acrescentamos a eficiência social na perspetiva da organização (satisfação dos utentes e satisfação da sociedade) (Oliveira et al., 2014).

### ***Práticas de GRH estratégica e operacional***

A definição de políticas e a implementação de práticas de gestão do desempenho humano são fundamentais para alcançar uma solução de desempenho sustentável em qualquer processo de reestruturação organizacional (Diallo, Zurn, Gupta, & Dal Poz 2003; Guest & Bos-Nehles, 2013). Para facilitar a ligação efetiva entre os objetivos de desempenho organizacional e os comportamentos individuais através dos sistemas de GRH, os processos relacionados com a gestão do desempenho humano devem suportar e estar alinhados com os objetivos organizacionais (Spangenberg, 1994). Nesse sentido, a função de GRH deverá focar a sua atenção no desenvolvimento coerente de práticas, em alinhamento com a estratégia organizacional (Wagner III & Hollenbeck, 2014). Apenas com alinhamento estratégico, será possível atrair, reter, motivar e desenvolver as pessoas (Gratton, Hailey, & Truss, 2000) de modo a que estas se tornem fonte de vantagens competitivas sustentáveis e resultem em elevado desempenho organizacional e bem-estar psicológico (Boxall & Purcell, 2008; Wright, Dunford, & Snell, 2001).

No contexto de realização do nosso estudo e de acordo com o *World Health Report* (Chen et al., 2006), os profissionais de saúde sentem-se motivados a produzirem mais e melhor quando a organização e os gestores: lhes dão uma visão clara sobre a visão e a missão da organização; reconhecem o seu trabalho, seja ele qual for; ouvem a equipa e facilitam a sua participação na tomada de decisões, para as quais muitas vezes têm soluções; encorajam o trabalho em equipa, a inovação e a autonomia; oferecem estruturas de carreira e oportunidades de promoção; dão *feedback* e recompensam o bom desempenho, mesmo que seja com benefícios não financeiros; utilizam penalizações para um desempenho menos bom e as apliquem de forma consistente e justa.

As organizações conseguem melhorar o comprometimento e envolvimento dos seus trabalhadores com a ajuda das práticas de gestão de RH (Lawler, 1986, 1992; Lawler, Mohrman, & Ledford, 1995) e, conseqüentemente, o seu desempenho, pela influência que exercem sobre as suas atitudes e comportamentos (Boselie, Paauwe, & Richardson, 2003), nomeadamente, a sua vontade de dedicarem um esforço discricionário em relação aos objetivos organizacionais (De Vos, Buyens, & Schalk; 2003; Lee, Liu, Rousseau, Hui, & Chen, 2011). Têm sido cada vez mais analisados os 'sistemas para o elevado envolvimento' (HIWS) (e.g., Farndale, Hope-Hailey, & Kelliher, 2011; Sanders, Dorenbosch, & Reuver, 2008; Tremblay et al., 2010), no sentido de melhor compreender como é que eles reforçam e promovem a identificação dos trabalhadores



com os objetivos e os valores da organização e, dessa forma, induzem o desempenho humano (Shanafelt et al., 2015; Walton, 1985; Woddy, 1996, 1999). Como vimos, estes sistemas envolvem políticas que visam promover a influência mútua, o mútuo respeito e a mútua responsabilidade (Lawler, 1992), sendo considerados como alternativas aos HPWS (e.g., Boxall & Macky, 2009; Edwards & Wright, 2001; Guthrie, 2001; Guthrie, Spell, & Nyamori, 2002; Pil & MacDuffie, 1996; Rayton & Yalabik, 2014). Como parte desta estratégia, as funções dos trabalhadores são desenhadas para serem mais abrangentes e garantirem a articulação entre planejamento e implementação; além disso, as diferenças de estatuto são minimizadas, com o controle e a coordenação lateral baseados em objetivos e inter-relacionamentos partilhados; existe um alinhamento dos interesses, mais com base nas opiniões e especialidades de cada indivíduo, do que com base na sua posição formal ou título, que determinam a influência e o poder (Boselie, Paauwe, & Richardson, 2003; Ulrich, 1998).

Os HIWS são frequentemente vistos como benéficos, quer para a organização, quer para o empregado devido à sua natureza participatória (Butts, Vandenberg, DeJoy, Schaffer, & Wilson, 2009). São sistemas desenhados para aumentar o relacionamento com os empregados e incrementar a sua produtividade e bem-estar psicológico, através de comunicação com qualidade e processos de consulta entre a gestão e os empregados (Boselie, Paauwe, & Richardson, 2003). A adoção de práticas de ‘elevado envolvimento’ conduz a resultados individuais positivos, tais como satisfação e comprometimento, uma vez que os empregados se sentem mais envolvidos e têm maior autonomia na tomada de decisões relacionadas com o trabalho (Peccei, van de Voorde, & van Veldhoven, 2013; Wood, & de Menezes, 2011). No entanto, este benefício mútuo deve ser considerado de forma cautelosa (Oppenauer & van de Voorde, 2016) uma vez que os HIWS, à semelhança dos HPWS, podem também afetar, de forma negativa, a saúde dos empregados. E isto porque, enfatizando a necessidade de maior consistência na aplicação das práticas de GRH, de modo a atingir um desempenho mais efetivo, por vezes, fá-lo à custa do bem-estar psicológico dos empregados (Boxall & Macky, 2009).

Nesse sentido, as práticas consideradas pelos diferentes sistemas, em que o resultado final da sua aplicação seja a melhoria dos conhecimentos, competências e capacidades (abordagem KAS), são fundamentais para que a organização alcance o desempenho e produtividade, em termos de quantidade e qualidade pretendidos (Boselie, Paauwe, & Richardson, 2003). No entanto, abordar a GRH apenas na perspetiva do ‘elevado desempenho’ ou mesmo do ‘elevado envolvimento’ poderá manifestar-se insuficiente para o alcance de elevados desempenhos

organizacionais, em termos de eficiência, eficácia e inovação, uma vez que o desempenho humano em termos de produtividade, de envolvimento e bem-estar psicológico, depende também da gestão efetiva das crenças, valores e personalidade das pessoas (abordagem VBP) (Oliveira & Holland, 2007, 2012; Rayton & Yalabik, 2014), bem como das expectativas que se geram na relação de emprego (i.e., estado do contrato psicológico). Além do mais, a conjugação da gestão de pessoas com a estratégia organizacional na GERH não está isenta de críticas e tem associado uma série de pressupostos que se podem considerar problemáticos (Bolton & Houlihan, 2009). Por exemplo, ver o empregado como um recurso individual que deve ser otimamente gerido, as práticas associadas à GERH conceptualmente desassocia os empregados do seu contexto social, ou seja, de outras relações e outros compromissos (Bolton & Houlihan, 2009). Acresce ainda que incorpora uma visão da natureza humana muito simplista e unidimensional, ao assumir que a estratégia de GRH pode ser gerida de uma forma planeada e moldada, de modo a ajustar-se à estratégia do negócio, o que vai contra a ideia de que ‘a estratégia é emergente e confusa’ (Mintzberg & Waters, 1985). Rousseau (1989) acrescenta ainda que esta abordagem ‘hard’ da GRH negligencia os aspetos mais ‘soft’ da GRH, nomeadamente, os contratos psicológicos estabelecidos entre a organização e os empregados e o facto de estes poderem divergir. Tudo isto vem reforçar a relevância do nosso principal objetivo de investigação, o de analisar e melhor compreender a dinâmica subjacente à liderança transacional e transformacional e à coordenação relacional para explicar a qualidade da relação da troca líder-membro (LMX), procurando identificar até que ponto, a gestão do contrato psicológico e, conseqüentemente, a gestão das expectativas dos profissionais para o alcance de elevado bem-estar psicológico, quer hedónico (i.e., satisfação no trabalho), quer eudemónico (i.e., propósito de envolvimento, autonomia relativa e desenvolvimento pessoal), são a base para a eficiência social (Oliveira et al., 2014).

### ***Liderança transformacional e transacional (POS)***

As práticas de GRH são implementadas na organização através das interações sociais fazendo da liderança um dos fatores determinantes para a implementação do contrato psicológico e o alcance de elevados desempenhos (Rousseau, 1995). No contexto de gestão hospitalar, são os médicos, como diretores das unidades e dos serviços, que gerem a implementação das práticas de GRH a nível operacional, e procuram facilitar o cumprimento do contrato psicológico com os membros das suas equipas. Nesse papel, devem assumir-se como líderes efetivos e não apenas gestores de processos e procedimentos (Oliveira et al., 2014).

Apesar da literatura evidenciar uma maior ligação entre a liderança transformacional, quer com o desempenho humano e organizacional, quer com o bem-estar psicológico, considera-se que os comportamentos de liderança transacional e transformacional não são independentes, nem muito menos padrões de atuação opostos (e.g. Aarons, 2006; Afsar, Badir, Saeed, & Hafeez, 2017; Ali, Jan, Ali, & Tariq, 2014; Deichmann & Stam, 2015; Felfe & Schyns, 2002; Singh, 2016). Por exemplo, a recompensa contingente associada à liderança transacional permite aos seguidores experienciarem confiança e consistência, o que é uma importante base da liderança transformacional (Felfe & Schyns, 2002). A combinação de estilos de liderança transacionais e transformacionais potencia o efeito dos sistemas de GRH implementados pela organização, sendo determinantes no alcance de desempenhos elevados e sustentáveis. Na ligação com o contrato psicológico, Oliveira e seus colegas (2014) consideraram, no seu modelo *‘elevado desempenho e bem-estar psicológico em hospitais’*, que a liderança transacional, orientada para as tarefas e com preocupações de eficiência económica da NGP, deverá ser articulada com a liderança transformacional, orientada para as pessoas e para um estado do contrato psicológico efetivo, de modo a promover o pleno envolvimento e o elevado desempenho organizacional, garantindo assim eficiência económica e eficiência social.

A *‘perceção de suporte organizacional’* (POS) tem sido considerada para melhor compreender a gestão do contrato psicológico (e.g., Aselage & Eisenberger, 2003; Conway & Coyle-Shapiro, 2012; Coyle-Shapiro & Conway, 2005; Gupta, Agarwal, & Khatri, 2016; Paillé & Raineri, 2015; Virgolino, Coelho, & Ribeiro, 2017). Relacionando a liderança com a POS, esta pode ser positiva se perante a dinâmica de reciprocidade com o empregado, ocorrer suporte e respeito entre empregador e empregado; se ocorrer reciprocidade e o empregado se sentir respeitado e apreciado pelo trabalho executado, a POS aumenta (Conway & Coyle-Shapiro, 2012). Caso contrário, se o respeito e apreciação não estiverem presentes ou não forem adequadamente expressados, tal pode revelar-se em desconfiança e cinismo do empregado (Mantler, Godin, Cameron, & Horsburgh, 2015; Reichers, Wanous, & Austin, 1997), e ter consequências negativas sobre o comprometimento, a satisfação e a motivação (Kurtessis et al., 2015; Piccoli & De Witte, 2015).

### **Qualidade da LMX**

Há mais de duas décadas que se demonstrou (e.g., Lo, Abang Azlan, Ramayah, & Wang, 2015; Garg & Dhar, 2017; Naidoo, Scherbaum, Goldstein, & Graen, 2011; Sparrowe & Liden, 1997) que a troca líder-membro (LMX) pode promover experiências positivas de emprego e aumentar

a eficácia organizacional. A qualidade da relação de troca LMX determina a reciprocidade entre as exigências da função e os respectivos incentivos, tais como autonomia, partilha de informação e oportunidade de participação nos processos de tomada de decisão (Bauer & Ergoden, 2015; McDermott et al., 2013). A literatura sobre a qualidade da relação de emprego na base da liderança LMX (e.g., Erdogan & Enders, 2007; Lo, Abang Azlan, Ramayah, & Wang, 2015; Matta et al., 2015; McDermott et al., 2013; Rhoades & Eisenberger, 2002; Settoon, Bennett, & Liden, 1996), assenta no pressuposto de que os empregados terão melhores desempenhos se, em troca do seu trabalho, receberem recompensas adequadas e tratamento favorável. As relações de troca de ‘elevada qualidade’ são caracterizadas por elevadas expectativas relativamente ao desempenho dos seguidores, em contrapartida dos incentivos oferecidos pelo líder (Matta et al., 2015). Dessa forma, é provável que os empregados se sintam mais envolvidos quando têm uma relação de troca de ‘elevada qualidade’, uma vez que o líder é um facilitador do desempenho no trabalho, mas também espera em troca elevado desempenho no trabalho (Matta et al., 2015).

Ao longo das últimas décadas, vários estudos suportaram os efeitos positivos da elevada qualidade da LMX sobre os resultados dos empregados, tais como a satisfação no trabalho, o envolvimento, o desempenho na função (*in-role performance*), comprometimento organizacional, OCB, bem-estar psicológico e diminuição da propensão à saída (e.g., Duarte, Goodson, & Klich, 1993; Epitropaki & Martin, 1999; Gerstner & Day, 1997; Graen & Uhl-Bien, 1995; Ilies, Nahrgang, & Morgeson, 2007; LePine, Erez, & Johnson, 2002; Liden, Sparrowe, & Wayne, 1997). Tem sido demonstrado (e.g., Epitropaki & Martin, 2005) que em relações LMX de ‘elevada qualidade’, os supervisores dão aos seus subordinados mais recompensas intrínsecas (p.e., responsabilização, elogios) e extrínsecas (p.e., aumento salarial, prémios), o que resulta em atitudes mais positivas perante o trabalho. Estudos (e.g., Gerstner e Day, 1997; Wang, Law, Hackett, Wang, & Chen, 2005) revelaram relações positivas entre a LMX e medidas de desempenho e atitudes positivas, especialmente para os membros. Neste caso, tem-se demonstrado (e.g., Coglisier, Schriesheim, Scandura, & Gardner, 2009; Dulebohn et al., 2012; Ilies, Nahrgang, & Morgeson, 2007; Volmer et al., 2011; Wang et al., 2005) que a LMX está associada com avaliações de desempenho mais elevadas, melhor desempenho objetivo, maior satisfação global, maior satisfação com o supervisor, comprometimento organizacional mais forte e perceções de responsabilidade, bem como comportamentos de cidadania organizacional (OCB) mais positivos. Tem-se concluído que uma boa LMX aumenta a satisfação com o trabalho e que esta, por sua vez, pode aumentar a qualidade das relações entre o líder

e os subordinados dado que empregados satisfeitos demonstram uma atitude mais ativa na procura e no envolvimento em situações sociais, nutrindo relacionamentos de elevada qualidade (Volmer et al., 2011). A meta-análise (Ilies, Nahrgang, & Morgeson, 2007) tem revelado relações positivas entre a LMX e os OCB e permitido concluir que o alvo dos OCB tem um efeito moderador na magnitude da relação entre a LMX e os comportamentos de cidadania; ou seja, os comportamentos de cidadania dirigidos a indivíduos estão mais fortemente correlacionados com a LMX do que os comportamentos de cidadania dirigidas a uma organização.

Mais ainda, a LMX e a liderança transformacional estão positivamente relacionadas entre si (Krishnan, 2004; Wang et al., 2005). Na literatura, os constructos latentes mais utilizados para mensurar a liderança LMX são também os considerados na identificação de comportamentos de liderança transformacional, tais como mútuo respeito, confiança e qualidade das relações de trabalho (Schriesheim, Castro, & Cogliser, 1999), confirmando que a liderança LMX é também um constructo relacional. Uma vez que os líderes não fazem exigências explícitas aos seguidores, na forma de esforço adicional requerido em troca daquelas recompensas, a relação pode ser caracterizada como transformacional. Daqui se conclui que a liderança transformacional implica a existência de uma LMX de elevada qualidade entre líderes e seguidores, pelo que no modelo de análise modelado na **Figura 26**, consideramos apenas a liderança transformacional.

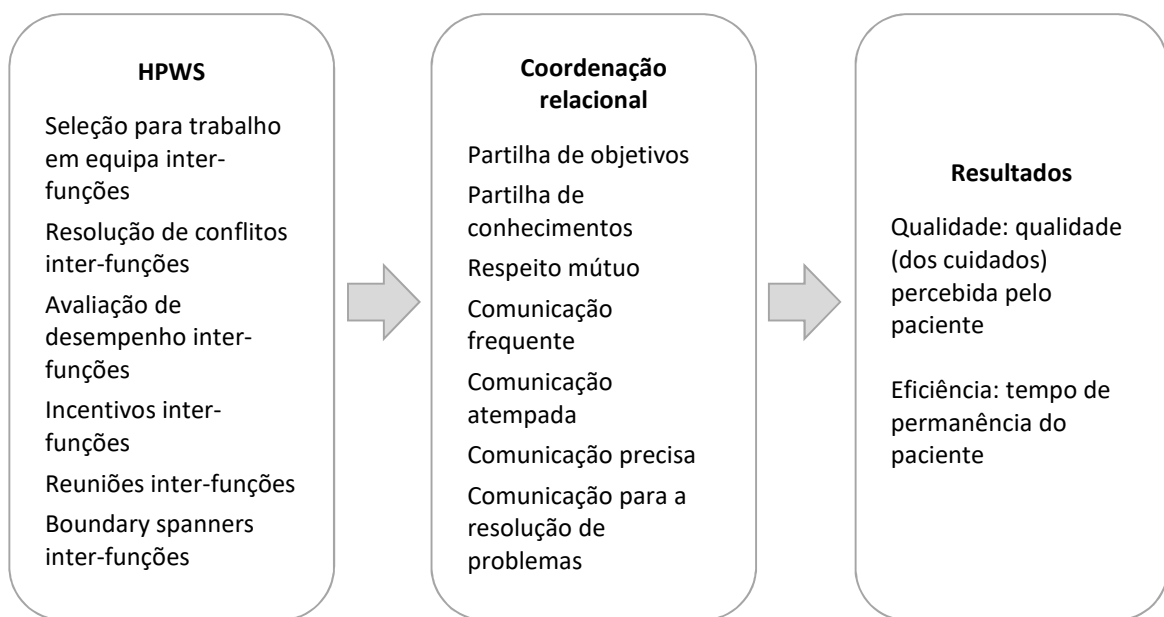
### ***Coordenação relacional e desempenho***

A coordenação e cooperação levam à melhoria das relações interpessoais e intergrupos, uma vez que criam abordagens mais avançadas para lidar com os problemas que surgem nos ‘pontos de contacto’ relacionais de uma organização (Flinchbaugh et al., 2016; Hartgerink et al., 2014; Pinto, Pinto, & Prescott, 1993). Nesse sentido, existe um especial enfoque na teoria da coordenação relacional, tal como modelado na **Figura 25**, como uma resposta positiva no que se relaciona com o desempenho organizacional (Cramm & Nieboer, 2012; Gittell, 2012).

Quanto mais eficaz for a coordenação relacional a todos os níveis da organização (Gittell, 2012, 2016), maior a coesão e os resultados organizacionais, uma vez que a coordenação relacional é um mecanismo de coesão (Cramm & Nieboer, 2012; Michan & Rodger, 2000). Os sistemas de GRH podem ser desenhados de forma a fomentar relações multifuncionais (Gittell, 2011, 2012), facilitar o desenvolvimento de coordenação relacional e, dessa forma, conduzir a desempenhos

superiores. Através de indicadores objetivos em contexto de gestão hospitalar, tem sido demonstrado (e.g., Cramm & Nieboer, 2012; Gittell, 2011, 2012; Gittell, Seidner, & Wimbush, 2010) a relação direta entre as práticas de GRH, a adoção de princípios de coordenação relacional (i.e., comunicação frequente, atempada, precisa e para a resolução de problemas; partilha de objetivos e de conhecimentos; e respeito mútuo) e os resultados organizacionais em termos de qualidade (qualidade dos cuidados percebida pelo paciente) e eficiência (tempo de permanência do paciente).

Figura 25 – HPWS, coordenação relacional e elevado desempenho (em hospitais)



Fonte: adaptado de Gittell (2012, p.27) e Gittell, Seidner, & Wimbush (2010)

Tem sido proposto (Gittell, Seidner, & Wimbush, 2010) que o desempenho organizacional pode aumentar ao reforçar o relacionamento entre os empregados que desempenham funções distintas, contribuindo para formar um HPWS que difere de um sistema de trabalho de alto desempenho tradicional. Gittell (2000), ao promover a coordenação relacional entre os participantes, explora a forma como as práticas de GRH podem suportar ou prejudicar a coordenação relacional, dependendo da forma como são desenhadas. A autora sustenta que algumas das práticas de GRH tradicionais tendem a dividir os trabalhadores em diferentes funções e falham no suporte ao desenvolvimento de coordenação relacional entre eles. No entanto, as práticas podem ser desenhadas de modo a fomentar relações multifuncionais e, dessa forma, facilitar o desenvolvimento de coordenação relacional e conduzir a desempenhos

superiores. Conclui-se (Gittell, Seidner, & Wimbush, 2010) que, contrastando com os HPWS que promovem o desenvolvimento do conhecimento individual e as competências, este ‘novo’ sistema de trabalho para o elevado desempenho, promovendo o desenvolvimento da coordenação relacional, contribui para a melhoria da qualidade de desempenho e eficiência para a organização.

### ***Atribuições sobre a GRH e desempenho***

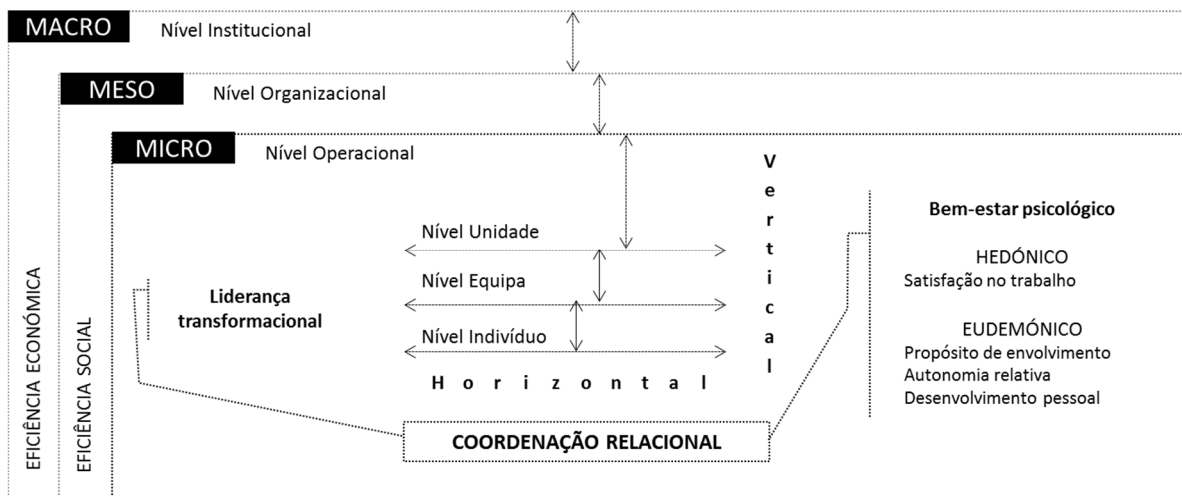
Tem sido sugerido (Nishii, Lepak, & Schneider, 2008) que as práticas de GRH, para terem o efeito desejado sobre as atitudes e os comportamentos dos empregados, têm que inicialmente ser percebidas e interpretadas subjetivamente pelos mesmos, de forma a gerarem essas atitudes e comportamentos. Esta nova abordagem de ‘olhar’ para a GRH e o desempenho organizacional contribui de forma bastante significativa para a melhor compreensão da ligação entre a GRH e o desempenho, sugerindo que o efeito das políticas e práticas de GRH sobre o desempenho organizacional não é automático e nem sempre é o desejado. Em vez disso, o efeito depende da eficácia das práticas de GRH e da sua implementação efetiva (Guest & Bos-Nehles, 2013). Além disso, enfatizam a importância das atitudes e dos comportamentos dos empregados nessa relação. O estudo de Nishii e seus colegas (2008) defende que se as organizações quiserem saber o ‘porquê’ deste contributo, precisam de captar as atribuições dos empregados sobre essas políticas e práticas. Com base num inquérito por questionário aplicado a gestores de departamento e aos empregados numa grande cadeia de supermercados, Nishii e colegas (2008) chegaram à conclusão de que a atribuição de ‘qualidade e desenvolvimento’ por parte dos empregados se relaciona positivamente com a sua satisfação e comprometimento, enquanto a atribuição de ‘custos e aproveitamento’ se associa negativamente com os seus níveis de satisfação e comprometimento; concluíram ainda que as atribuições externas (i.e., devido a requisitos externos legais, em especial requisitos sindicais) são as menos relevantes para prever e compreender comportamentos futuros; e também com bastante significado foi terem chegado à conclusão de que o mesmo conjunto de práticas de GRH pode não resultar na mesma resposta por parte dos empregados da mesma organização.

### **Bem-estar psicológico, liderança e coordenação relacional em tempos de austeridade**

O modelo de análise para o ‘*bem-estar psicológico através da liderança e da coordenação relacional*’, apresentado na **Figura 26**, representa os constructos chave para a nossa ‘questão de investigação’ e dará substantividade própria ao estudo de caso que apresentamos na Parte

II. Assim, articulando os contributos teóricos sobre níveis e lógicas de gestão (macro – institucional, meso – organizacional e micro – operacional) e fazendo uso da literatura em liderança e coordenação relacional (horizontal e vertical), procuramos melhor compreender a importância da gestão do contrato psicológico, em tempos de austeridade, para o elevado desempenho e bem-estar psicológico (hedónico e eudemónico).

Figura 26 – Modelo de análise para o bem-estar psicológico através da liderança e da coordenação relacional



Fonte: elaboração própria

Tendo como referência as mudanças de lógicas e de práticas impostas com a NGP e reforçadas com o contexto de austeridade, que promove a controvérsia entre eficiência económica e eficiência social, focamos o estudo no papel do gestor de unidades e serviços para, e na gestão da relação de emprego, procurando compreender a perceção dos gestores organizacionais e operacionais, sobre a dinâmica subjacente à liderança transaccional e transformacional e à coordenação relacional para explicar a qualidade da relação da troca líder-membro (LMX).

Oliveira e seus colegas (2014) defendem que a conciliação da eficiência económica e eficiência social requer que os gestores evidenciem quer comportamentos de liderança transaccional, quer transformacional. No entanto, o comportamento de liderança transformacional tem sido considerado mais efetivo para se conseguirem as atitudes e os comportamentos dos empregados desejáveis, nomeadamente elevados níveis de desempenho e esforço extra (Felfe & Schyns, 2002). Um elevado número de estudos (e.g., Barling, Weber, & Kelloway, 1996; Kane, Tremble, & Trueman, 2000; Lowe, Kroeck, & Sivasubramaniam, 1996; Podsakoff, MacKenzie,



Moorman, & Fetter, 1990; Rai & Sinha, 2000) tem demonstrado a existência de uma relação fortemente positiva entre a liderança transformacional e os resultados desejados, incluindo os resultados financeiros (e.g., Barling, Weber, & Kelloway, 1996), a satisfação no trabalho e diminuição nas intenções de saída da organização (e.g., Lowe, Kroeck, & Sivasubramaniam, 1996), a motivação no trabalho e o comprometimento afetivo (e.g., Kane, Tremble, & Trueman, 2000), confiança no líder, a satisfação no trabalho e os comportamentos de cidadania organizacional dos seguidores (e.g., Podsakoff, MacKenzie, Moorman, & Fetter, 1990), comprometimento organizacional e clima de trabalho (e.g., Rai & Sinha, 2000).

Estudos (e.g., Kane & Tremble, & Trueman, 2000) revelam que o comportamento transformacional incrementa o efeito dos comportamentos de liderança transacionais sobre a motivação e comprometimento afetivo dos seguidores, enquanto os comportamentos transacionais se relacionam mais com o comprometimento calculativo. A meta-análise realizada por Wang, Oh, Courtright e Colbert (2011), com base em 117 amostras independentes em 113 estudos, permitiu concluir que a liderança transformacional se relaciona positivamente com o desempenho ao nível individual (dos seguidores) tendo, todavia, uma relação mais forte com o desempenho contextual do que com o desempenho da função; os comportamentos transformacionais relacionam-se também positivamente com os resultados de equipa, bem como da organização como um todo. Wang e os seus colegas (2011) concluem ainda que a liderança transformacional tem um efeito superior, comparativamente à liderança transacional, como antecedente do desempenho contextual de nível individual e o desempenho ao nível da equipa. Estudos recentes (e.g., Boer, Deinert, Homan, & Voelpel, 2016; Dhar, 2016; Garg & Dhar, 2017; Lo, Abang Azlan, Ramayah, & Wang, 2015; Matta et al., 2015; Volmer, Niessen, Spurk, Linz, & Abele, 2011) sugerem que os líderes transformacionais influenciam os resultados dos empregados através da construção de relações interpessoais positivas com eles, ou seja, através das trocas líder-membro (LMX). A qualidade das relações é construída na base da confiança e respeito e estes sentimentos determinam as características dos relacionamentos, muitas vezes com fontes emocionais, na relação de emprego (Bauer & Ergoden, 2015; Naidoo, Scherbaum, Goldstein, & Graen, 2011).

A coordenação relacional é vista como um mediador facilitador daquela relação, ou seja, entre os comportamentos de liderança transformacional e o bem-estar psicológico. Dado que a coordenação é, na prática, a gestão das interdependências entre as tarefas e porque as pessoas são geralmente afetadas às suas tarefas com base nas funções que desempenham (Hartgerink et

al., 2014), a coordenação relacional é medida como a coordenação entre os papéis desempenhados pelos indivíduos e não entre os indivíduos propriamente ditos (Gittel, 2012, 2016). Consideramos que os gestores operacionais, por exemplo os médicos como diretores das unidades e serviços hospitalares, têm um papel central e determinante, quer no sentido de coordenação horizontal (que deve ocorrer intra unidades, equipas e ao nível do indivíduo), quer no sentido de coordenação vertical, desde a coordenação que deve ocorrer intra nível operacional (micro) entre o nível individual e o de equipa e o de equipa e unidade, até à coordenação entre os diferentes níveis (micro, meso, macro).

## **SÍNTESE CONCLUSIVA**

Neste capítulo apresentámos o modelo de análise de gestão do desempenho humano em hospitais públicos, colocando em evidência *‘o papel do gestor para a gestão do contrato psicológico’* através da liderança e coordenação relacional. Perante grandes constrangimentos ao nível da eficiência económica, os gestores de organizações complexas e multidisciplinares, como os hospitais universitários públicos, confrontam-se com enormes desafios de gestão e de liderança. Os desafios são ainda mais evidentes perante a necessidade de reconciliação de diferentes lógicas de atuação (i.e., institucionais, organizacionais e operacionais), diferentes prioridades e paradigmas de gestão (i.e., estratégicos e táticos) e diferentes domínios de práticas, não apenas de domínio substantivo (práticas clínicas) mas, muito em especial, as práticas políticas-de gestão. No contexto de austeridade e mudança de lógicas de gestão do desempenho em hospitais universitários públicos, esquematizámos estes desafios, colocando em evidência as diferentes lógicas de gestão, os domínios de práticas, bem como os indicadores de desempenho prioritários para a GRH. Apresentámos o *‘modelo de análise para o bem-estar psicológico através da liderança e da coordenação relacional’* que, fazendo uso de um estudo de caso longitudinal e compreensivo, procura compreender a importância da gestão do contrato psicológico num contexto de austeridade, o qual apresentamos na Parte II.



## **PARTE II**



# CAPÍTULO IV

## ESTUDO DE CASO EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS PÚBLICOS

Estruturar uma investigação envolve um conjunto de opções relativamente a vários aspetos, nomeadamente, questão de investigação e objetivos de estudo, tipo de investigação, interferência do investigador, ambiente de investigação, unidade de análise, horizonte temporal, métodos de recolha, de análise e de interpretação dos dados (Bryman, 2012; Sekaran & Bougie, 2013; Stake, 1995). Neste capítulo, justificamos a opção por uma estratégia de investigação de base qualitativa assente na realização de um estudo de caso longitudinal numa organização complexa como um hospital público universitário, de natureza indutiva; descrevemos os processos genéricos de tratamento dos dados associados à abordagem da *grounded theory approach* (Glaser & Strauss, 1967, citados em Strauss, 1987; Strauss, 1987; Strauss & Corbin, 1990, 1998); detalhamos a informação sobre o contexto de investigação, a unidade de análise, a amostra e a recolha de dados através de entrevistas individuais semiestruturadas, com gestores organizacionais e operacionais, médicos e não-médicos, e apresentamos considerações teóricas e práticas sobre o procedimento científico seguido e sua validade e confiabilidade. Finalmente, referimo-nos aos requisitos éticos subjacentes ao processo de investigação.

Em foco estão as realidades, intenções e atribuições sobre a gestão do desempenho organizacional, individual e de equipas, num contexto de mudanças de paradigmas de gestão impostas a nível institucional. Os dados foram recolhidos antes e após o significativo processo de reestruturação, o qual consistiu na fusão de vários hospitais públicos num grande e complexo Centro Hospitalar Universitário. Tendo como base a literatura revista nos capítulos I, II e III, analisamos de forma descritiva e compreensiva, o discurso dos gestores entrevistados, atribuindo-lhes significado através da codificação das entrevistas e respetiva representação gráfica.

## 4.1. RECOLHA, TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

### Escolha da abordagem metodológica: justificação

Em ciências sociais, são várias as opções metodológicas ao dispor do investigador para recolher, analisar, apresentar e interpretar a informação sobre o objeto em estudo. Em pesquisa organizacional, em concreto, as estratégias de investigação utilizadas têm variado entre os métodos quantitativos, os métodos qualitativos e/ou combinações entre os dois métodos (Creswell, 2012). No entanto, tem-se assistido a um interesse crescente pela aplicação de abordagens e metodologias de base qualitativa e longitudinais (Guest, Paauwe, & Wright, 2013; Oliveira, 2013), oferecendo assim análises compreensivas e com significado ao longo do tempo. Multiplicam-se os colóquios e os artigos sobre este tema, atraindo um número cada vez maior de investigadores das ciências sociais (e.g., Barratt, Choi, & Li 2011; McAlearney, 2006; Pescud et al., 2015; Smollan, 2015; Woodrow & Guest, 2017). *“É como se se tivesse redescoberto a necessidade ou mesmo a urgência, de pôr em questão o modelo científico clássico que visa a quantificação dos fenómenos sociais”* (Lessard-Hébert, Goyette, & Boutin, 2005, p. 7).

Uma das principais características distintivas da pesquisa qualitativa é o facto de o investigador procurar compreender os indivíduos com base nas definições que estes têm sobre o seu próprio mundo (Shah & Corley, 2006), sendo muitas vezes associada a processos indutivos, subjetivos, não positivistas e de produção de teoria (Lee, 1999). Em contraste, a pesquisa quantitativa associa-se a processos dedutivos, objetivos, positivistas e de verificação de teoria (Lee, 1999). No entanto, tal como identificado no **Quadro 16**, a abordagem qualitativa poderá distinguir-se da abordagem quantitativa relativamente a outros pressupostos, nomeadamente: (1) *metodológico* (utilizam processos distintos para fazer a ligação da teoria com a pesquisa); (2) *epistemológico* (implicam papéis diferentes para o investigador); (3) *ontológico* (presumem realidades diferentes); e (4) *axiológico* (operam segundo diferentes valores) (Bryman, 2004; Creswell, 2012).

Para responder empiricamente aos objetivos de investigação seguiu-se uma estratégia de estudo de caso de base qualitativa longitudinal (Bryman, 2004, 2012) assente numa matriz de natureza iterativa de indução e dedução, baseado nos princípios de validação dos modelos apriorísticos da *grounded theory approach* (Glaser & Strauss, 1967, citados em Strauss, 1987; Strauss, 1987; Strauss & Corbin, 1990, 1998).

Quadro 16 – Diferenças entre pesquisa qualitativa e pesquisa quantitativa

Pressuposto	Pesquisa qualitativa	Pesquisa quantitativa
Metodológico	Os investigadores utilizam métodos indutivos e aplicáveis especificamente ao contexto, interações multivariadas e multiprocessos	Os investigadores tendem a aplicar métodos dedutivos e independentes do contexto, a limitarem as análises de causa-efeito
Epistemológico	Os investigadores assumem que devem interagir com o fenómeno em estudo	Os investigadores assumem a sua independência face às variáveis em estudo
Ontológico	Os investigadores assumem que existem múltiplas realidades subjetivas que coexistem	Os investigadores assumem que existe uma única realidade objetiva
Axiológico	Os investigadores são manifestamente tendenciosos e emitem juízos de valor	Os investigadores são imparciais e não emitem juízos de valor

Fonte: adaptado de Bryman (2004), Creswell (2012) e Lee (1999)

A opção por estas abordagens e metodologias resultou de vários fatores, nomeadamente, os objetivos do estudo, a contribuição que as mesmas oferecem à sua adequada compreensão e pelas diferentes visões sobre a forma como a realidade social deve ser estudada atualmente (Bryman, 2004). De acordo com Shah e Corley (2006), o principal benefício associado aos métodos qualitativos é o facto de permitirem ao investigador a descoberta de novas variáveis e respetivas relações e a relevação e compreensão de fenómenos complexos, ao mesmo tempo que proporcionam um melhor conhecimento sobre a influência do contexto social no fenómeno observado. Os métodos qualitativos para a recolha e análise de informação são de grande utilidade, quando utilizados para construir novas teorias ou para refinar as teorias já existentes (Shah & Corley, 2006).

O estudo de caso revelou-se como a abordagem mais adequada uma vez que procuramos compreender, explorar e descrever acontecimentos e contextos complexos (Dyer & Wilkins, 1991) nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos fatores (Yin, 1994), bem como captar com maior detalhe a evolução do fenómeno estudado no contexto específico em que ele ocorre (Bryman, 2012; Creswell, 2012). Um estudo de caso de natureza qualitativa, definido por Barratt e seus colegas (2011) como *“uma pesquisa empírica que usa, principalmente, dados contextualmente ricos de configurações delimitadas do mundo real, para investigar um fenómeno focalizado”*<sup>76</sup> (p. 329), envolve a análise detalhada e intensiva de um único caso com

<sup>76</sup> Tradução livre de: “an empirical research that primarily uses contextually rich data from bounded real-world settings to investigate a focused phenomenon” (Barratt, Choi, & Li, 2011, p. 329).



o objetivo de captar toda a sua complexidade e natureza particular em determinadas circunstâncias (Bryman, 2012; Sekaran & Bougie, 2013; Stake, 1995). Yin (1994) e Oliveira (2013) afirmam que esta abordagem se adapta à investigação na qual o investigador é confrontado com situações complexas, de tal ordem que a identificação das variáveis consideradas importantes é também ela um processo complexo. Yin (1994) considera ainda que a realização de estudos de caso é adequada quando o investigador procura respostas para o “como?” e o “porquê?”, quando procura encontrar interações entre fatores relevantes próprios da entidade em estudo, quando o objetivo é descrever ou analisar o fenómeno, a que se acede diretamente, de uma forma profunda e global, e quando pretende apreender a dinâmica do fenómeno, do programa ou do processo.

Na literatura em contrato psicológico é referido que as relações de emprego devem ser estudadas em profundidade e compreendidas no contexto específico em que ocorrem (Conway & Briner, 2005; Guest, 2004, 2011). Além disso, apela-se (e.g., Cheng, Dainty, & Moore, 2006; Conway & Briner, 2009; Legge, 2005; Rousseau & Tijoriwala, 1998) à realização de estudos de caso de natureza qualitativa e longitudinal, particularmente quando estes incidem sobre a dicotomia existente entre a GRH definida em termos estratégicos e a implementada ao nível operacional, em processos de transição organizacional. Legge (2005), por exemplo, afirma que:

Quer a investigação futura sobre GERH se focalize no contrato psicológico ou nos processos de gestão da transição, apenas poderá beneficiar da realização de estudos de caso de natureza qualitativa, preferencialmente longitudinais. Em particular, esses estudos, pela sua capacidade de explorar em profundidade as contingências contextuais e as interpretações dos empregados, podem contribuir para abrir a ‘black box’ dos processos que ligam a GRH ao desempenho organizacional.<sup>77</sup> (p. 33)

### ***Grounded theory approach***

A *grounded theory approach* é uma abordagem assenta num processo de formulação de hipóteses, recolha de dados, testes empíricos e revisão de teoria (ou conceitos) sobre determinado fenómeno organizacional, contínuo e interrelacionado (Bryman, 2004; Lee, 1999). O seu principal objetivo é a criação de nova teoria ou proposições conceptuais a partir dos dados empíricos e a sua principal aplicação tem sido na análise dos fenómenos que não

---

<sup>77</sup> Tradução livre de: “Whether the future research on strategic HRM focuses on psychological contract or on the processes of transition management, it can only benefit from the insights derived from qualitative, preferably longitudinal, critical case studies. In particular, such studies, by their ability to explore in depth contextual contingencies and employee sense-making, can contribute to open the ‘black box’ of the processes that link HRM to organizational performance” (Legge, 2005, p. 33).

são ainda bem conhecidos, na literatura e na prática (Lee, 1999). Como o próprio nome indica, envolve uma fundamentação nos dados, tendo sido definida por Strauss e Corbin (1998) como: “teoria que derivou dos dados, sistematicamente recolhidos e analisados através de processos de pesquisa. Neste método, a recolha de dados, a análise e uma eventual teoria, estão em estreita relação uns aos outros”<sup>78</sup> (p. 12).

A teoria, independentemente do grau de generalização, é indispensável a um conhecimento mais aprofundado do fenómeno social (e.g., Glaser & Strauss, 1967; Glaser, 1978; Strauss, 1987) e, conforme referem Shah e Corley (2006), “os métodos qualitativos para recolha e análise são (...) poderosos, particularmente quando utilizados para construir ou refinar teorias existentes”<sup>79</sup> (p. 1822). As teorias científicas requerem a sua conceção, elaboração e confirmação. Estas fases poderão denominar-se de indução, dedução e verificação (Lee, 1999; Strauss, 1987). Dado que “nova teoria” é o resultado pretendido com a *grounded theory approach*, frequentemente e de forma incorreta, assume-se que tal se consegue apenas de forma indutiva, em que a nova teoria deriva apenas dos dados empíricos (Barratt, Choi, & Li, 2011). Mas o processo de produção de teorias não se limita a uma abordagem indutiva, resultando antes de um processo iterativo, de avanços e recuos nas interpretações e reinterpretações dos dados (Bryman, 2004). As primeiras noções que resultam da análise dos dados devem ser subseqüentemente sujeitas a verificação empírica, com recurso a dados adicionais, o que implica um exercício dedutivo. Assim, “como dedução implica um elemento de indução, o processo indutivo é suscetível de implicar um mínimo de dedução”<sup>80</sup> (Bryman, 2004, pp. 10-11), o que implica que o investigador se movimenta ‘para a frente e para trás’, entre os dados e a teoria, num chamado processo iterativo, e requer que todas as ideias, especulações e hipóteses que derivam dos dados empíricos, sejam considerados como tentativas, pelo que a *grounded theory approach* é frequentemente descrita como uma abordagem iterativa, ou seja, em que existe uma interação constante e recíproca entre a recolha e a análise dos dados (Bryman, 2004).

---

<sup>78</sup> Tradução livre de: “theory that was derived from data, systematically gathered and analyzed through the research process. In this method, data collection, analysis, and eventual theory stand in close relationship to one another” (Strauss & Corbin, 1998, p.12).

<sup>79</sup> Tradução livre de: “Qualitative methods for data collection and analysis are (...) powerful, particularly when used to build new or refine existing theories” (Shah & Corley, 2006, p. 1822).

<sup>80</sup> Tradução livre de: “just as deduction entails an element of induction, the inductive process is likely to entail a modicum of deduction” (Bryman, 2004, pp.10-11).

O processo de indução envolve a generalização das inferências com base nas observações, partindo-se de algo específico (i.e., observações/resultados) para chegar a algo mais geral (teoria), enquanto na abordagem dedutiva, parte-se do geral (teoria) e chega-se a algo mais específico (observações/resultados) (Bryman, 2004). Idealmente, estas noções deverão ser: a) derivadas de forma indutiva, b) testadas de forma dedutiva, c) revistas de forma indutiva e dedutiva e d) testadas com base em dados empíricos adicionais (Lee, 1999). Esta prática incumbe o investigador de três grandes responsabilidades: (1) verificar e qualificar os dados originais/primários de forma efetiva; (2) interagir profundamente com os dados e (3) desenvolver nova teoria com base na transição entre a teoria precedente e a nova teoria emergente (Strauss, 1987).

Outra das questões subjacentes à *grounded theory approach* é a necessidade de, em qualquer projeto de investigação, se desenvolverem vários conceitos e as possíveis ligações entre eles, de modo a captar o máximo de variação que caracteriza o fenómeno central em estudo (Strauss, 1987). Tal significa que a análise tem início após a recolha de alguns dos dados e as implicações dessa análise condicionam a recolha de novos dados. Consequentemente, esta abordagem, apesar de descrita como uma estratégia de análise de dados, também pode ser vista como uma estratégia para a recolha dos dados (Bryman, 2004).

### **Contexto de investigação e unidade de análise**

O estudo de caso foi realizado numa grande e complexa organização europeia de serviços públicos hospitalares, sujeita às profundas reestruturações impostas ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) nos últimos vinte anos, no que diz respeito à empresarialização em 1998, assente na abordagem da Nova Gestão Pública (NGP) e fusão de várias unidades hospitalares num grande Centro Hospitalar em 2011, em resultado das políticas de austeridade impostas pela *Troika*.

As organizações de prestação de cuidados de saúde são 'sistemas complexos' (Begun, Zimmerman, & Dooley, 2003; McDaniel Jr, Driebe, & Lanham, 2013; Plsek & Greenhalgh, 2001) caracterizados por estruturas hierárquicas burocráticas de profissões múltiplas de 'coordenação interna caótica' (Denis & van Gestel, 2016; McAlearney, 2006) em que predominam os 'trabalhadores do conhecimento' (Davenport, 2016; Drucker, 2002), o que se revelou como um contexto interessante para a realização do estudo de caso. O acesso aos dados, entrevistas individuais semi-estruturadas com gestores daquela organização, foi

facilitado pela participação da doutoranda num projeto de investigação de âmbito mais abrangente estabelecido em 2008 entre uma unidade hospitalar e uma instituição de ensino superior universitário, sobre *'Higher Performance and Psychological Well-being in Hospitals'*, que procura compreender em profundidade a importância da presença de práticas de gestão de pessoas e a sua relação com os modelos de governação da NGP das reformas de saúde e, muito em particular, das reestruturações hospitalares. Pretende-se obter um entendimento compreensivo sobre a importância dos indicadores de bem-estar psicológico e de que forma se relacionam, direta ou indiretamente, com os indicadores de desempenho em termos de eficiência económica. Esta base real de investigação, com a colaboração dos gestores a diferentes níveis, que aceitavam de livre vontade, fazer uma caminhada comum rumo à análise da mudança e do seu impacto para o desenvolvimento da qualidade do desempenho humano, tem como principais questões de investigação:

- (1) De que forma as prioridades económicas podem ser reconciliadas com a gestão do contrato psicológico para a qualidade da relação de emprego, que promova as prioridades clínicas para o alcance da qualidade nos cuidados de saúde? e
- (2) Quais os procedimentos apropriados para assegurar esta reconciliação, quer na perspetiva dos gestores da saúde (como médicos, enfermeiros e administradores), quer na perspetiva dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de saúde).

Como vimos, a empresarialização em 1998 marcou uma redefinição das políticas de governação e gestão hospitalar ao introduzir os pressupostos subjacentes à NGP. A nível organizacional, este novo contexto impôs medidas e objetivos e alterou as dinâmicas de poder através da descentralização da gestão e surgimento de novos papéis profissionais (Barros, 2012, 2013). O nosso estudo decorre num período marcado por profundas mudanças, de nível organizacional (meso) e institucional (macro):

- (1) Em 2009, mudanças com foco organizacional: reorganização interna do hospital universitário (Polo I) – de 42 unidades dispersas passou para 7 Áreas de Gestão Integrada (AGI) e 2 Centros de Responsabilidade Integrados (CRI), centros com autonomia relativa;
- (2) Em 2011, mudanças com foco institucional: criação do Centro Hospitalar Universitário, em resultado da fusão e concomitante extinção de três hospitais regionais, tendo sido estabelecido que o novo Centro Hospitalar criado sucede às unidades de saúde que lhe deram origem; mudanças de foco organizacional: de 7 AGI passou a 8 Unidades de Gestão Intermédia (UGI) e de 2, passou a 3 CRI.

Aquando da reestruturação interna de 2009, a unidade hospitalar era composta por cerca de 5000 empregados, incluindo 1040 médicos, 1640 enfermeiros e 1650 auxiliares. Após a fusão, em 2011, o Centro Hospitalar era constituído por cerca de 7900 empregados, incluindo 1600

médicos, 2800 enfermeiros e 2600 auxiliares, organizados em torno de 6 Polos distintos: Polo I e Polo II – Hospitais Gerais, Polo III e Polo IV – Maternidades, Polo V e Polo VI – Hospitais Psiquiátricos. Como Centro Hospitalar Universitário, o qual a partir deste ponto utilizaremos a expressão ‘Centro Hospitalar’ para nos referirmos à unidade de análise, tem três focos de atuação: prestação de cuidados de saúde, ensino e investigação. Fazem parte da sua missão o ensino médico pré e pós-graduado, a investigação, a realização de estágios curriculares e extra-curriculares (Oliveira, Holland, Costa, & Lira de Carvalho, 2014). A par do cumprimento da sua missão nestas três vertentes, o Centro Hospitalar:

Prossegue objetivos de índole económico-financeira, social e ambiental, atendendo a parâmetros exigentes de qualidade, visando expandir e salvaguardar a sua competitividade, com respeito por princípios fixados de responsabilidade social, desenvolvimento sustentável, de serviço público e de satisfação de necessidades da coletividade. (Relatório e Contas de 2013 do Centro Hospitalar, p. 7)

Ocupa lugar de topo na estrutura hospitalar nacional, desenvolvendo, com reconhecida qualidade nacional e internacional, atividades clínicas de ponta, [distinguindo-se] pela qualidade de cuidados, capacidade de investigação, inovação e docência e pelo impacto positivo na comunidade, garantindo a eficiência e a sustentabilidade global a médio e longo prazo. (Sítio na internet do Centro Hospitalar, consultado em 6 de maio de 2017)

A estratégia de sustentabilidade do Centro Hospitalar assenta no desenvolvimento de procedimentos e práticas com vista a garantir a eficiência económica, social e ambiental, numa perspetiva de salvaguarda e melhoria da qualidade dos serviços prestados (Relatório e Contas do Centro Hospitalar, 2012). Na vertente económica incentiva-se a promoção da sustentabilidade, da eficiência económica e financeira, através do combate à dispersão, à assimetria e ao desperdício de recursos, bem como através da otimização dos gastos com a prestação de cuidados de saúde (Relatório e Contas do Centro Hospitalar, 2012). Na vertente social, o Centro Hospitalar tem como orientação estratégica promover cuidados de saúde de excelência baseados na eficiência, procurando posicionar-se como um centro assistencial de elevada competência, conhecimento e experiência, dotado dos mais avançados recursos tecnológicos e terapêuticos; procura ainda satisfazer as expectativas dos utentes através da melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde; quanto à gestão do desempenho humano, direciona-se no sentido da promoção e manutenção de relações de emprego estáveis e satisfação dos profissionais no desempenho das suas tarefas; quanto à componente ambiental, procura resultados numa lógica de elevada sustentabilidade ambiental, o que se traduz num forte compromisso com a investigação, a inovação e o desenvolvimento tecnológico e terapêutico (Relatório e Contas do Centro Hospitalar, 2012).

## Amostra e recolha de dados: entrevistas individuais semi-estruturadas

Os dados foram recolhidos entre 2010 e 2015, em três fases, através de entrevistas individuais áudio gravadas e semiestruturadas (N=52) (com uma duração média de quarenta e cinco minutos) realizadas com quarenta e seis (n=46) médicos como gestores, dos quais 31 de nível operacional e 15 de nível organizacional, três (n=3) enfermeiros (2 de nível operacional e 1 de nível organizacional) e três (n=3) gestores (de nível organizacional) daquela organização. A Fase 1 – 2010/2011 (n=12), referente ao período de pós-reorganização interna de 42 serviços em 7 Áreas de Gestão Integrada (AGI) e 2 Centros de Responsabilidade Integrados (CRI). A Fase 2 – 2012/2013 (n=26), imediatamente após a implementação da fusão. A Fase 3 – 2014/2015 (n=14), referente à adaptação efetiva da fusão.

No **Quadro 17** está identificada a responsabilidade de gestão dos entrevistados nas diferentes fases do estudo longitudinal. Tendo autorização do Conselho de Administração do Centro Hospitalar, as entrevistas foram realizadas na base da disponibilidade e voluntariado, no próprio local de trabalho.

Quadro 17 – Entrevistas: fases, unidades e responsabilidades

Fases	n Polos	n Unidades	n Participantes	N Nível de Gestão	n Responsabilidade de Gestão
<b>Fase 1 2010/2011</b> <b>Pós-reorganização interna</b> n=12	9 Polo I	2 CRI 7 UGI	5 Médicos 4 Médicas	2 Organizacional 7 Operacional	2 Diretores de CRI 7 Diretores de Serviço
	3 Polo III	3 UGI	1 Médico 2 Médicas	3 Operacional	3 Diretores de Serviço
<b>Fase 2 2012/2013</b> <b>Pós-implementação da fusão</b> n=26	16 Polo I	3 CRI 13 UGI	16 Médicos	8 Organizacional 8 Operacional	3 Diretores de CRI 5 Diretores de UGI 8 Diretores de Serviço
	9 Polo II	9 UGI	7 Médicos 2 Médicas	9 Operacional	9 Diretores de Serviço
	1 Polo III	1 UGI	1 Médico	1 Organizacional	1 Diretor de UGI
<b>Fase 3 2014/2015</b> <b>Acomodação da fusão</b> n=14	7 Polo I	1 CRI 3 UGI 3 AG	1 Enfermeira 1 Médico 2 Médicas 2 Gestores 1 Gestora	6 Organizacional 1 Operacional	1 Chefe de equipa 3 Administradores de UGI 1 Diretor de AG 2 Administrador de AG
	7 Polo III	7 UGI	2 Enfermeiras 1 Médica 4 Médicos	6 Operacional 1 Organizacional	6 Chefes de equipa 1 Diretor de UGI

**Legenda:** CRI - Centro de Responsabilidade Integrado; UGI - Unidade de Gestão Intermédia; AG - Área de Gestão

Fonte: elaboração própria

Um entendimento específico sobre um fenómeno complexo só pode ser obtido falando com as pessoas envolvidas para que estas partilhem a sua versão da história, os seus pensamentos mais profundos e comportamentos que ditam as suas respostas (Creswell, 2012). Nesse sentido, considerou-se o nível micro de análise (Bryman, 2004), o individual, incluindo perceções e atitudes, compreendidas no contexto social de integração da organização objeto de estudo. Com a realização de entrevistas individuais semiestruturadas procurámos captar experiências, preocupações, interesses, crenças, valores, conhecimento e formas de ver, pensar e agir dos entrevistados (Shah & Corley, 2006), sendo possível atribuir sentido e interpretar os fenómenos quanto aos significados que as pessoas envolvidas lhes atribuem (Denzin & Lincoln, 2005) e compreender os indivíduos com base nas definições que estes têm sobre o seu 'próprio mundo' (Naidu & Walt, 2005).

O objetivo da investigação não é a generalização dos resultados nem o estabelecimento de relações causais entre eventuais variáveis que resultem da pesquisa, mas sim compreender em profundidade o fenómeno em estudo. A recolha dos dados de forma longitudinal (entre 2010 e 2015) permitiu captar a evolução das perceções dos gestores relativamente aos impactos das mudanças sobre as dinâmicas de gestão, particularmente a importância do contrato psicológico para a gestão do desempenho humano. Em particular, procurámos compreender o papel da liderança e da coordenação relacional para a efetiva implementação do contrato psicológico. O que se procura não é mensurar, mas sim interpretar a complexa realidade organizacional 'através dos olhos' daqueles que têm implícita a tarefa de implementar operacionalmente as mudanças e gerir os seus efeitos sobre as relações de emprego e o desempenho humano (Alcover, Rico, Turnley, & Bolino, 2017a, 2017b; Meyer et al., 2016; Woodrow & Guest, 2017).

### **Requisitos éticos e protocolo de entrevista**

A recolha dos dados através de entrevista obedece a determinados requisitos éticos relacionados quer com a sua realização, quer com a divulgação dos resultados (Bryman, 2012; Creswell, 2012). Para a realização do estudo foi obtido consentimento formal e estabelecido um protocolo de parceria entre o Centro Hospitalar e a Universidade onde este trabalho foi sediado. Aquando da marcação das entrevistas foi dada aos participantes informação detalhada sobre a natureza do projeto, os objetivos do estudo, o processo de investigação e a importância da sua contribuição; foi-lhes concedido tempo para analisarem as questões e

considerarem a informação a prestar. As entrevistas foram realizadas individualmente nos locais de trabalho dos entrevistados, seguindo um guião pré-definido com questões semiabertas. Foi-lhes solicitada autorização para que as entrevistas fossem áudio-gravadas garantindo que o material recolhido é considerado confidencial; foi ainda dada informação sobre o momento em que a gravação começou e terminou. De forma a assegurar o anonimato dos participantes, são omitidos os respetivos nomes no tratamento dos dados, bem como na apresentação dos resultados.

### **Procedimento científico, validade e confiabilidade**

A realização de um estudo de caso na base dos princípios da *grounded theory approach*, apresenta-se como um desafio, não apenas quanto ao processo de recolha, tratamento e análise dos dados, mas também quanto à ordem de apresentação da literatura de suporte e dos resultados intercalares e finais obtidos. De acordo com Strauss e Corbin (1990, p. 224), *'writing theses'* é aliás uma das principais dificuldades de aplicação da *grounded theory approach* uma vez que, conforme já referido, a recolha, o tratamento e a análise dos dados, ocorrem de forma contínua, num processo iterativo de avanços e recuos entre a teoria e a prática. E, de facto, as leituras, as recolhas dos dados, a sua análise, discussão, codificação e interpretação, confundiram-se em variadas ocasiões ao longo do processo de investigação.

Na comunicade científica, ao contrário dos métodos de análise de dados quantitativos, existem evidentes resistências para a análise de dados qualitativos; além disso, o facto de ser difícil encontrar um padrão objetivo para atribuição de significado à grande quantidade de informação produzida; esta não é impossível, mas requer o uso de estratégias gerais para operacionalizar a análise de dados qualitativos (Bryman, 2004). O nosso trabalho foi orientado pelos processos genéricos propostos por Strauss (1987) e Lee (1999) para a formulação de novas conceptualizações teóricas ou refinamento das teorias existentes a partir dos dados. Os autores apresentam uma estrutura para a apresentação dos procedimentos de 'recolha, tratamento e análise' que seguimos no nosso trabalho de investigação e que passamos a descrever.

Primeiro, surgiram algumas ideias sobre os tópicos a explorar, foram formuladas as questões e identificados os conceitos preliminares sobre o fenómeno de interesse: a relação entre a GRH e o desempenho organizacional e, em particular, os processos que facilitam e moderam/medeiam essa ligação, em organizações complexas e em complexos contextos de



reestruturação organizacional. Esta fase, que teve início em 2010, foi importante para efetuar as primeiras distinções e comparações, implicando que se pensasse desde logo em possíveis hipóteses, conceitos e na sua previsível relação. Além do mais, foi também nesta fase que este trabalho de investigação se ligou com os propósitos do projeto *'Higher Performance and Psychological Well-being in Hospitals'* que, conforme referimos, procura compreender em profundidade a importância da presença de práticas de gestão de pessoas e a sua relação com os modelos de governação da NGP no contexto das reestruturações hospitalares. O contexto complexo de reestruturações organizacionais numa organização, também ela complexa, em que este projeto estava a ser conduzido, foi considerado de extrema relevância para procurar compreender o nosso fenómeno organizacional de interesse.

Segundo, surgiram alguns conceitos subjacentes e potencialmente explicativos da ocorrência de uma relação positiva entre a GRH e o desempenho organizacional. As primeiras ligações resultaram da literatura em GRH e, em particular, em gestão do desempenho humano, gestão do contrato psicológico e liderança. Avançámos com alguma conceptualização sobre a importância da gestão efetiva do estado do contrato psicológico, quer em termos de incentivos do empregador, quer de contributos do empregado para a obtenção de elevado desempenho organizacional, numa lógica de conciliação de eficiência económica e eficiência social. De acordo com Lee (1999), esta é a fase inicial da conceptualização teórica, ou seja, de produção da teoria, que se tornará mais densa e consistente à medida que novas ligações forem sendo formuladas.

Terceiro, as ligações preliminares entre a gestão do contrato psicológico e o elevado desempenho organizacional foram testadas com base nos dados empíricos recolhidos através de entrevistas na Fase 1 (i.e., 2010/2011, após reorganização interna). Estas entrevistas, realizadas antes do processo de fusão, permitiram estabelecer as primeiras ligações entre os constructos considerados no modelo de gestão do desempenho humano e antever os desafios, bem como as oportunidades que, na perspetiva dos gestores, resultariam do processo de integração organizacional. Na base de literatura adicional sobre liderança, e destas primeiras entrevistas, definimos um código de análise (composto pelas categorias de eficiência económica, eficiência social, gestão do contrato psicológico, liderança e coordenação relacional). As primeiras codificações permitiram pré-verificar a importância dos constructos considerados, bem como as suas ligações conceptuais com o fenómeno de interesse. O carácter preview das ligações entre as questões e os respetivos dados empíricos seria sujeito a

reverificação nas fases subsequentes da pesquisa, com novos dados e nova codificação (Strauss, 1987).

Quarto, iniciou-se o processo de testar a teoria preliminar (Strauss, 1987). Uma vez que a codificação só tem relevância quando poder ser ligada com os dados empíricos, procurou-se relacionar aqueles conceitos com a realidade objetiva dos dados. As leituras adicionais sobre mudança e transição organizacional, mudança de lógicas e domínios de práticas e as entrevistas realizadas na Fase 2 (i.e., 2012/2013, após implementação da fusão) e na Fase 3 (i.e., 2014/2015, acomodação da fusão) foram essenciais para ‘afinar’ e tornar mais ‘robusto’ o código de análise através do *‘intercoder reliability’* e proceder a um refinamento teórico em que se procura integrar, simplificar e reduzir os conceitos centrais e as suas interligações.

Quinto, extraíram-se as dimensões, as distinções, as categorias, as ligações mais importantes e evidentes e que constituiriam o centro da teoria a produzir (Strauss, 1987). Foi o que fizemos com a definição do modelo de análise para o ‘bem-estar psicológico através da liderança e da coordenação relacional’, apresentado na Figura 26, no Capítulo III, no qual considerámos a importância da liderança transformacional e da coordenação relacional para melhor compreender a importância da gestão do contrato psicológico, em tempos de austeridade, para o elevado desempenho e bem-estar psicológico (hedónico e eudemónico).

Strauss (1987) e Lee (1999) propõem depois três fases adicionais que se consideram dinâmicas, uma vez que implicam que o investigador se movimenta entre a teoria e a prática, num processo iterativo. Ao longo de todo o processo de recolha e análise de dados, foram produzidos memorandos teóricos, que eram reexaminados e reclassificados periodicamente com novas ideias e literatura adicional, foram efetuados testes empíricos aos conceitos, os códigos de análise foram redefinidos (p.e., considerou-se a importância de considerar as subcategorias ‘existe’ e ‘não existe’ em várias categorias, tais como a gestão do contrato psicológico, liderança e coordenação relacional), foram feitas revisões e novos testes aos conceitos, verificando-se o paradigma da codificação; ou seja, a recolha dos dados, a codificação e a produção de memorandos teóricos ocorreram de forma iterativa em que os dados foram examinados e reexaminados ao longo de toda a vida do projeto de investigação. Procedeu-se à recolha de novos dados, à sua codificação e interpretação de forma dinâmica e recíproca, pelo que esta fase significou regressar às primeiras fases. Por fim, foi escrito o relatório da investigação, que se materializa com esta tese, que envolve um processo analítico e a necessidade de reintegração adicional dos dados.

Para aumentar a confiança nos dados de pesquisa e a validade do estudo, bem como obter uma compreensão mais clara do problema, foi feita triangulação de investigadores (Thurmond, 2001). Uma amostra aleatória de 5 entrevistas foi analisada e codificada por duas pessoas que receberam formação adequada no software MAXQDA<sup>®</sup>, bem como nos processos genéricos e específicos de codificação de dados qualitativos obtidos através de entrevistas (Oliveira, 2013). Os codificadores reuniram-se frequentemente durante o processo de recolha de dados com o objetivo de discutirem as entrevistas mais recentes, provisoriamente analisarem os dados, reestruturarem as questões quando necessário e planearem as entrevistas seguintes (Oliveira, 2013; Strauss, 1987). Foram verificadas as suas inferências e as diferenças de categorização foram analisadas e discutidas pela equipa de investigação e, perante divergências de atribuição, foram redefinidas as codificações (Denzin & Lincoln, 2005).

### **Sistema de códigos de análise e definições operacionais**

Na Fase 1 (entrevistas de 2010/2011, i.e., após reorganização interna) e tendo em consideração os nossos propósitos de investigação e o modelo de *“elevado desempenho e bem-estar psicológico em hospitais”* publicado por Oliveira e seus colegas em 2014 (Oliveira et al., 2014), desenvolvemos um sistema de códigos composto pelas seguintes categorias e subcategorias teóricas, tal como identificado no **Quadro 18** e operacionalizado no **Quadro 20**: (1) caracterização demográfica (género e níveis de gestão), (2) bem-estar psicológico (eficiência social) (eudemónico e hedónico), (3) produtividade e desempenho (eficiência económica), (4) liderança (transformacional e transaccional) e (5) gestão do contrato psicológico (incentivos do empregador e contributos do empregado). As subcategorias de liderança e gestão do contrato psicológico foram desagregadas em ‘existe’ e ‘não existe’ de modo a captar a presença, ou ausência, dos diferentes atributos nos discursos. Com este sistema de códigos procurámos melhor compreender as perceções dos gestores sobre as prioridades e objetivos de gestão ao nível das diferentes lógicas, o impacto da mudança de lógicas sobre a gestão do desempenho e, em particular, sobre a gestão do contrato psicológico, as dificuldades de conciliação das diferentes lógicas, os estilos de liderança predominantes entre os gestores e que mecanismos de coordenação relacional existem.

Após análise das entrevistas realizadas na Fase 2 (entrevistas de 2012/2013, i.e., após implementação da fusão), acrescentámos ao código de análise as seguintes categorias teóricas e subcategorias: (6) coordenação relacional (partilha – de objetivos e conhecimentos, respeito

mútuo e comunicação – frequente, atempada, para a resolução de problemas e precisa) (7) mudança de lógicas de gestão (domínios de lógicas e atribuições das mudanças), e (8) mudança de práticas (domínios de práticas, confrontos inter-práticas, confrontos intra-práticas e atribuições da mudança de práticas), tal como identificado no **Quadro 19** e operacionalizado no **Quadro 20**.

Quadro 18 – Sistema de códigos de análise (1)

<p><b>1. Caracterização demográfica</b></p> <p>1.1. <u>Género</u></p> <p>1.1.1. Feminino</p> <p>1.1.2. Masculino</p> <p>1.2. <u>Níveis de Gestão</u></p> <p>1.2.1. Organizacional</p> <p>1.2.1.1. Cons. Administração</p> <p>1.2.1.2. Diretor Área Integrada</p> <p>1.2.1.3. Administrador</p> <p>1.2.2. Operacional</p> <p>1.2.2.1. Diretor de Serviço</p> <p>1.2.2.2. Enfermeiro-Supervisor</p> <p>1.2.2.3. Enfermeiro-Chefe</p> <p>1.2.2.4. Médico-Chefe Unidade</p> <p><b>2. Bem-estar Psicológico (Eficiência Social)</b></p> <p>2.1. <u>Eudemónico</u></p> <p>2.1.1. Propósito de envolvimento</p> <p>2.1.2. Autonomia</p> <p>2.1.3. Desenvolvimento Pessoal</p> <p>2.2. <u>Hedónico</u></p> <p>2.2.1. Satisfação com superiores</p> <p>2.2.2. Satisfação com equipa</p> <p>2.2.3. Satisfação com pacientes</p> <p><b>3. Produtividade e Desempenho (Eficiência Económica)</b></p> <p>3.1. <u>Investigação Científica</u></p> <p>3.2. <u>Formação</u></p> <p>3.3. <u>Assistência Clínica</u></p> <p>3.4. <u>Inovação Organizacional</u></p>	<p><b>4. Liderança</b></p> <p>4.1. <u>Transformacional</u></p> <p>4.1.1. Carisma</p> <p>4.1.2. Inspiração</p> <p>4.1.3. Estímulo intelectual</p> <p>4.1.4. Consideração individual</p> <p>4.2. <u>Transaccional</u></p> <p>4.2.1. <i>Contingent reward</i></p> <p>4.2.2. Gestão ativa</p> <p>4.2.3. Gestão passiva</p> <p>4.2.4. Laissez-faire</p> <p><i>Subdividir em: ‘Existe’ e ‘Não existe’</i></p> <p><b>5. Gestão do contrato psicológico</b></p> <p>5.1. <u>Incentivos do empregador</u></p> <p>5.1.1. Compensação Financeira</p> <p>5.1.2. Progressão na carreira</p> <p>5.1.3. Ambiente social</p> <p>5.1.4. Ambiente de trabalho</p> <p>5.1.5. Equilíbrio vida-trabalho</p> <p>5.2. <u>Contributos do empregado</u></p> <p>5.2.1. Esforço e desempenho</p> <p>5.2.2. Flexibilidade</p> <p>5.2.3. Lealdade</p> <p>5.2.4. Conduta ética</p> <p>5.2.5. Disponibilidade/Acessibilidade</p> <p><i>Subdividir em: ‘Existe’ e ‘Não existe’</i></p>
---	---

Fonte: elaboração própria

Quadro 19 – Sistema de códigos de análise (2)

<p><b>6. Coordenação relacional</b></p> <p>6.1. Partilha de objetivos</p> <p>6.2. Partilha de conhecimentos</p> <p>6.3. Respeito mútuo</p> <p>6.4. Comunicação frequente</p> <p>6.5. Comunicação atempada</p> <p>6.6. Comunicação para resolução de problemas</p> <p>6.7. Comunicação precisa</p> <p><i>Subdividir em: ‘Existe’ e ‘Não existe’</i></p> <p><b>7. Mudança de lógicas</b></p> <p>7.1. <u>Domínios de lógicas</u></p> <p>7.1.1. Institucionais</p> <p>7.1.2. Organizacionais</p> <p>7.1.3. Operacionais</p> <p>7.2. <u>Atribuições das mudanças</u></p> <p>7.2.1. Redução de custos</p> <p>7.2.2. Qualidade do serviço</p> <p>7.2.3. Bem-estar psicológico</p> <p>7.2.4. Exploração dos trabalhadores</p> <p>7.2.5. Cumprimento legal</p> <p><i>Do 7.2.1. ao 7.2.5., subdividir em:</i></p> <p><i>. Lógica institucional</i></p> <p><i>. Lógica organizacional</i></p> <p><i>. Lógica operacional</i></p>	<p><b>8. Mudança de práticas</b></p> <p>8.1. <u>Domínios de práticas</u></p> <p>8.1.1. Clínicas</p> <p>8.1.2. Científicas</p> <p>8.1.3. Tecnológicas</p> <p>8.1.4. Políticas-gestão</p> <p>8.2. <u>Confrontos inter-práticas</u></p> <p>8.2.1. Clínica/Científica</p> <p>8.2.2. Clínica/Política</p> <p>8.2.3. Clínica/Tecnológica</p> <p>8.2.4. Científica/Política</p> <p>8.2.5. Científica/Tecnológica</p> <p>8.2.6. Política-gestão/Tecnológica</p> <p>8.3. <u>Confrontos intra-práticas</u></p> <p>8.3.1. Clínicas</p> <p>8.3.2. Científicas</p> <p>8.3.3. Tecnológicas</p> <p>8.3.4. Política-gestão</p> <p>8.4. <u>Atribuições da mudança de práticas</u></p> <p>8.4.1. Redução de custos</p> <p>8.4.2. Qualidade do serviço</p> <p>8.4.3. Bem-estar psicológico</p> <p>8.4.4. Exploração dos trabalhadores</p> <p>8.4.5. Cumprimento legal</p> <p><i>Do 8.4.1. ao 8.4.5., subdividir em:</i></p> <p><i>. ‘Práticas clínicas’</i></p> <p><i>. ‘Práticas científicas’</i></p> <p><i>. ‘Práticas tecnológicas’ e</i></p> <p><i>. ‘Práticas políticas/gestão’</i></p>
---	---

Fonte: elaboração própria

Quadro 20 – Definições operacionais do código de análise

<b>Código</b>	<b>Categorias teóricas</b> Subcategorias	<b>Definições Operacionais</b>
<b>1.</b>	<b>CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA</b>	Características dos entrevistados.
1.1.	Género	Características dos entrevistados no que se refere a género.

<b>Código</b>	<b>Categorias teóricas</b> Subcategorias	<b>Definições Operacionais</b>
1.2.	Níveis de Gestão	Poder posicional no momento da entrevista. Distinguem-se: organizacional e operacional.
1.2.1.	<i>Organizacional</i>	Poder posicional de discutir políticas de gestão ao nível dos serviços integrados. Distinguem-se: Conselho de Administração, Diretor de Área de Gestão Integrada e Administrador de Área de Gestão Integrada.
1.2.2.	<i>Operacional</i>	Cargos de gestão ao nível da unidade de serviço, constituído por Diretor de Serviço, Enfermeiro Supervisor, Enfermeiro-chefe e Médico-chefe de Unidade.
<b>2.</b>	<b>BEM-ESTAR PSICOLÓGICO (EFICIÊNCIA SOCIAL)</b>	Avaliação subjetiva que os indivíduos fazem das suas vidas, no bem-estar afetivo temporalmente estável e que está relacionado com a felicidade, tristeza, ansiedade e depressão, no sentimento de realização pessoal, em detrimento de sentimentos negativos e desagradáveis. Relaciona-se com os valores, crenças e personalidade do indivíduo. <b>Definições operacionais com base em Robertson &amp; Cooper (2010) e Oliveira et al. (2014)</b>
2.1.	<b>Bem-estar psicológico eudemónico</b>	Experimentação de sensações positivas por parte do trabalhador, que levam à sua motivação, por meio de comprometimento, envolvimento, desenvolvimento pessoal e autonomia.
2.1.1.	<b>Propósito de envolvimento</b>	Grau em que as pessoas se identificam psicologicamente com as atividades desenvolvidas no âmbito da sua atividade profissional, ou seja, traduz-se no grau de vontade e de capacidade para ajudar a organização a ser bem-sucedida.
2.1.1.1.	<i>Aprendizagem</i>	Disposição do indivíduo para aprender, de forma imposta ou autónoma.
2.1.1.2.	<i>Respeito mútuo</i>	Respeito dado e recebido por parte do indivíduo para com a organização e colegas, e vice-versa.
2.1.1.3.	<i>Auto-avaliação</i>	Reconhecimento e aceitação, por parte do próprio indivíduo, das suas competências e limitações.
2.1.1.4.	<i>Auto-eficácia</i>	Reconhecimento por parte do indivíduo das suas competências para realizar diferentes tarefas e funções.
2.1.1.5.	<i>Partilha de conhecimentos</i>	Pré-disposição dos indivíduos para partilhar os seus conhecimentos, assim como adquirir novos.
2.1.1.6.	<i>Consciência coletiva</i>	Espírito de equipa, em que o esforço individual tem como finalidade última os objetivos coletivos.
2.1.2.	<b>Autonomia</b>	Traduz-se no grau de liberdade dos trabalhadores em decidir como e quando realizar uma determinada tarefa, objetivo ou trabalho.
2.1.2.1.	<i>Autonomia individual</i>	Liberdade, independência e discricção com que o indivíduo realiza uma tarefa individual.
2.1.2.2.	<i>Autonomia de equipa</i>	Aumento da responsabilização individual de alguns elementos que constituem a equipa, que melhora as tarefas e bem-estar psicológico dos indivíduos e promove a auto-eficácia e um bom ambiente de trabalho.

<b>Código</b>	<b>Categorias teóricas</b> Subcategorias	<b>Definições Operacionais</b>
2.1.3.	<b>Desenvolvimento Pessoal</b>	Intenção do indivíduo em tornar-se tudo aquilo que é capaz de ser, incluindo, crescimento, alcance do seu próprio potencial e autodesenvolvimento.
2.2.	<b>Bem-estar psicológico hedônico</b>	Estado afetivo de busca de atividades que proporcionem prazer, conforto e satisfação, evitando as que lhe são fisicamente desagradáveis. Este estado afetivo resulta de afetos no trabalho, emoções e estados de humor do profissional.
2.2.1.	<i>Satisfação com superiores</i>	Satisfação que o profissional tem com a supervisão e reconhecimento dos superiores.
2.2.2.	<i>Satisfação com equipa</i>	Satisfação que o profissional tem com as condições, ambiente e trabalho de equipa.
2.2.3.	<i>Satisfação com pacientes</i>	Satisfação que o profissional tem com o reconhecimento e agradecimento por parte dos doentes.
<b>3.</b>	<b>PRODUTIVIDADE E DESEMPENHO (EFICIÊNCIA ECONÓMICA)</b>	O desempenho individual refere-se à forma como o indivíduo realiza o seu trabalho, nomeadamente quantidade e qualidade. O desempenho organizacional é o resultado agregado do esforço e desempenho individual. <b>Definições operacionais com base em Robertson &amp; Cooper (2010) e Oliveira et al. (2014)</b>
3.1.	<i>Investigação científica</i>	Tem por base o avanço no conhecimento, no desenvolvimento e na identificação de novas áreas de progresso científico: artigos publicados, conferências.
3.2.	<i>Formação</i>	Traduz-se na aprendizagem e reciclagem de conhecimentos: formação interna e formação externa.
3.3.	<i>Assistência clínica</i>	Traduz-se nos critérios operacionais do desempenho da profissão: número de consultas efetuadas, qualidade das consultas.
3.4.	<i>Inovação organizacional</i>	Respeita a sugestões de melhoria e à efetiva melhoria de métodos e de formas de organização do trabalho: oportunidade de contributo para o <i>job design</i> .

<b>Código</b>	<b>Categorias teóricas</b> Subcategorias	<b>Definições Operacionais</b>
<b>4.</b>	<b>LIDERANÇA</b>	Processo de influência que afeta a interpretação dos eventos pelos seguidores, a escolha dos objetivos para o grupo ou organização e a organização do trabalho de forma a atingir os objetivos, a motivação dos seguidores para prosseguir esses objetivos, a manutenção das relações de cooperação e o trabalho de equipa, o das competências e confiança pelos membros e a obtenção de apoio e cooperação de pessoas exteriores ao grupo ou organização. <b>Definições operacionais com base em Bass (1990) e Yulk (1998)</b>
4.1.	<b>Transformacional</b>	Consiste numa relação personalizada entre líder e seguidor, criando um ambiente de trabalho favorável. Este líder tem como tarefa alinhar os interesses da organização com os dos seus colaboradores. Este tipo de liderança contribui para o aumento do esforço, do desempenho, da satisfação, do

<b>Código</b>	<b>Categorias teóricas</b> Subcategorias	<b>Definições Operacionais</b>
		comprometimento, do desenvolvimento pessoal, do comportamento de cidadania organizacional, da autoaceitação e do bem-estar dos indivíduos.
4.1.1.	<i>Carisma</i>	O líder proporciona visão e sentido de missão aos seguidores, instila orgulho, ganha respeito e confiança.
4.1.2.	<i>Inspiração</i>	O líder transmite elevadas expectativas e padrões, usa símbolos para enfatizar esforços, expressa propósitos importantes de forma simples, otimista sobre o futuro.
4.1.3.	<i>Estímulo intelectual</i>	O líder desafia com ideias novas e solicita ideias dos seguidores.
4.1.4.	<i>Consideração individual</i>	O líder mostra interesse pelo desenvolvimento de cada seguidor, trata-os de forma individual, aconselha.
4.2.	<b>Transacional</b>	Consiste numa relação de troca entre o líder e o seu seguidor para satisfazer os seus próprios interesses. O líder controla o desempenho do seu empregado e aplica sanções se o mesmo não cumprir com os padrões de desempenho exigidos.
4.2.1.	<i>Contingent reward</i>	As recompensas são estabelecidas em função do esforço, desempenho e resultados.
4.2.2.	<i>Gestão ativa</i>	Os líderes antecipam os problemas e intervêm com medidas corretivas antes dos problemas ocorrerem.
4.2.3.	<i>Gestão passiva</i>	Os líderes intervêm após a ocorrência dos problemas.
4.2.4.	<i>Laissez-faire</i>	O líder abdica das responsabilidades e evita tomar decisões.
<b>5.</b>	<b>GESTÃO DO CONTRATO PSICOLÓGICO</b>	O contrato psicológico diz respeito a um conjunto de crenças individuais que têm como base a percepção dos indivíduos sobre os termos e condições de um acordo recíproco de intercâmbio de 'contributos' e 'retornos', entre duas partes. O seu conteúdo refere-se aos aspetos que estão envolvidos na relação de emprego estabelecida entre o empregado e a organização. <b>Definições operacionais com base em De Vos, Buyens, &amp; Schalk (2003) e Lee, Liu, Rousseau, Hui, &amp; Chen (2011)</b>
5.1.	<b>Incentivos do empregador</b>	São recompensas e suportes proporcionados pelo empregador com o objetivo de motivar os empregados a aderirem e a permanecerem na organização e a contribuírem com esforços em benefício da mesma.
5.1.1.	<i>Compensação financeira</i>	Oferecer compensações apropriadas (p.e., remuneração compatível e proporcional ao trabalho).
5.1.2.	<i>Progressão na carreira</i>	Oferecer oportunidades de desenvolvimento e/ou promoção dentro da organização.
5.1.3.	<i>Ambiente social</i>	Oferecer um ambiente de trabalho agradável e de cooperação (boa comunicação e cooperação intragrupo).
5.1.4.	<i>Ambiente de trabalho</i>	Oferecer funções desafiantes e interessantes em que o empregado possa usar as suas capacidades, tarefas desafiantes.
5.1.5.	<i>Equilíbrio vida-trabalho</i>	Mostrar respeito e compreensão pela situação pessoal do trabalhador (p.e., flexibilidade no horário de trabalho, compreensão das circunstâncias pessoais).
5.2.	<b>Contributos do empregado</b>	São os recursos recíprocos que os empregados proporcionam em termos dos seus esforços no trabalho – normalmente



<b>Código</b>	<b>Categorias teóricas</b> Subcategorias	<b>Definições Operacionais</b>
		manifestados como desempenho ( <i>in-role performance</i> ) e esforços discricionários em benefício dos seus empregadores ( <i>extra-role performance</i> ). As contribuições do empregado poderão incluir, por exemplo, a dedicação e o esforço na realização das tarefas, contribuir com os conhecimentos e competências, ter preocupação com a qualidade e ser flexível.
5.2.1.	<i>Esforço e desempenho</i>	Disposição para se esforçar por bom desempenho (p.e., fazer esforços em prol da organização, fazer um bom trabalho em termos de quantidade e qualidade, trabalhar bem em equipa).
5.2.2.	<i>Flexibilidade</i>	Disposição para ser flexível na realização do trabalho (p.e., trabalhar fora de horas ou levar trabalho para casa).
5.2.3.	<i>Lealdade</i>	Evidenciar vontade de continuar a trabalhar na organização a longo prazo (p.e., permanecer na organização por vários anos).
5.2.4.	<i>Conduta ética</i>	Evidenciar uma postura ética perante a organização (p.e., não tornar públicas informações confidenciais, ser honesto com a utilização dos recursos).
5.2.5.	<i>Disponibilidade</i> <i>Acessibilidade</i>	Disposição para manter o estatuto num nível aceitável (p.e., fazer cursos de formação, manter-se atualizado).
<b>6.</b>	<b>COORDENAÇÃO RELACIONAL</b>	Processo de inter-relação contínua e recíproca entre os participantes num processo de trabalho, cujas tarefas e pessoas são interdependentes. <b>Definições operacionais com base em Gittell (2011)</b>
6.1.	<i>Partilha de objetivos</i>	Relação através da qual a coordenação ocorre e que pressupõe o aumento da comunicação entre as partes, uma vez que esta transcende a partilha dos objetivos funcionais específicos de cada participante.
6.2.	<i>Partilha de conhecimentos</i>	Relação através da qual a coordenação ocorre e que pressupõe uma partilha de conhecimentos entre os participantes, de modo a que estes percebam como as suas tarefas específicas se inter-relacionam com todo o processo.
6.3.	<i>Respeito mútuo</i>	Relação através da qual a coordenação ocorre e que se traduz num dever ou obrigação imposta à conduta dos participantes, para que estes sejam mais recetivos à comunicação, independentemente do seu estatuto.
6.4.	<i>Comunicação frequente</i>	Laço comunicacional frequente entre os participantes de um processo de trabalho, através dos quais há um reforço para permitir uma relação de coordenação eficaz.
6.5.	<i>Comunicação atempada</i>	Laço comunicacional oportuno entre os participantes de um processo de trabalho, através dos quais há um reforço para permitir uma relação de coordenação eficaz.
6.6.	<i>Comunicação para resolução de problemas</i>	Laço comunicacional entre os participantes de um processo de trabalho, com o objetivo de resolver problemas, através dos quais há um reforço para permitir uma relação de coordenação eficaz.
6.7.	<i>Comunicação precisa</i>	Comunicação isenta de erros.

<b>Código</b>	<b>Categorias teóricas Subcategorias</b>	<b>Definições Operacionais</b>
<b>7.</b>	<b>MUDANÇA DE LÓGICAS</b>	São práticas e construções simbólicas que constituem os princípios organizacionais, além da compreensão racional. Estas práticas são definidas como matrizes mediadas pela atividade humana e organizadas em torno da compreensão da prática partilhada. Isto é, fornecem diretrizes para a ação, interesses e identidade dos trabalhadores. <b>Definições Operacionais com base em Lok (2010) e Nishii, Lepak, &amp; Schneider (2008)</b>
7.1.	<b>Domínios de lógicas</b>	Coexistência de diferentes domínios de lógicas (i.e., institucionais, organizacionais e operacionais).
7.1.1.	<i>Institucionais</i>	Políticas de governação.
7.1.2.	<i>Organizacionais</i>	Estratégias organizacionais/departamentais.
7.1.3.	<i>Operacionais</i>	Práticas na unidade/serviço/local de trabalho.
7.2.	<b>Atribuições das mudanças</b>	Coexistência de diferentes atribuições da mudança de práticas (i.e., redução de custos, qualidade do serviço, bem-estar psicológico, exploração dos trabalhadores e cumprimento legal).
7.2.1.	<i>Redução de custos</i>	Controlo de custos, resultantes de atribuições focadas no controlo e nos objetivos estratégicos e plano de negócios.
7.2.2.	<i>Qualidade do serviço</i>	Atribuição referente a causas internas das práticas orientadas para objetivos estratégicos e focalizadas no comportamento e satisfação dos trabalhadores.
7.2.3.	<i>Bem-estar psicológico</i>	Atribuições referentes a fatores internos das práticas orientadas para o trabalhador, em particular referentes ao comprometimento.
7.2.4.	<i>Exploração dos trabalhadores</i>	Atribuições referentes à exploração dos trabalhadores, focadas em práticas de exploração e alocação apropriada de recursos.
7.2.5.	<i>Cumprimento legal</i>	Atribuições referentes ao cumprimento legal do código de trabalho.
<b>8.</b>	<b>MUDANÇA DE PRÁTICAS</b>	É necessário (re)pensar as práticas correntes nas organizações de saúde. Inovação nas práticas implica novidade, daí que, muitas vezes, as diversas práticas não estão alinhadas em termos de prioridades, por exemplo. Isto conduz a obstáculos à inovação e exige a necessidade de mudança de práticas para serem solucionados. <b>Definições Operacionais com base em Mørk, Hoholm, Eva, &amp; Aanestad (2012) e Nishii, Lepak, &amp; Schneider (2008)</b>
8.1.	<b>Domínios de práticas</b>	Coexistência de diferentes domínios de práticas (i.e., clínicas, científicas, tecnológicas e políticas-de gestão).
8.1.1.	<i>Clínicas</i>	Referem-se às atividades quotidianas vivenciadas nas organizações de saúde por diferentes grupos profissionais clínicos e não clínicos. Do primeiro fazem parte os intervenientes no processo de decisão do ato clínico (médicos, enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica). Os não clínicos são os gestores.
8.1.2.	<i>Científicas</i>	Referem-se às práticas de desenvolvimento de novos conhecimentos científicos. Como as inovações surgem

<b>Código</b>	<b>Categorias teóricas</b> Subcategorias	<b>Definições Operacionais</b>
		frequentemente num contexto das práticas em uso, é um desafio distinguir a prática de investigação científica de uma situação de uso clínico.
8.1.3.	<i>Tecnológicas</i>	Referem-se às práticas dos profissionais da indústria em que estes desenvolvem novas tecnologias, produtos e serviços, muitas vezes em estreita colaboração com profissionais da saúde.
8.1.4.	<i>Políticas-gestão</i>	Referem-se às práticas envolvidas na produção de políticas para as outras três práticas (i.e., clínicas, científicas e tecnológicas). Essas práticas manifestam-se através de: políticas financeiras (p.e., recompensas e benefícios financeiros, contratualização, financiamento adequado para levar a cabo a missão da organização); políticas legislativas (p.e., protocolos, orientações de boas práticas, benefícios legais); e políticas de GRH (p.e., formação, recrutamento e seleção, flexibilidade funcional, temporal e financeira).
8.2.	<b>Confronto inter-práticas</b>	Entre aqueles diferentes domínios de práticas, existem barreiras muito bem definidas entre diferentes grupos profissionais, especialidades, departamentos, de hospitais e até de centros de saúde; isto pode comprometer a introdução de práticas de gestão e inovação que desafiem estas barreiras. As barreiras organizacionais limitam o acesso aos recursos existentes e podem tornar a colaboração difícil.
8.2.1.	<i>Clínica/Científica</i>	As barreiras entre as práticas científicas e as práticas clínicas são pouco claras, muitas vezes confundidas. Diferentes motivações que estão subjacentes aos projetos científicos e às iniciativas de melhorias das práticas clínicas podem gerar conflitos sobre as prioridades. Daí resulta que os projetos de investigação 'lutem' para encontrar aliados nos 'campos' certos. A 'confusão' que se pode gerar entre as práticas clínicas e as práticas científicas é utilizada, muitas vezes, como justificação para não ser disponibilizado investimento financeiro, de uma forma explícita, para investigação.
8.2.2.	<i>Clínica/Política</i>	Inovação nas práticas implica novidade, daí que, muitas vezes, os diversos meios de práticas políticas não estão alinhados. Isto conduz a obstáculos à inovação e exige a necessidade de mudança de políticas para serem solucionados.
8.2.3.	<i>Clínica/Tecnológica</i>	As barreiras entre as práticas clínicas e tecnológicas são desafiadas quando é necessário desenvolver novas práticas. Isto requer a definição de novas formas de colaboração.
8.2.4.	<i>Científica/Política</i>	Inovação nas práticas implica novidade, daí que, muitas vezes, os diversos meios de práticas políticas não estão alinhados. Isto conduz a obstáculos à inovação e exige a necessidade de mudança de políticas para serem solucionados.
8.2.5.	<i>Científica/ Tecnológica</i>	As barreiras entre as práticas científicas e as práticas tecnológicas são desafiadas quando é necessário desenvolver novas práticas. Isto requer a definição de novas formas de colaboração.
8.2.6.	<i>Política/Tecnológica</i>	Inovação nas práticas implica novidade, daí que, muitas vezes, os diversos meios de práticas políticas não estão alinhados. Isto

<b>Código</b>	<b>Categorias teóricas</b> Subcategorias	<b>Definições Operacionais</b>
		conduz a obstáculos à inovação e exige a necessidade de mudança de políticas para serem solucionados.
8.3.	<b>Confronto intra-práticas</b>	Consiste nas barreiras/confrontos que ocorrem dentro do mesmo domínio de práticas, por exemplo, entre profissionais que exercem funções no mesmo domínio de prática. Diferentes especialidades clínicas, assim como profissionais não-clínicos, precisam muitas vezes de dialogar, numa base contínua, para decidir nas suas intenções. Além disso, a divisão do trabalho entre serviços hospitalares e entre hospitais tem, cada vez mais, uma componente de renegociação como parte da prática clínica. Mais ainda, existirá frequentemente nas práticas clínicas, a aplicação de novo conhecimento científico; pretende-se identificar a natureza dos confrontos que existem nesse diálogo.
8.4.	<b>Atribuições da mudança de práticas</b>	Coexistência de diferentes atribuições da mudança de práticas (i.e., redução de custos, qualidade do serviço, bem-estar psicológico, exploração dos trabalhadores e cumprimento legal).
8.4.1.	<i>Redução de custos</i>	Controlo de custos, resultantes de atribuições focadas no controlo e nos objetivos estratégicos e plano de negócios.
8.4.2.	<i>Qualidade do serviço</i>	Atribuição referente a causas internas das práticas orientadas para objetivos estratégicos e focalizadas no comportamento e satisfação dos trabalhadores.
8.4.3.	<i>Bem-estar psicológico</i>	Atribuições referentes a fatores internos das práticas orientadas para o trabalhador, em particular referentes ao comprometimento.
8.4.4.	<i>Exploração trabalhadores</i>	Atribuições referentes à exploração dos trabalhadores, focadas em práticas de exploração e alocação apropriada de recursos.
8.4.5.	<i>Cumprimento legal</i>	Atribuições referentes ao cumprimento legal.

### **Tratamento e codificação dos dados**

A *grounded theory approach*, enquanto modelo que orienta a codificação conceptual dos discursos, facilita a identificação dos conceitos principais, ou designadas categorias (Strauss, 1987). Assim, a análise dos discursos envolve: (1) a definição das categorias principais, ou seja, dos conceitos que explicam ou estão subjacentes aos discursos e que fazem parte do quadro conceptual, (2) a codificação de cada uma das categorias nos seus indicadores específicos, ou seja, a análise dos discursos em categorias e (3) compreender a ligação existente entre os discursos e a sua relação com o quadro conceptual (Strauss, 1987).

Para que uma categoria seja considerada como principal: a) a categoria deve ser central, ou seja, deve estar relacionada conceptualmente com a grande maioria das categorias restantes; b) a categoria deverá explicar uma considerável parte dos dados; c) as ligações entre uma categoria principal e as restantes categorias não devem ser forçadas com base nos dados, ou

seja, devem ocorrer naturalmente; d) as implicações de uma categoria principal para uma teoria geral devem ser evidentes, pelo que também não deve ser uma relação forçada; e) a ligação da categoria principal com os dados deverá melhorar ao longo das recolhas de dados subsequentes; f) uma categoria principal deverá maximizar a variância, ou seja, deverá ligar-se com o máximo de padrões encontrados nos dados ( Lee, 1999; Strauss, 1987).

A codificação é o processo através do qual os discursos transcritos são codificados nos indicadores, que são as sub-categorias do código de análise e que permitem organizá-los numa estrutura teoricamente significativa (Lee, 1999). Este é um procedimento essencial no âmbito da *grounded theory approach*. A excelência da pesquisa reside, em grande parte, em codificar bem e facilmente (Strauss, 1987). A codificação consiste em levantar as questões e dar-lhes uma resposta previsional (hipóteses) com base nas categorias e nas possíveis relações entre elas (Strauss, 1987). Um código é o termo para qualquer produto desta análise (quer seja uma categoria ou uma relação entre duas ou mais categorias) (Strauss, 1987). Geralmente, a atribuição aos discursos dos seus respetivos indicadores é efetuada de uma das seguintes formas: (1) *'open coding'*, (2) *'axial coding'* ou (3) *'selective coding'* (Lee, 1999; Strauss, 1987). A caracterização de cada uma, apresenta-se no **Quadro 21**.

Foi seguido o estilo de codificação *'axial coding'* de acordo com as orientações sugeridas por Lee (1999) e Strauss (1987): i) com base no modelo de análise da gestão do desempenho humano identificámos várias categorias e subcategorias teóricas, tais como bem-estar psicológico, produtividade e desempenho, liderança e gestão do contrato psicológico; ii) analisámos todos os dados quanto ao 'encaixe' em cada uma das subcategorias; iii) seleccionámos uma categoria e analisámos todos os dados quanto ao seu 'encaixe' nessa categoria e respetivas subcategorias; iv) seleccionámos outra categoria e analisámos todos os dados quanto à sua ligação com essa categoria e suas subcategorias; e v) repetimos este processo para todas as categorias e subcategorias (Lee, 1999; Strauss, 1987).

### **Organização e estruturação dos dados: MAXQDA®**

Todas as entrevistas foram integralmente transcritas de modo a manter intactas as palavras do entrevistado (Bryman, 2012). Uma das dificuldades da utilização das entrevistas qualitativas como método de recolha de dados, mas que se pode transformar em mais valia, é o facto de consumir muito tempo e recursos financeiros, mas que ao mesmo tempo produz uma grande e valiosa quantidade de material na forma de texto, cuja análise requer uma cuidada

estruturação. Para estruturar a informação foi utilizado o *software* de análise de dados qualitativos MAXQDA<sup>®</sup>, ferramenta que permite organizar grandes quantidades de texto e lidar com esquemas de codificação complexos (Bryman, 2004). Apesar de facilitar uma análise mais sofisticada e em maior profundidade, o *software* é apenas um auxiliar no processo de organização da informação em categorias específicas, constituindo um código de análise. Este código não é um dispositivo interpretativo, cabendo ao investigador tomar as decisões de codificação do texto nas diferentes categorias do código e daí retirar as suas interpretações e conclusões (Bryman, 2012). Pelo que a clareza e operacionalização de um quadro conceptual de análise é fundamental e determinante.

Quadro 21 – Tipos de codificação: *open coding*, *axial coding* e *selective coding*

Tipo	Descrição
Open coding	É um processo de codificação não restrito em que o investigador identifica as categorias que ‘surgem naturalmente’ dos próprios dados. O investigador cria tantas categorias, quantas as que forem necessárias para organizar, explicar e atribuir os dados empíricos a essas categorias, de uma forma coerente. Esta forma não estruturada de codificação poderá tornar-se complexa e de difícil operacionalização, pelo que é mais adequada para a fase inicial do processo de codificação. O objetivo é identificar os conceitos que melhor representam os dados, ainda que ainda de forma provisional; cada interpretação na fase inicial é uma tentativa de aproximação; os conceitos e as distinções poderão vir a revelar-se adequados, ou não, nas fases seguintes da análise e, eventualmente, serem modificados.
Axial coding	Consiste na atribuição dos indicadores empíricos a uma categoria de cada vez. Primeiro, o investigador propõe várias categorias. Segundo, o investigador seleciona uma única categoria, analisa todos os dados e conclui se estes se encaixam nessa categoria selecionada. De seguida, seleciona uma outra categoria e verifica se os dados restantes se relacionam com essa categoria. O processo continua e termina quando todos os dados tiverem sido avaliados relativamente a todas as categorias e cada dado associado a uma única categoria.
Selective coding	Refere-se à imposição de uma ordenação da importância das categorias. Primeiro, o investigador propõe várias categorias. Segundo, ordena as categorias de acordo com o seu potencial de terem dados que se relacionem com elas. Terceiro, seleciona a categoria mais importante e analisa todos os dados quanto ao seu ‘encaixe’ nessa categoria. Quarto, seleciona a segunda categoria mais importante e analisa todos os dados quanto à sua ligação com essa categoria. Este processo repete-se para cada categoria até que todos os dados tenham sido categorizados, idealmente com cada dado a ter cabimento numa única categoria.

Fonte: adaptado de Lee (1999, pp. 48-49) e Strauss (1987, pp. 28-33)

### Guião das entrevistas

As entrevistas da primeira fase (i.e., 2010/2011) foram realizadas após a reorganização interna do hospital em níveis de gestão intermédia e antes do processo de fusão com as restantes

unidades hospitalares. Com esta fase, procurámos melhor compreender as perceções dos gestores sobre o impacto da mudança de lógicas no setor público hospitalar para a, e na gestão do desempenho humano com impacto no desempenho organizacional e bem-estar psicológico dos trabalhadores. As entrevistas foram realizadas tendo como referência o seguinte guião, o qual serviu de base para todo o processo de recolha de dados:

- (1) Quais as principais mudanças que ocorreram na organização ao longo dos últimos dois anos que afetaram a forma como trabalha hoje?
- (2) A que é que atribui estas mudanças?
- (3) Qual tem sido o impacto das mudanças sobre a sua capacidade de prestar um serviço de elevada qualidade aos utentes?
- (4) De que forma as mudanças afetaram a sua personalidade e o seu bem-estar no trabalho?

Na Fase 1 (i.e., 2010/2011), pós reorganização interna e pré fusão, procurámos identificar os temas que são evocados para assim rever e afinar o código de análise, cujos códigos foram inicialmente derivados dos constructos que fazem parte do modelo de análise de gestão do desempenho humano apresentado no Capítulo III da Parte I deste trabalho, na **Figura 24**.

As entrevistas realizadas na Fase 2 (i.e., 2012/2013), após a formalização legal do processo de fusão (seguindo o mesmo guião de entrevista da Fase 1) e literatura adicional sobre lógicas de gestão, mudança de práticas, confrontos intra e inter-práticas, atribuições da mudança de lógicas e de práticas e de coordenação relacional, permitiram a redefinição da problemática, permitiram revelar conclusões mais consolidadas sobre alguns dos tópicos já identificados como relevantes na Fase 1 (i.e., 2010/2011). Além disso, foi possível a comparação longitudinal das perceções cognitivas dos gestores, na base dos mecanismos de evocação, o que permitiu compreender de que forma se desenvolveram tensões/conflitos e oportunidades das mudanças operadas. A comparação longitudinal das entrevistas permite identificar, compreender e justificar divergências nos discursos sobre a importância da gestão do contrato psicológico, antes e após o processo de reestruturação. Deste modo, poderemos melhor compreender o significado e a importância da implementação de um modelo relacional para e na gestão do desempenho humano (i.e., eficiência social), mais do que desempenho organizacional objetivo (i.e., eficiência económica).

As entrevistas da Fase 3 (i.e., 2014/2015), relativa à acomodação da fusão, foram realizadas no sentido de verificar a consistência de e para a gestão do contrato psicológico no contexto das reais mudanças. Assim, foi uma fase de confirmação e de verificação que permitiu identificar a

consistência dos resultados obtidos nas fases 1 e 2 e re(centrar) a atenção para a importância de um modelo relacional, não apenas para a gestão do desempenho humano e das expectativas, como também para a atração e retenção dos profissionais. Pelo que a identificação da gestão do contrato psicológico esteve em foco de análise, tendo sido analisado até que ponto os gestores percebem os fatores de retenção dos profissionais (clínicos e não-clínicos), e para que permaneçam satisfeitos, motivados e envolvidos com os propósitos organizacionais. Além disso, procurámos identificar, para os gestores organizacionais e operacionais e em tempos de austeridade, o que constitui um excelente desempenho humano e se subsiste a maior relevância dos indicadores de eficiência social em relação aos de eficiência económica. Para além das questões que constituem o guião de entrevistas procurámos saber o que gestores fazem para *'que as pessoas fiquem aqui a trabalhar'*, ou seja, o que contribui para a *'retenção de pessoas'* na organização e na unidade de serviço. Dessa forma, procurámos respostas relacionadas com a gestão das expectativas dos profissionais, ou seja, com a gestão do contrato psicológico.

Inicialmente, estava também planeada a recolha de dados sobre o bem-estar psicológico dos profissionais do Centro Hospitalar, quer na sua vertente hedónica (i.e., satisfação no trabalho), quer eudemónica (i.e., propósito de envolvimento, autonomia relativa e desenvolvimento pessoal), através de inquérito por questionário. No entanto, a sua aplicação não foi possível por falta de aprovação da proposta por parte do Centro Hospitalar em tempo útil para a sua consideração no presente trabalho. Apesar do projeto ter sido considerado relevante pelo Centro Hospitalar, a autorização para a recolha de dados, em todas as unidades hospitalares, da organização como um todo, veio apenas a ocorrer em dezembro de 2016. Em 2014 foi pedida autorização para, pelo menos, se fazer a aplicação do questionário numa das unidades hospitalares do Centro Hospitalar, cenário este abandonado em 2015, uma vez que já estava a decorrer a recolha de dados através de entrevistas.

Na base das definições operacionais do código de análise apresentadas no **Quadro 20**, os extractos das entrevistas foram codificados. Nas próximas secções apresentam-se os resultados dessa codificação, quer de forma descritiva e compreensiva, quer de forma quantitativa. A sustentação dos comentários apresentados é realizada com recurso aos discursos dos gestores, sem quaisquer adaptações ou modificações. Quaisquer citações são escritas "entre aspas duplas" para indicar que esta não é a nossa redação, mas sim as palavras dos entrevistados. Simultaneamente, recorreremos a análise gráfica, com a qual pretendemos



obter um significado mais objetivo dos dados recolhidos. Apresentam-se os resultados por fases: Fase 1 (2010/2011): após-reorganização interna; Fase 2 (2012/2013): após-implementação da fusão; e Fase 3 (2014/2015): acomodação da fusão.

## **4.2. RESULTADOS DAS ENTREVISTAS**

### **RESULTADOS DA FASE 1 (2010/2011) – APÓS REORGANIZAÇÃO INTERNA**

Os constrangimentos orçamentais impostos, primeiro pela NGP e depois pelas políticas de austeridade (Giovanella & Stegmüller, 2014), obrigaram a uma redefinição das lógicas de gestão do desempenho das organizações públicas, em geral (Buick et al., 2015; Hughes, 2012). Nas de serviços públicos hospitalares, em particular, as maiores exigências em termos de desempenho organizacional conduziram à definição de novas práticas de gestão (políticas), tal como evidenciado no Decreto-lei 30/2011, de 2 de março relativo à fusão das unidades de saúde, e à necessidade de reestruturação e melhoria dos processos em todos os domínios de práticas, não apenas das práticas clínicas, como também, científicas e tecnológicas (Mørk, Hoholm, Maaninen-Olsson, & Aanestad, 2012). O potencial paradoxo resultante da gestão com maiores constrangimentos ao nível da eficiência económica, quando a lógica formal central de governação continua a ser uma resposta social efetiva, em termos de satisfação dos utentes e da sociedade, pois o Decreto-lei 30/2011 também o ressalva, coloca tensões no equilíbrio entre as lógicas de eficiência económica e de eficiência social, obrigando a um repensar sobre a forma como estas organizações são e devem ser geridas do ponto de vista da utilização dos recursos, particularmente RH (Oliveira et al., 2014; Oliveira, Holland, & Filipe, 2017).

Olhar para os indicadores de desempenho humano numa perspetiva organizacional, e não apenas individual, implica compreender de que forma os gestores reagiram à mudança de paradigmas de gestão do desempenho (Andreasson, Eriksson, & Dellve, 2016; Oliveira et al., 2014; Oliveira, Raposo, Holland, & Lira de Carvalho, 2017). As entrevistas realizadas na Fase 1 (i.e., 2010/2011, após reorganização interna) foram exploratórias no sentido de facilitarem a identificação dos temas para melhor compreender os desafios associados à introdução de novas políticas de gestão do desempenho organizacional e humano, a que o Centro Hospitalar foi sujeito (Oliveira, Costa, & Filipe, 2013b). ‘Na voz’ de 10 médicos gestores de nível operacional (como diretores de serviço) e 2 médicos gestores de nível organizacional (como diretores de CRI), conforme identificado no **Quadro 17**, com um papel central na

implementação das mudanças a nível operacional, identificámos discursos que exemplificam a dissolução dos conflitos e controvérsias potencialmente existentes entre as distintas prioridades e lógicas de gestão do desempenho (institucionais, organizacionais e operacionais) (Oliveira, Costa, & Filipe, 2013b). Mais ainda, a análise qualitativa e compreensiva que efetuamos explicitou a ‘sensibilidade’ destes ‘gestores híbridos’ para a necessidade e importância de gerir o contrato psicológico e de serem considerados estilos de liderança transformacionais, bem como mecanismos de coordenação relacional (Oliveira & Filipe, 2016, 2017), para uma maior coesão e dinâmica intra e inter equipas e domínios de práticas.

### **Desempenho: eficiência económica e eficiência social**

No domínio da prestação de cuidados de saúde, o principal objetivo do Centro Hospitalar consiste em diagnosticar, tratar e reabilitar doentes, em tempo clinicamente adequado, com elevados critérios de qualidade e humanidade dos serviços prestados (Relatório e Contas do Centro Hospitalar, 2012). Numa perspetiva organizacional que opera no setor público, a par deste objetivo de natureza mais social, procura também desenvolver programas de melhoria da eficiência, tendentes a garantir o equilíbrio económico-financeiro (Relatório e Contas do Centro Hospitalar, 2012), o que foi acentuado pelas políticas de austeridade desde a recente crise financeira (Decreto-lei 30/2011). O paradoxo entre gerir para a eficiência social, mas com os grandes constrangimentos ao nível da produtividade e eficiência económica reflete-se na necessidade de conciliação entre eficiência, eficácia e efetividade (van Dooren, Bouckaert, & Halligan, 2015). A principal decisão é sobre o que deve ser feito (Watson, 2006), e aí temos a prioridade clínica para a eficácia. Depois tem que se procurar a melhor forma de executar o trabalho, reduzindo custos, ou seja, de forma mais eficiente (Watson, 2006). E depois ter ainda em consideração a perceção do utente e preenchimento das suas expectativas, e aí já vem outro nível de decisão (van Dooren, Bouckaert, & Halligan, 2015).

A entrevistas realizadas na Fase 1 (i.e., 2010/2011, após reorganização interna) permitiram concluir que, por um lado, os gestores consideram que, por se tratar de uma organização de prestação de serviços públicos, a eficiência social (particularmente no que se refere à satisfação dos utentes) não poderá, nem que não seja pelas limitações legais, ser posta em causa; no entanto, consideram também que, cada vez mais, se deverão ter em consideração os limites em termos económicos, controlando o desempenho organizacional na vertente da eficiência económica (Oliveira & Filipe, 2013, 2014a, 2014b, 2014c, 2015a; Oliveira, Costa, & Filipe,

2013a). Alguns gestores revelam ‘entusiasmo’ relativamente ao reforço dos pressupostos de desempenho, fazendo mesmo declarações sobre a forma como têm procurado, a nível operacional, satisfazer os requisitos mais economicistas inerentes às novas lógicas, quer institucional, quer organizacional, revelando preocupações com as despesas supérfluas e gastos desnecessários (Oliveira & Filipe, 2015a; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013c), conforme evidenciam, por exemplo, os seguintes discursos:

“A minha preocupação é a de não gastar o que é inútil. As pessoas não devem consumir materiais de consumo que não sejam justificados e têm que manter os padrões de segurança habituais. Este é o objetivo do serviço.” (Médico Gestor Operacional 4, Fase 1)

“É claro que depois há outras questões que têm a ver com a eficiência do serviço, em termos de custos, que também tem que ser contabilizado. Não é para andar a gastar tudo ‘ao calhas’. Eu também tenho isso em atenção. Desde o apagar a luz até às coisas mais importantes, temos de ter cuidado. Felizmente, tenho uma equipa muito cuidadosa.” (Médica Gestora Operacional 5, Fase 1)

Mas independentemente da maior ou menor exigência de eficiência económica, no geral, defende-se que a qualidade do serviço prestado deve continuar a ser assegurada, manter-se nos níveis existentes, ou mesmo em patamares superiores (Oliveira & Filipe, 2013, 2014a, 2014b, 2014c). No entanto, a dificuldade de se alcançar uma efetiva reconciliação entre o ‘fazer mais com menos’ (Conway et al., 2014) e o ‘fazer melhor’ está presente em vários discursos:

“Para a qualidade do serviço, os doentes têm de ser bem tratados, temos de tratar o número de doentes que devemos, a tempo e horas e temos de tratá-los bem. Tenho de apresentar resultados: como foram bem tratados.” (Médica Gestora Operacional 5, Fase 1)

“Controlo de custos, fazer mais ou fazer o mesmo com os meus custos, se possível reduzir. Infelizmente, é uma situação muito difícil, muito dura. Os prejudicados vão ser os doentes.” (Médico Gestor Operacional 6, Fase 1)

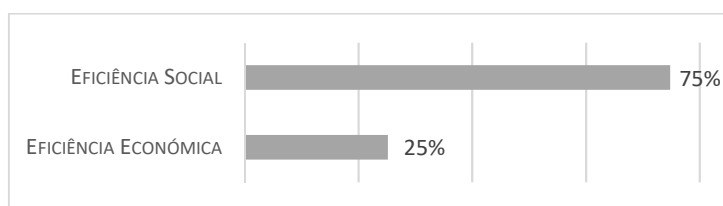
Os gestores revelam também grandes preocupações com uma resposta social efetiva e a prestação de serviços de elevada qualidade e excelência, que satisfaçam não apenas os utentes/doentes, mas também a família que os acompanha aos serviços (Oliveira & Filipe, 2013, 2014a, 2014b, 2014c). E isto porque a qualidade dos serviços poderá ser comprometida devido à *“insatisfação [e a] queixas de doentes e seus familiares”* (Médico Gestor Operacional 2, Fase 1), *“cada vez mais exigentes”* (Médico Gestor Operacional 8, Fase 1) (Oliveira & Filipe, 2013, 2015a). Os seguintes discursos são reveladores desta pressão:

“O paciente, agora mais do que nunca, é exigente e tem sempre os seus direitos salvaguardados.” (Médico Gestor Operacional 1, Fase 1)

“E não é só serem exigentes. Por um lado, é ser exigente, é preciso ter um cuidado absoluto, mas em todos os doentes é preciso ter cuidado. Seja qual for a doença, têm de ser bem tratados. E não é só o doente. É também a família do doente.” (Médica Gestora Operacional 2, Fase 1)

Numa perspetiva individual, dependendo o desempenho organizacional do desempenho humano (Bonache & Noethen, 2014; Safdar, 2011), defende-se também que este não pode ser visto apenas com ‘as lentes’ da eficiência económica ou como um ‘registo numérico’ de produtividade (Oliveira & Filipe, 2013, 2014a, 2014b, 2014c). Nesse sentido, tal como representado na **Figura 27**, apesar de serem importantes os indicadores de ‘produtividade e desempenho – eficiência económica’, no discurso dos gestores prevalecem as referências a indicadores de ‘bem-estar psicológico – eficiência social’ (os primeiros, relacionados com indicadores de resultados e objetivos de desempenho, correspondem a 25% do total dos discursos analisados, e os segundos, correspondentes aos aspetos relacionais, a 75%) (Oliveira & Filipe, 2013, 2014a, 2014b, 2014c).

Figura 27 – Indicadores de eficiência económica e eficiência social (Fase 1, em %)

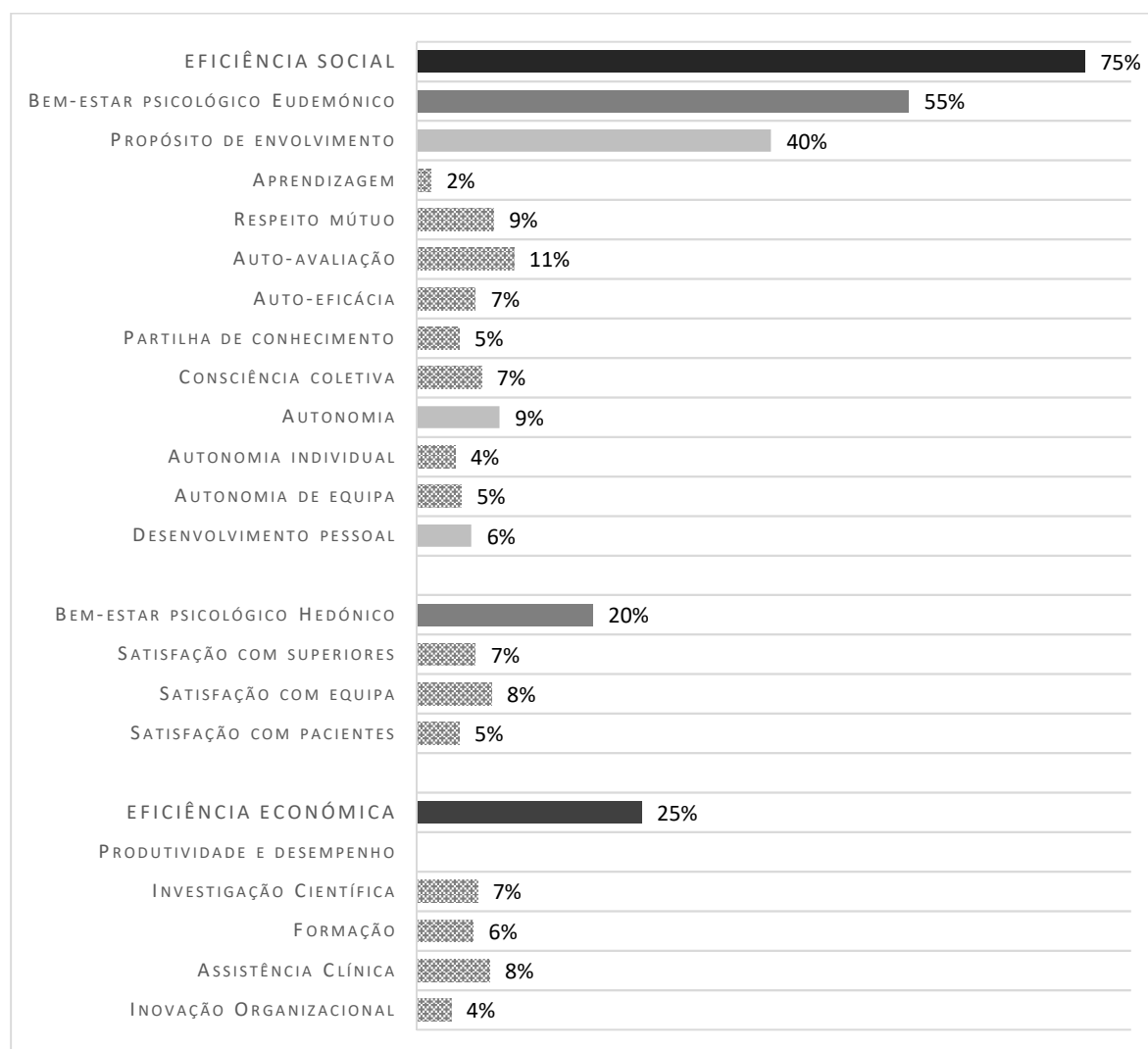


Fonte: elaboração própria

Dado o serviço prestado ser orientado para a qualidade e satisfação dos utentes, os indicadores de desempenho humano relacionados com o bem-estar psicológico (eficiência social) são também fundamentais, quer na sua vertente hedónica (i.e., satisfação no trabalho), quer eudemónica (i.e., propósito de envolvimento, autonomia relativa e desenvolvimento pessoal) (Oliveira et al., 2014). No entanto, como representado na **Figura 28**, a referência a indicadores de ‘bem-estar psicológico eudemónico’ está mais presente nos discursos (55% do total de referências a indicadores de desempenho), comparativamente aos indicadores de bem-estar psicológico hedónico (20% do total) (Oliveira & Filipe, 2013, 2015a; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a, 2013b, 2013c). No que se refere ao ‘bem-estar psicológico eudemónico’ destaca-se o ‘propósito de envolvimento (i.e., aprendizagem, respeito mútuo, auto-avaliação, auto-eficácia, partilha de conhecimento e consciência coletiva) (Oliveira et al., 2014), correspondendo a 40% do total de referências a indicadores de desempenho; quanto ao ‘bem-estar psicológico

hedônico’, todas as vertentes estão igualmente presentes nos discursos, com 7%, 8% e 5%, para a ‘satisfação com superiores’, ‘satisfação com a equipa’ e ‘satisfação com pacientes’ (Oliveira et al., 2014), respetivamente (Oliveira & Filipe, 2013; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a, 2013b).

Figura 28 – Eficiência social e eficiência económica (Fase 1, em %)



Fonte: elaboração própria

Quanto à eficiência económica, a ‘assistência clínica’ (i.e., número de consultas efetuadas e qualidade das consultas) é o indicador mais referenciado (8% do total de referências), seguida da ‘investigação científica’ (i.e., artigos publicados e participação em conferências) (7% do total); depois a ‘formação’ (i.e., formação interna e formação externa) e a ‘inovação organizacional’ (i.e., oportunidades de contributo para o *job design*) (Oliveira et al., 2014),

correspondendo, a 6% e 4% do total de referências, respetivamente (Oliveira & Filipe, 2013; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a, 2013b).

No **Quadro 22** e no **Quadro 23** apresentam-se alguns discursos ilustrativos do destaque que os gestores atribuem às diferentes dimensões do bem-estar psicológico (eficiência social) e do desempenho em termos de eficiência económica, respetivamente.

Quadro 22 – Bem-estar psicológico (eficiência social): discursos ilustrativos (Fase 1)

<b>Código</b>	<b>Categorias teóricas Subcategorias</b>	<b>Discursos Ilustrativos</b>
2.	Bem-estar Psicológico	
2.1.	Eudemónico	
2.1.1.	<b>Propósito de envolvimento</b>	<b><i>Traduz-se no grau de vontade e de capacidade para ajudar a organização a ser bem-sucedida.</i></b>
		“Porque não basta ter muitos conhecimentos se não se tiver sentido de responsabilidade de uma forma lata, para com a pessoas, para com a instituição, com os recursos que se consomem [...], não é só estar e cumprir horários.” (Médica Gestora Operacional 10, Fase 1)
2.1.2.	<b>Autonomia</b>	<b><i>Traduz-se no grau de liberdade dos trabalhadores em decidir como e quando realizar uma determinada tarefa, objetivo ou trabalho.</i></b>
		“É um trabalho interessante, onde há forte delegação de competências.” (Médico Gestor Operacional 11, Fase 1) “Quer dizer coordenação, concertação, mas decisão com implicações, decisão com autonomia, não tem efetivamente.” (Médico Gestor Operacional 3, Fase 1)
2.1.3.	<b>Desenvolvimento Pessoal</b>	<b><i>Intenção do indivíduo em tornar-se tudo aquilo que é capaz de ser, incluindo, crescimento, alcance do seu próprio potencial e autodesenvolvimento.</i></b>
		“Temos a cultura de formação da pessoa, a atitude em relação à sua formação e ao progresso técnico.” (Médico Gestor Operacional 12, Fase 1) “Mas as pessoas realmente têm que desenvolver o seu trabalho, evoluir, não têm outra solução. Essa evolução é feita diariamente.” (Médica Gestora Operacional 9, Fase 1)
2.2.	Hedónico	
2.2.1.	<b>Satisfação c/ superiores</b>	<b><i>Satisfação do profissional com a supervisão e reconhecimento dos superiores.</i></b>
		“Eu e todos nós temos uma boa relação com o conselho de administração, porque respeitam o serviço e reconhecem a qualidade de quem cá trabalha.” (Médica Gestora Operacional 9, Fase 1) “Há uma certa tendência para atribuir funções burocráticas a profissionais que são técnicos, só porque facilita a administração.” (Médico Gestor Operacional 4, Fase 1)
2.2.2.	<b>Satisfação c/ equipa</b>	<b><i>Satisfação que o profissional tem com as condições, ambiente e trabalho de equipa.</i></b>

Código	Categorias teóricas Subcategorias	Discursos Ilustrativos
		<p>“Há uma tradição ao nível do serviço de alguma união, claro que com grandes divergências de opiniões, mas tem sido possível manter uma boa união entre todos ao nível do serviço.” (Médico Gestor Operacional 7, Fase 1)</p> <p>“Claro que às vezes há necessidade de apontar aqui e além alguns aspetos que possam ter a ver com determinado tipo de atitudes individuais.” (Médico Gestor Operacional 7, Fase 1)</p>
2.2.3.	<b>Satisfação c/ pacientes</b>	<b><i>Satisfação do profissional com o reconhecimento e agradecimento por parte dos doentes.</i></b>
		<p>“É um serviço onde as pessoas trabalham a 100%; do ponto de vista profissional, querem mostrar que são boas, que fazem bem, que os doentes são bem tratados, que têm muito bons resultados.” (Médica Gestora Operacional 5, Fase 1)</p> <p>“As profissões não são iguais, os médicos não são iguais a outros, têm que estar muito estáveis à frente do doente.” (Médico Gestor Operacional 2, Fase 1)</p>

Fonte: elaboração própria

Quadro 23 – Desempenho (eficiência económica): discursos ilustrativos (Fase 1)

Código	Categorias teóricas Subcategorias	Discursos Ilustrativos
3.	Produtividade/desempenho	
3.1.	<b>Investigação científica</b>	<b><i>Tem por base o avanço no conhecimento, no desenvolvimento e na identificação de novas áreas de progresso científico: artigos publicados, conferências.</i></b>
		<p>“O serviço [...] foi sempre um serviço pioneiro em determinadas técnicas e tem tido um papel importante, não só na parte assistencial, mas também na parte de investigação.” (Médico Gestor Operacional 7, Fase 1)</p> <p>“Isso é tudo quantificado e apresentado a toda a gente, e temos publicações feitas.” (Médica Gestora Operacional 5, Fase 1)</p>
3.2.	<b>Formação</b>	<b><i>Traduz-se na aprendizagem e reciclagem de conhecimentos: formação interna e formação externa.</i></b>
		<p>“Se há uma formação numa determinada área, vamos agendando de acordo com as necessidades do serviço.” (Médica Gestora Operacional 5, Fase 1)</p> <p>“Aqui as pessoas têm que ter uma incorporação intelectual, têm que incorporar boas práticas, têm que ler, têm que se atualizar” (Médico Gestor Operacional 6, Fase 1)</p> <p>“Todos nós frequentamos cursos, todos nós lemos livros, diariamente; todos os dias temos que estudar um pouco, porque todos os dias há coisas novas.” (Médica Gestora Operacional 9, Fase 1)</p>
3.3.	<b>Assistência clínica</b>	<b><i>Traduz-se nos critérios operacionais do desempenho da profissão: número de consultas efetuadas, qualidade das consultas.</i></b>

Código	Categorias teóricas Subcategorias	Discursos Ilustrativos
		<p>“O que distingue um bom profissional é o sentido de responsabilidade, a competência e depois a disponibilidade.” (Médica Gestora Operacional 10, Fase 1)</p> <p>“Temos também que avaliar a competência profissional do indivíduo na sua especificidade.” (Médico Gestor Operacional 8, Fase 1)</p> <p>“[o sistema informático] parece estar mais feito para servir a administração e uma determinada ideia de informatização, do que para agilizar, melhorar a relação com o utente.” (Médico Gestor Operacional 4, Fase 1)</p>
3.4.	<b>Inovação organizacional</b>	<b><i>Respeita a sugestões de melhoria e à efetiva melhoria de métodos e de formas de organização do trabalho: oportunidade de contributo para o job design.</i></b>
		<p>“Esta integração de equipas é absolutamente fundamental para uma medicina moderna.” (Médico Gestor Operacional 6, Fase 1)</p> <p>“As pessoas estão [...] descontentes porque não há equipamentos novos e não podem progredir em termos de fazer o que se faz rotineiramente já em muitos sítios.” (Médica Gestora Operacional 5, Fase 1)</p>

Fonte: elaboração própria

### Gestão do contrato psicológico

As reestruturações contribuíram para profundas mudanças nas relações de emprego e na perceção de (in)cumprimento das expectativas dos profissionais inerentes aos contratos psicológicos (Conway, Kiefer, & Briner, 2013; Conway, Kiefer, Hartley, Briner, 2014). Os discursos revelam que as relações de emprego se baseiam apenas numa troca transacional. Um dos gestores refere mesmo que *“não temos aqui nenhum tipo de situação de empregador-empregado que seja aliciante, uma situação que eu diria até saudável”* (Médico Gestor Operacional 6, Fase 1) (Oliveira & Filipe, 2013). Para isso contribuíram vários fatores, principalmente no que se refere à ‘compensação financeira’ e à ‘progressão na carreira’. Tal como representado na **Figura 29**, do total de referências a ‘incentivos do empregador’ (existe e não existe), 28% correspondem ao atributo de ‘não existência’ de ‘progressão na carreira’ e 19% de ‘não existência’ de ‘compensação financeira’.

Apesar da relevância atribuída à ‘compensação financeira’ e à ‘progressão na carreira’ como ‘incentivos do empregador’, as políticas de austeridade inviabilizaram a sua continuidade (Conway, Kiefer, & Briner, 2013; Conway, Kiefer, Hartley, Briner, 2014) e, conforme refere um dos gestores, *“[as pessoas] ganham pouco, não estão de maneira nenhuma disponíveis para continuar num sistema destes e, se pudessem sair, saiam amanhã. É mais ou menos esta a situação”* (Médico Gestor Operacional 6, Fase 1) (Oliveira & Filipe, 2013, 2016). Outro dos



gestores revela preocupação com o efeito da ‘falta de recompensas’ sobre a motivação dos profissionais: *“as pessoas estão motivadas, mas a curto prazo isto vai acabar, porque não há recompensas”* (Médico Gestor Operacional 11, Fase 1). Conforme refere uma das gestoras, *“é preciso que as pessoas tenham incentivos; e esse é o grande problema: as pessoas deixam de ter interesse se não tiverem incentivos”* (Médica Gestora Operacional 5, Fase 1). Esta mesma gestora lamenta a impossibilidade de serem oferecidas recompensas e incentivos financeiros, a precariedade dos contratos individuais de trabalho e a inexistência de perspectivas de progressão na carreira (Oliveira & Filipe, 2013, 2016; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013c), tal como evidenciado no seguinte discurso:

*“Nós nem temos poder económico, nem temos carreira! Portanto, as pessoas, neste momento, estão a desacelerar muito. E não é só aqui neste serviço. As pessoas estão muito desconfiadas. Estão descontentes, principalmente porque não há progressão na carreira. Há toda esta mudança (que não se sabe muito bem o que vai acontecer) e as pessoas têm alguma desconfiança, porque é exigido que trabalhem mais a receber menos, sem ter nenhuma mais-valia; porque nem sequer na carreira podem subir. Mesmo as pessoas mais entusiastas estão a perder o entusiasmo.”* (Médica Gestora Operacional 5, Fase 1)

Figura 29 – Contrato psicológico (incentivos do empregador) (Fase 1, em %)



Fonte: elaboração própria

Além disso, as reformas antecipadas a que muitos profissionais de saúde recorreram, resultaram na ‘falta de profissionais’, colocando em causa a formação dos ‘mais novos’ nos domínios de práticas dos serviços hospitalares: *“se eles saem e não renovam, quem é que os vai ensinar?”*, questiona uma das médicas gestoras de nível operacional (Médica Gestora Operacional 1, Fase 1). Esta mesma gestora descreve a situação da seguinte forma:

*“Estavam a diminuir o número de camas, a aumentar o trabalho, a reformarem-se muitos colegas que não são substituídos. Quando eu entrei saíram 4 ou 5 e só substituíram 1 e temos muitos profissionais mais competentes que estão quase com 65 anos. Porque aqui neste serviço foi quase sempre tradição as pessoas reformarem-se aos 70 [anos] e, de repente, começaram a reformar-se aos 60 [anos], por causa dessas penalizações que íam ter na sua reforma. Esses meus colegas mais velhos é que estão a ser o grande suporte de toda esta atividade, porque estão a ensinar os mais novos.”* (Médica Gestora Operacional 1, Fase 1)

Apesar de todos os constrangimentos impostos pelas mudanças a estes níveis, a maioria dos gestores entende que, pelo menos, ‘existe’ ‘bom ambiente de trabalho’ (25% do total de referências) e ‘bom ambiente social’ (com 6%), tal como representado na **Figura 29**. Por exemplo, um dos gestores refere que *“as pessoas sentem que podem partilhar comigo quando há problemas”* (ambiente social) (Médica Gestora Operacional 10, Fase 1), outro que *“é um trabalho interessante, onde há delegação de competências forte”* (ambiente de trabalho) (Médico Gestor Operacional 11, Fase 1). Também são criadas algumas condições para o ‘equilíbrio vida-trabalho’, mostrando-se respeito e compreensão pela situação pessoal do trabalhador. No entanto, quanto ao ‘equilíbrio vida-trabalho’, 4% das ocorrências referem-se a ‘existe’ e também 4% referem-se a ‘não existe’ (Oliveira & Filipe, 2013). Um dos gestores refere que *“porque pode haver aqui, por vezes, um determinado funcionário que, por qualquer motivo, precise de sair; se não há problemas na assistência, pode”* (Médico Gestor Operacional 7, Fase 1).

No **Quadro 24** apresentam-se alguns discursos relacionados com a perceção de ‘existência’ e ‘não existência’ de ‘incentivos do empregador’ considerados no processo de codificação em cada uma das subcategorias: ‘compensação financeira’, ‘progressão na carreira’, ‘ambiente social’, ‘ambiente de trabalho’ e ‘equilíbrio vida-trabalho’.

Quadro 24 – Contrato psicológico (incentivos do empregador): discursos ilustrativos (Fase 1)

<b>Código</b>	<b>Categorias teóricas Subcategorias</b>	<b>Discursos Ilustrativos</b>
5.	Gestão contrato psicológico	
5.1.	Incentivos do empregador	
5.1.1.	<b>Compensação financeira</b>	<b><i>Oferecer compensações apropriadas (e.g., remuneração compatível e proporcional ao trabalho)</i></b>
5.1.1.1.	Existe	<i>(sem ocorrências)</i>
5.1.1.2.	Não existe	<i>“[As pessoas] ganham pouco.” (Médico Gestor Operacional 6, Fase 1) “As pessoas estão motivadas, mas a curto prazo, isto vai acabar, porque não há recompensas.” (Médico Gestor Operacional 11, Fase 1)</i>
5.1.2.	<b>Progressão na carreira</b>	<b><i>Oferecer oportunidades de desenvolvimento e/ou promoção dentro da organização</i></b>
5.1.2.1.	Existe	<i>“E, portanto, tem gente nova, motivada, com produção científica com um peso internacional grande, compreende investigação não só transacional, mas clínica também.” (Médico Gestor Operacional 11, Fase 1)</i>
5.1.2.2.	Não existe	<i>“As carreiras médicas foram paradas” (Médico Gestor Operacional 6, Fase 1).</i>

Código	Categorias teóricas Subcategorias	Discursos Ilustrativos
		<p>“Praticamente, agora, acabaram com as carreiras médicas; porque com estes contratos, não há carreiras” (Médico Gestor Operacional 4, Fase 1).</p> <p>“Na progressão nas carreiras existe uma paragem muito grande. Está na lei, mas já não há aquela sequência.” (Médico Gestor Operacional 2, Fase 1)</p> <p>“As pessoas estão [...] descontentes, principalmente porque não há progressão na carreira.” (Médica Gestora Operacional 5, 2011)</p>
5.1.3.	<b>Ambiente social</b>	<b><i>Oferecer um ambiente de trabalho agradável e de cooperação (boa comunicação e cooperação intragrupo)</i></b>
5.1.3.1.	Existe	<p>“E as pessoas sentem que podem partilhar comigo quando há problemas, que eu sei o que é que elas estão a dizer, qual é a linguagem, que os ajude a decidir.” (Médica Gestora Operacional 10, Fase 1)</p> <p>“Gostam de trabalhar aqui porque a atividade hospitalar é aliciante. É um trabalho de grupo. Vêm com gosto se se sentirem bem e porque gostam.” (Médico Gestor Operacional 2, Fase 1)</p>
5.1.3.2.	Não existe	<i>(sem ocorrências)</i>
5.1.4.	<b>Ambiente de trabalho</b>	<b><i>Oferecer funções desafiantes e interessantes (em que o empregado possa usar as suas capacidades, tarefas desafiantes)</i></b>
5.1.4.1.	Existe	<p>“A gente cria boas condições de trabalho e espera que as pessoas correspondam com bom trabalho, não o contrário. Se trabalhares muito bem, ganhas condições de trabalho.” (Médico Gestor Operacional 12, Fase 1)</p> <p>“Primeiro, a parte científica, tudo o que seja congressos as pessoas têm acesso a isso.” (Médico Gestor Operacional 11, Fase 1)</p>
5.1.4.2.	Não existe	<p>“E não havendo incentivos do ponto de vista científico [...]” (Médico Gestor Operacional 11, Fase 1)</p> <p>“Nota-se nos profissionais que não se sentem minimamente acarinhados; quem trabalha mais é perfeitamente idêntico a quem trabalha menos.” (Médico Gestor Operacional 6, Fase 1)</p>
5.1.5.	<b>Equilíbrio vida-trabalho</b>	<b><i>Mostrar respeito e compreensão pela situação pessoal do trabalhador (e.g., flexibilidade no horário de trabalho, compreensão das circunstâncias pessoais)</i></b>
5.1.5.1.	Existe	<p>“Porque pode haver aqui, por vezes, um determinado funcionário que, por qualquer motivo, precise de sair; se não há problemas na assistência pode ir, pede-me e eu deixo, eles sabem que da minha parte eu estou aberto.” (Médico Gestor Operacional 7, Fase 1)</p> <p>“Toda a gente tem filhos pequenos, tem que ir ao médico.” (Médica Gestora Operacional 9, Fase 1)</p>
5.1.5.2.	Não existe	<p>“Sem segurança, com uns horários muito pesados, com muitas horas extraordinárias e eles têm que fazer muitas urgências e não é fácil.” (Médica Gestora Operacional 1, Fase 1)</p>

Fonte: elaboração própria

O programa de austeridade do Governo implicou reestruturações ao nível dos vencimentos e da autonomia das organizações para a ‘reposição’ dos profissionais, provocando o

‘envelhecimento’ das equipas de trabalho (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). O número de novas contratações é muito inferior ao número de trabalhadores que saem para a reforma, o que tem implicado um *‘aumento da carga de trabalho’* (Médico Gestor Operacional 3, Fase 1) e *‘uma sobrecarga daqueles que permanecem na organização’* (Médica Gestora Operacional 5, Fase 1); os pacientes têm que ser tratados mais rapidamente (Chen et al., 2006), apesar das limitações de pessoal para cuidar deles (Oliveira & Filipe, 2013; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a). Uma das gestoras refere que os profissionais têm que trabalhar num contexto *“sem segurança, com uns horários muito pesados, com muitas horas extraordinárias, têm que fazer muitas urgências, o que não é fácil”* (Médica Gestora Operacional 1, Fase 1). No entanto, apesar de ser muito importante a troca económica, conforme refere uma das gestoras, *“não é com as compensações financeiras que as pessoas vêm”* (Médica Gestora Operacional 10, Fase 1), valorizando-se aspetos tais como um *“agradecimento pessoal”*, poderem aplicar uma *“técnica nova”*, ou *“publicarem trabalhos”*, tal como evidenciam os seguintes discursos:

“Não é com as compensações monetárias que as pessoas vêm. É porque se sentem a trabalhar por um objetivo comum e se sentem recompensadas (pelo menos de vez em quando) com os agradecimentos, com a minha postura, com o agradecimento pessoal.” (Médica Gestora Operacional 10, Fase 1)

“Para isso é preciso que as pessoas tenham incentivos. E esse é o grande problema. As pessoas deixam de ter interesse se não tiverem incentivos. E, às vezes, os incentivos são muito fáceis. É só as pessoas terem a perspetiva de poderem fazer uma técnica nova ou poderem tratar o doente de outra maneira qualquer, mais atualizada, de poderem publicar trabalhos. Às vezes, é só isso.” (Médica Gestora Operacional 5, Fase 1)

No sentido de compreender quais os ‘contributos dos empregados’ esperados na relação de emprego, os gestores foram questionados sobre *“o que é para si um bom desempenho dos profissionais?”*. Verifica-se, no geral, uma grande valorização das atitudes e comportamentos (eficiência social) (Oliveira & Filipe, 2013; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a, 2013b). Os indicadores de desempenho humano mais valorizados que, na perspetiva dos gestores, se traduzem num ‘excelente desempenho’, são: *“respeito mútuo”* (Médicos Gestores Operacionais 1, 4, 5, 7 e 8, Fase 1), *“sentido de responsabilidade, competência e disponibilidade”* (Médica Gestora Operacional 10, Fase 1), *“envolvimento, responsabilização, saber ocupar o seu lugar, saber desempenhar as funções que lhe estão afetas”* (Médico Gestor Operacional 3, Fase 1), *“integração dentro da equipa”* (Médico Gestor Operacional 4 e Médico Gestor Operacional 6, Fase 1), *“boas relações interpessoais com colegas, assiduidade e empenho e na procura da resolução do problema”* (Médico Gestor Operacional 12, Fase 1)

(Oliveira & Filipe, 2013, 2014a, 2014b, 2014c, 2015a; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a, 2013b). Outros médicos gestores reforçam a importância destes 'indicadores de desempenho', tal como revelam os seguintes discursos:

"Eu continuo a dar muita importância ao trabalho e ao empenho que o profissional tem na organização e na procura da resolução do problema. Depois temos várias parcelas. Temos também que avaliar a competência profissional do indivíduo na sua especificidade." (Médico Gestor Operacional 8, Fase 1)

"Temos ideia das *performances* das pessoas, naturalmente, quando trabalhamos com elas, quem é capaz de fazer o quê, quem é capaz de fazer tudo. Também há pessoas capazes de fazer quase tudo e também quem é menos capaz de executar as tarefas, ou tem menos apetências, ou está menos motivado, ou menos preparado." (Médica Gestora Operacional 10, Fase 1)

Os seguintes discursos traduzem o propósito de envolvimento que, na perspetiva dos gestores, é desejável num profissional:

"Penso que, basicamente, o que distingue um bom profissional é, por ordem: o sentido de responsabilidade, a competência e depois a disponibilidade. Penso que são estas três características que fazem a diferença. Porque não basta ter muitos conhecimentos se não se tiver sentido de responsabilidade; responsabilidade de uma forma lata, para com a pessoas, para com a instituição, com os recursos que se consomem, tudo isso é sentido de responsabilidade, não é só estar e cumprir horários." (Médica Gestora Operacional 10, Fase 1)

"Para mim, um conceito fundamental no conceito de gerir pessoas é o conceito de implicação. O conceito de implicação é o conceito de envolvimento, de responsabilização, de saber ocupar o seu lugar, saber desempenhar as funções que lhe estão afetas. Isso é que é o conceito de implicação, o conceito de envolvimento." (Médico Gestor Operacional 3, Fase 1)

A entrega, o "*vestir a camisola*" (Médico Gestor Operacional 6 e Médica Gestora Operacional 10, Fase 1) e "*uma atitude em relação à sua formação e ao progresso técnico*" (Médico Gestor Operacional 12, Fase 1), para além das competências, são indicadores igualmente importantes (Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a, 2013b). Apresentam-se dois discursos ilustrativos:

"Tem o comportamento da pessoa vestir a camisola, de ter uma disponibilidade mental completamente diferente para equacionar os problemas. Aqui as pessoas têm que ter uma incorporação intelectual, têm que pensar, têm que incorporar boas práticas, têm que ler, têm que se atualizar, têm que fazer alguma investigação clínica que ajude a melhorar as práticas médicas." (Médico Gestor Operacional 6, Fase 1)

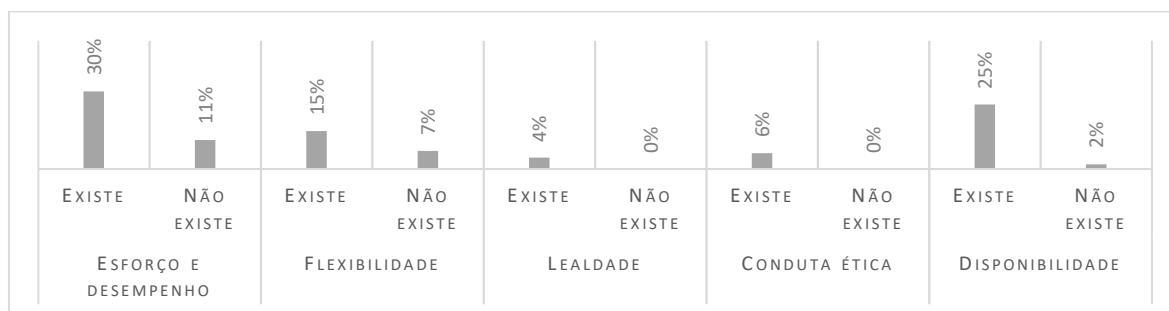
"A atitude profissional na comunicação e o envolvimento nas relações interpessoais, a formação é o aspeto técnico. Primeiro a assiduidade e a pontualidade que consideramos importante, as pessoas estão ou não estão. Depois temos a cultura de formação da pessoa, a atitude em relação à sua formação e o progresso técnico. Depois temos a sua capacidade técnica e por fim as relações humanas." (Médico Gestor Operacional 12, Fase 1)

No entanto, apesar da importância dos indicadores de desempenho humano a estes níveis, e os gestores respeitam as diferenças existentes entre os profissionais. No entanto, reconhecem

a dificuldade de utilizar medidas mais subjetivas de avaliação do desempenho humano (Oliveira & Filipe, 2013, 2015a, 2016; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013c). Uma das médicas gestoras refere, por exemplo, que “quando é necessário utilizar metas, objetivos, quantificar competências, torna-se complicado e é um desafio difícil” (Médica Gestora Operacional 10, Fase 1) (Oliveira & Filipe, 2013, 2015a, 2016; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013c).

Não obstante a redução de incentivos, e apesar de alguns dos discursos apontarem para a percepção de falta de perspectivas de evolução na carreira, do ‘congelamento’ das remunerações e “as pessoas [estarem] a desacelerar no seu interesse, esta[rem] esgotadas, cansadas, desmotivadas” (Médico Gestor Operacional 6, Fase 1), os gestores consideram que a maioria dos empregados continua a evidenciar ‘esforço e desempenho’ (30% do total de referências a ‘contributos do empregado’), ‘disponibilidade’ (correspondente a 25%), ‘flexibilidade’ (com 15%), ‘lealdade’ (4%) e ‘conduta ética’ (6%) para com a organização (Oliveira & Filipe, 2013; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013b, 2013c). Tal como representado na **Figura 30**, em todos os contributos considerados, a ‘perceção de existência’ é superior à ‘perceção de não existência’, sendo este um fator positivo, dadas as limitações identificadas anteriormente ao nível dos ‘incentivos do empregador’ (Oliveira & Filipe, 2013).

Figura 30 – Contrato psicológico (contributos do empregado) (Fase 1, em %)



Fonte: elaboração própria

As reformas puseram em causa a ‘vontade’ de alguns empregados contribuírem com esforços adicionais (Conway, Kiefer, & Briner, 2013) e muitas das ‘coisas’ funcionam devido apenas à “boa vontade das pessoas”, tal como refere uma das gestoras:

“Isto funciona mais ou menos e é uma estrutura mais ou menos montada, mas há coisas que dependem da boa vontade das pessoas. E, agora, as pessoas não têm essa boa vontade, porque estão desmotivadas. É preciso manter alguma motivação, mas não é fácil.” (Médica Gestora Operacional 5, Fase 1)

Apesar de todos os fatores de descontentamento apresentados, verifica-se que a desmotivação não é geral, havendo alguns gestores a referir que as pessoas nas suas equipas estão motivadas (Schopman, Kalshoven, & Boon, 2015), muito em especial devido ao tipo de trabalho que exercem e ao facto de estarem numa organização com uma atividade aliciante, com projeção e reconhecimento nacional e internacional (Oliveira & Filipe, 2013), tal como evidenciam os seguintes discursos:

“Felizmente, o que nós achamos é que eles gostam de trabalhar aqui, mesmo ganhando pouco, porque a atividade hospitalar é aliciante. É um trabalho de grupo. Vêm com gosto se se sentirem bem e porque gostam.” (Médico Gestor Operacional 2, Fase 1)

“Eles sentem-se bem se virem o trabalho reconhecido no dia-a-dia. Portanto, isto é uma questão de reuniões de serviço, das pessoas irem aos encontros e levarem comunicações científicas e, trimestralmente, eu apresento um movimento de serviço fazendo o foco naquilo [que é mais relevante em termos de desempenho].” (Médico Gestor Operacional 4, Fase 1)

Vários discursos apontam no sentido de os profissionais *‘vestirem a camisola’* e continuarem interessados em manter o seu emprego na organização e ainda terem *‘gosto pelo que fazem’* (Oliveira & Filipe, 2013, 2016; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013c). Um dos gestores refere que *“tem gente nova, motivada, e, portanto, as pessoas continuam aqui a estar pela camisola”* (Médico Gestor Operacional 11, Fase 1). Tal poderá resultar, em parte, do facto de ser ainda possível colocar em prática, por exemplo, ações de desenvolvimento pessoal (p.e., formação e investigação científica), que de alguma forma vão mitigando alguns dos constrangimentos impostos pela redução de *‘incentivos do empregador’*.

O Centro Hospitalar tem *“produção científica com um peso internacional grande”* (Médico Gestor Operacional 11, Fase 1). Ao potenciar o aumento e/ou melhoria dos conhecimentos, bem como das competências dos profissionais, estas iniciativas contribuem para uma maior motivação, envolvimento e desempenho humano superior (Boxall & Macky, 2009; Flinchbaugh et al., 2016) e, conseqüentemente, uma melhor resposta em termos de qualidade do serviço e satisfação dos utentes (Edwards & Wright, 2001). Conforme refere um dos gestores, *“as pessoas têm acesso a congressos e motivam-se muito com a parte da investigação científica”* (Médico Gestor Operacional 11, Fase 1). No entanto, outro dos gestores lamenta que *“essas três horas que a gestão concede para atividades não produtivas são manifestamente insuficientes”* (Médico Gestor Operacional 3, Fase 1). Outros discursos demonstram que as práticas organizacionais vão de encontro às expectativas de desenvolvimento pessoal dos

empregados. Por exemplo, “se há uma formação numa determinada área, [vai-se] agendando, de acordo com as necessidades do serviço” (Médica Gestora Operacional 5, Fase 1) ou

“Porque os aspetos ‘publicar trabalhos’ e ‘integrar equipas multidisciplinares ao nível de determinadas linhas de investigação’ são importantes, [havendo] alguns médicos que estão sempre a pensar em novas linhas de investigação.” (Médico Gestor Operacional 7, Fase 1)

No **Quadro 25** apresentam-se discursos ilustrativos, quer sobre a perceção de ‘existência’, quer de ‘não existência’ de ‘contributos do empregado’.

Quadro 25 – Contrato psicológico (contributos do empregado): discursos ilustrativos (Fase 1)

<b>Código</b>	<b>Categorias teóricas Subcategorias</b>	<b>Discursos Ilustrativos</b>
5.	Gestão contrato psicológico	
5.2.	Contributos empregado	
5.2.1.	<b>Esforço e desempenho</b>	<b><i>Disposição para se esforçar por bom desempenho [e.g., fazer esforços em prol da organização, um bom trabalho (quantidade e qualidade), trabalhar bem em equipa]</i></b>
5.2.1.1.	Existe	<p>“Eu continuo a dar muita importância ao trabalho e ao empenho que o profissional tem na organização e na procura da resolução do problema.” (Médico Gestor Operacional 8, Fase 1)</p> <p>“Porque as pessoas têm bons resultados, têm resultados positivos.” (Médico Gestor Operacional 4, Fase 1)</p> <p>“A gente cria boas condições de trabalho e espera que as pessoas correspondam com bom trabalho, não o contrário.” (Médico Gestor Operacional 12, Fase 1)</p>
5.2.1.2.	Não existe	<p>“As pessoas [...] limitam-se a fazer o expediente normal, aquilo que é o básico.” (Médico Gestor Operacional 6, Fase 1)</p> <p>“Estudam as suas coisitas, entretêm-se e leem uns artigos, mas a luta para o exame acabou.” (Médico Gestor Operacional 2, Fase 1)</p>
5.2.2.	<b>Flexibilidade</b>	<b><i>Disposição para ser flexível na realização do trabalho (e.g., trabalhar fora de horas ou levar trabalho para casa)</i></b>
5.2.2.1.	Existe	<p>“Tem o comportamento da pessoa vestir a camisola, de ter uma disponibilidade mental completamente diferente para equacionar os problemas.” (Médico Gestor Operacional 6, Fase 1)</p> <p>“Telefonei a uma funcionária que um quarto de hora depois me disse: ‘eu já lá fui, resolvi o problema, esteja descansada que já não há problema nenhum’” (Médica Gestora Operacional 10, Fase 1)</p>
5.2.2.2.	Não existe	<p>“Porque haveria outros que diriam: ‘vou agora às onze e meia da noite ao hospital, deixar a família, o alarme que apite, os técnicos que resolvam isso’” (Médica Gestora Operacional 10, Fase 1).</p> <p>“As pessoas [...] limitam-se a fazer o expediente normal, aquilo que é o básico, não há mais-valia acrescentada em relação àquilo que poderia existir.” (Médico Gestor Operacional 6, Fase 1)</p>
5.2.3.	<b>Lealdade</b>	<b><i>Evidenciar vontade de continuar a trabalhar na organização a longo prazo (e.g., permanecer na organização por vários anos)</i></b>



Código	Categorias teóricas Subcategorias	Discursos Ilustrativos
5.2.3.1.	Existe	“Felizmente, o que nós achamos é que eles gostam de trabalhar aqui, mesmo ganhando pouco, e isso é bom.” (Médico Gestor Operacional 2, Fase 1) “E, portanto, as pessoas continuam aqui a estar pela camisola.” (Médico Gestor Operacional 11, Fase 1)
5.2.3.2.	Não existe	(sem ocorrências)
5.2.4.	<b>Conduta ética</b>	<b><i>Evidenciar uma postura ética perante a organização (e.g., não tornar públicas informações confidenciais, ser honesto com a utilização dos recursos)</i></b>
5.2.4.1.	Existe	“Até há pouco tempo não tínhamos impressora, equacionou-se que optássemos por uma impressora a laser para poupar. E quem diz isto, diz muitas outras coisas que têm sistema de poupança. E isso é fundamental.” (Médica Gestora Operacional 5, Fase 1)
5.2.4.2.	Não existe	(sem ocorrências)
5.2.5.	<b>Disponibilidade Acessibilidade</b>	<b><i>Disposição para manter o estatuto num nível aceitável (e.g., fazer cursos de formação, manter-se atualizado)</i></b>
5.2.5.1.	Existe	“Aqui as pessoas [...] têm que fazer alguma investigação clínica que ajude a melhorar as práticas médicas.” (Médico Gestor Operacional 6, Fase 1) “Aqui as pessoas têm que ter uma incorporação intelectual, têm que pensar, têm que incorporar boas práticas, têm que ler, têm que se atualizar” (Médico Gestor Operacional 6, Fase 1)
5.2.5.2.	Não existe	“E agora as pessoas não têm essa boa vontade [de se atualizar], porque estão desmotivadas.” (Médica Gestora Operacional 5, Fase 1) “Por vezes, há aqui alguns médicos que não querem integrar determinados [projetos], ou que não têm iniciativa para fazer equipa e criar, pôr em marcha determinadas linhas de investigação.” (Médico Gestor Operacional 7, Fase 1) “Aqui pode haver um grau de diferenciação, de contribuir mais para o desenvolvimento, para a informação e outros menos.” (Médico Gestor Operacional 7, Fase 1) “Uma coisa é ler-se por gosto e outra é ler para fazer exames. Para fazer exames lê-se melhor, mais atento e com um objetivo concreto, por isso vai haver perda.” (Médico Gestor Operacional 2, Fase 1)

Fonte: elaboração própria

### **Gestão híbrida, liderança transformacional e transacional**

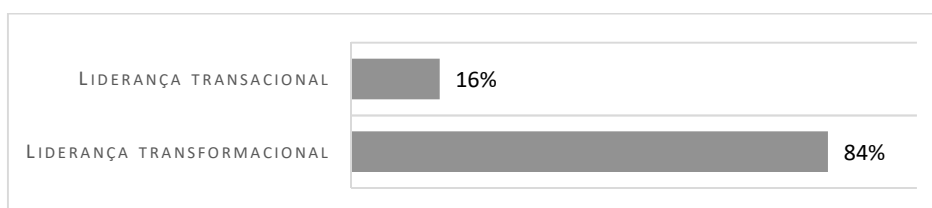
A dualidade de papéis dos ‘gestores híbridos’, que têm que conciliar as suas funções de natureza clínica com funções de gestão (McGivern et al., 2015; Spyridonidis, Hendy, & Barlow, 2015) e práticas de domínio científico (Mørk et al., 2012), implica a conciliação das lógicas operacionais com as lógicas organizacionais e institucionais distintas (Oliveira & Filipe, 2014a, 2014b, 2015a, 2015b, 2016; Oliveira & Holland, 2007; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013c). Neste domínio, os gestores referiram que o grande peso do trabalho administrativo inerente às suas

funções de gestão (tais como o dar cumprimento às exigências de controlo do desempenho da unidade e das pessoas que lideram) se revela como um ‘obstáculo’ ao pleno exercício das suas funções clínicas (Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a). As potenciais divergências entre as prioridades de gestão e as prioridades clínicas, poderão gerar conflitos dentro da própria função, bem como da unidade que dirigem. Na perceção dos médicos gestores, é fundamental que aquele equilíbrio seja (re)estabelecido e considerado continuamente, de modo a garantir a qualidade da prestação dos cuidados de saúde (Oliveira & Filipe, 2016, 2017; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a). O discurso seguinte, de uma das médicas gestoras, revela esta preocupação:

“Porque a função das pessoas é prestar assistência, apesar de tudo, os hospitais ainda são feitos para prestar assistência às pessoas. E quem dirige um serviço é constantemente chamado para tarefas de gestão, chamado e inundado por folhas de *excel*, coisas que foram feitas por administradores para administradores.” (Médica Gestora Operacional 4, Fase 1)

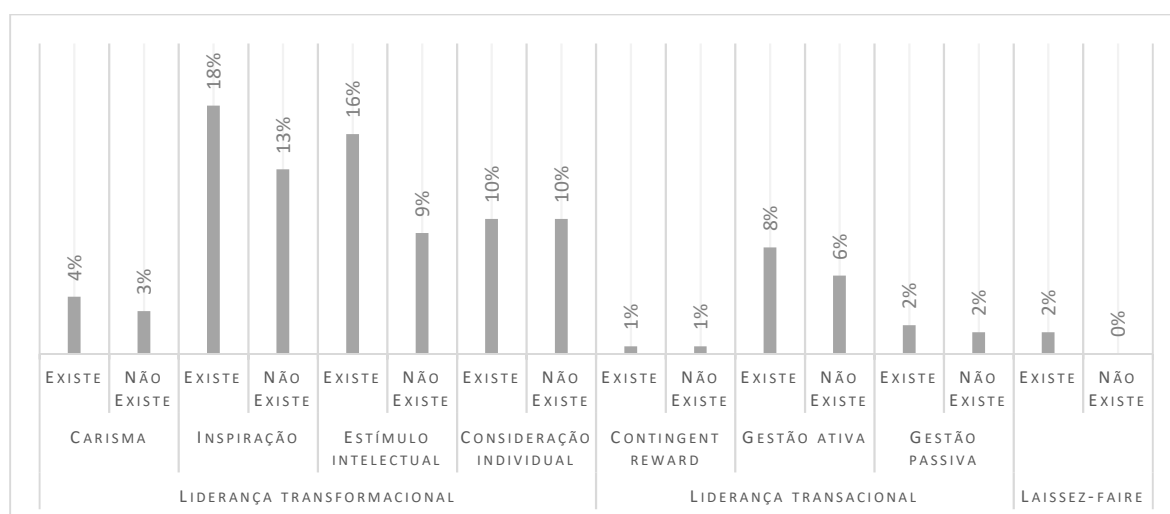
A forma como os profissionais interpretam os termos e condições de troca inerentes à sua relação de emprego (Bankins, 2015; Coyle-Shapiro & Kessler, 2000) coloca grandes desafios de liderança aos gestores (Weiszbrod, 2015), nos vários níveis da estrutura hierárquica (Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a), devendo a liderança transaccional (i.e., orientada para as tarefas) ser conciliada com a liderança transformacional (i.e., orientada para as relações) (Bass, 1985, 1990; Bass & Avolio, 1994; Judge & Piccolo, 2004) para relações de troca líder-membro (LMX) de elevada qualidade (Bauer & Ergoden, 2015; Matta et al., 2015). A codificação das entrevistas, tal como representado na **Figura 31**, permite concluir que, no geral, os gestores evidenciam uma predisposição para estilos de liderança mais transformacionais (carisma, inspiração, estímulo intelectual e consideração individual) correspondendo a 84% do discurso total sobre liderança), não deixando, no entanto, de evidenciar atributos de liderança transaccional (Oliveira & Filipe, 2013, 2016). Para cada um desses atributos, a perceção de ‘existência’ é superior à perceção de ‘não existência’, tal como evidenciado na **Figura 32**.

Figura 31 – Liderança transformacional e transaccional (1) (Fase 1, em %)



Fonte: elaboração própria

Figura 32 – Liderança transformacional e transacional (2) (Fase 1, em %)



Fonte: elaboração própria

São vários os exemplos de discursos que evidenciam a presença de comportamentos de liderança transformacional, tais como: “*são pedidos esforços conjuntos, alguma consonância de atitudes, de espírito, de colaboração*” (Médico Gestor Operacional 3, Fase 1), “*tentar conversas individuais; chamo aqui diversas vezes os meus colaboradores para, individualmente, falar*” (Médico Gestor Operacional 7, Fase 1), “*eu converso e não dou ordens; oiço cada um, depois ponho à consideração*” (Médica Gestora Operacional 1, Fase 1) (Oliveira, Costa, & Filipe, 2013c). No **Quadro 26** apresentam-se outros discursos ilustrativos.

Quadro 26 – Liderança transformacional e transacional: discursos ilustrativos (Fase 1)

Código	Categorias teóricas Subcategorias	Discursos Ilustrativos
4.	Liderança	
4.1.	Transformacional	
4.1.1.	<b>Carisma</b>	<b><i>Proporciona visão e sentido de missão aos seguidores, instila orgulho, ganha respeito e confiança.</i></b>
4.1.1.1.	Existe	“E as pessoas sentem que podem partilhar comigo quando há problemas, que eu sei o que é que elas estão a dizer, qual é a linguagem, que os ajude a decidir.” (Médica Gestora Operacional 10, Fase 1) “Portanto, eu acabo por ver tantos doentes ou mais. Sou das pessoas que mais doentes aqui tenho.” (Médica Gestora Operacional 5, Fase 1)
4.1.1.2.	Não existe	“Há determinados deveres em que, por vezes, podemos ultrapassar os nossos deveres, isto é, faz-se isto, mas podia-se fazer mais aquilo.” (Médico Gestor Operacional 7, Fase 1)

<b>Código</b>	<b>Categorias teóricas Subcategorias</b>	<b>Discursos Ilustrativos</b>
		“Não temos aqui nenhum tipo de situação de empregador-empregado que seja aliciante, uma situação que eu diria até saudável.” (Médico Gestor Operacional 6, Fase 1)
4.1.2.	<b>Inspiração</b>	<b><i>Transmite elevadas expectativas e padrões, usa símbolos para enfatizar esforços, expressa propósitos importantes de forma simples, otimista sobre o futuro.</i></b>
4.1.2.1.	Existe	“Essencialmente eu tenho de dar o exemplo, porque se eu estiver sentada no meu gabinete lá dentro a mandar papéis e se ninguém me vir fazer nada, as pessoas vão caindo.” (Médica Gestora Operacional 5, Fase 1) “O conceito de implicação é o conceito de envolvimento, de responsabilização, de saber ocupar o seu lugar, saber desempenhar as funções que lhe estão afetas.” (Médico Gestor Operacional 3, Fase 1)
4.1.2.2.	Não existe	“O gestor da área de gestão: ‘os meus sinceros parabéns pela existência destacada da atividade científica do seu serviço que muito gosto tive em verificar’. Pronto, e a coisa ‘morre’ aqui.” (Médico Gestor Operacional 3, Fase 1) “Não há incentivo nenhum, eu vou para onde me derem [mais]. Tenho flexibilidade, ganho o dobro. É esse tipo de gestão que nós temos que ter uma visão mais aberta.” (Médico Gestor Operacional 11, Fase 1)
4.1.3.	<b>Estímulo intelectual</b>	<b><i>Desafia com ideias novas e solicita ideias dos seguidores.</i></b>
4.1.3.1.	Existe	“É preciso chegar a um consenso para saber como se trata o doente e acaba-se por chegar a uma decisão por unanimidade, ou por maioria.” (Médica Gestora Operacional 5, Fase 1) “A terça-feira, x horas, sentamo-nos numa mesa, até gosto de ver que são cada vez mais novos. Cada um dá informações, diz o que quer. É uma coisa completamente aberta” (Médico Gestor Operacional 2, Fase 1)
4.1.3.2.	Não existe	“Se não tiver objetivos de carreiras, ficam por ali. Estudam as suas coisitas, entretêm-se, leem uns artigos, mas a luta para o exame acabou.” (Médico Gestor Operacional 2, Fase 1)
4.1.4.	<b>Consideração individual</b>	<b><i>Mostra interesse pelo desenvolvimento de cada seguidor, trata-os de forma individual, aconselha.</i></b>
4.1.4.1.	Existe	“Percebo das competências das outras pessoas. E sei quem é decidido. Quem é que está bem informado, etc. Quem é que me ensina algumas coisas também.” (Médico Gestor Operacional 4, Fase 1) “Nós temos noção do que as pessoas fazem, da quantidade de trabalho, da qualidade de trabalho e dos resultados.” (Médica Gestora Operacional 5, Fase 1)
4.1.4.2.	Não existe	“Não há incentivo nenhum, eu vou para onde me derem [mais]. Tenho flexibilidade, ganho o dobro. É esse tipo de gestão que nós temos que ter uma visão mais aberta.” (Médico Gestor Operacional 11, Fase 1)
4.2.	Transacional	
4.2.1.	<b>Contingent reward</b>	<b><i>As recompensas são estabelecidas em função do esforço, desempenho e resultados.</i></b>
4.2.1.1.	Existe	<i>(sem ocorrências)</i>
4.2.1.2.	Não existe	“Quem trabalha mais é perfeitamente idêntico a quem trabalha menos.” (Médico Gestor Operacional 6, Fase 1)

Código	Categorias teóricas Subcategorias	Discursos Ilustrativos
4.2.2.	<b>Gestão ativa</b>	<b><i>Os líderes antecipam os problemas e intervêm com medidas corretivas antes dos problemas ocorrerem.</i></b>
4.2.2.1.	Existe	“É só para dizer que há alguém que comanda. Porque senão o serviço dilui-se e deixa de estar unido na luta.” (Médico Gestor Operacional 2, Fase 1) “A direção tem que ter sempre uma ligação muito estreita com os órgãos de gestão.” (Médico Gestor Operacional 7, Fase 1)
4.2.2.2.	Não existe	“É preciso é arranjar estratégias dentro das organizações, em que os profissionais reconheçam qual é a estratégia que está a ser seguida, reconheçam quem são os líderes.” (Médico Gestor Operacional 6, Fase 1)
4.2.3.	<b>Gestão passiva</b>	<b><i>Os líderes intervêm após a ocorrência dos problemas.</i></b>
4.2.3.1.	Existe	“Não, pode haver mobilidade. O movimento dos médicos, quer dizer, é o movimento, hoje estão ali, mas amanhã estão noutro lado, porque é preciso uma pessoa comandar.” (Médico Gestor Operacional 2, Fase 1)
4.2.3.2.	Não existe	“Eles praticamente agora acabaram com as carreiras médicas, porque com estes contratos não há carreiras; ainda há uma maneira de motivar as pessoas economicamente, não é que isso seja uma boa motivação.” (Médico Gestor Operacional 4, Fase 1)
4.2.4.	<b>Laissez-faire</b>	<b><i>O líder abdica das responsabilidades e evita tomar decisões.</i></b>
4.2.4.1.	Existe	“É a única maneira de cimentar. Os colegas ficam a saber que há alguém que diz o que é que vai acontecer não se sabe quando, ninguém controla nada.” (Médico Gestor Operacional 2, Fase 1)
4.2.4.2.	Não existe	<i>(sem ocorrências)</i>

Fonte: elaboração própria

## Coordenação relacional

As descentralizações/integrações resultantes das reestruturações implicaram, naturalmente, mudanças ao nível dos processos de gestão das organizações públicas hospitalares (Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a). Além da redefinição das estruturas organizacionais e da criação de novas unidades e serviços, as reformas implicaram ainda a reconfiguração da rede de relações, da composição das equipas de trabalho e das dinâmicas de poder (Ehrenhalt, 2012; Fraser, Encinosa, & Glied, 2008). No processo de aproximação da lógica organizacional à lógica operacional, reclama-se da falta de gestão participativa (Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a) e verifica-se um descontentamento em relação à gestão de topo, que desempenha a sua função “à margem da opinião médica” (Médico Gestor Operacional 3, Fase 1), ao “ignorar um bocadinho o que é a vida do dia-a-dia das pessoas e não valorizar os aspetos clínicos” (Médico Gestor Operacional 4, Fase 1). A este propósito, um dos gestores refere que:

“Eu não sou contra o facto de um gestor estar na direção e orientação do hospital. Eu sou contra é fazê-lo à margem da opinião médica, à margem desse tal conceito de implicação que devia envolver um médico, mas desenvolvida num sentido real, diário, prático e não apenas ouvir, só para dizer que não deixa de ouvir.” (Médico Gestor Operacional 3, Fase 1)

Particularmente em momentos de reestruturações complexas, como o foi a fusão do Centro Hospitalar, é fundamental que haja *“desmultiplicação das relações”* (Médico Gestor Operacional 4, Fase 1), *“que as pessoas sejam chamadas e se sintam envolvidas desde o princípio”* (Médico Gestor Operacional 4, Fase 1). Os gestores lamentam que *“não somos ouvidos nem achados para a negociação [de medicamentos]”* (Médico Gestor Operacional 2, Fase 1), *“não vêm falar com as pessoas, as pessoas tomam decisões e às vezes dizem coisas antes de terem falado com os profissionais”* (Médico Gestor Operacional 4, Fase 1), defendendo-se a necessidade de haver *“coordenação, concertação [e] decisão com implicações”* (Médico Gestor Operacional 3, Fase 1): *“as pessoas devem ser chamadas a participar no planeamento das coisas”* (Médico Gestor Operacional 4, Fase 1) e *“a direção tem que ter sempre uma ligação muito estreita com os órgãos de gestão”* (Médico Gestor Operacional 7, Fase 1).

Outra das preocupações que ressalta é a falta de autonomia ao nível operacional (Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a). Apesar de concordarem com a necessidade da existência de uma ‘plataforma intermédia de gestão’, que desempenhe o papel de ‘coordenação e concertação’, os médicos gestores defendem que a gestão de primeira-linha deveria ter maior autonomia administrativa e financeira (pelo menos para as atividades de gestão mais corrente), e a mesma coordenação deveria também existir no domínio das relações de trabalho (Oliveira & Filipe, 2014a, 2014b, 2014c; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a), conforme evidenciado nos discursos seguintes:

“Incentivos, zero. Mas na parte administrativa devia ter alguma coisa. Quer dizer, eu pôr aqui quem quero (e não quero excesso de pessoas). Poder escolher a equipa. E depois, até determinado nível de equipamento, ter autonomia para a compra de material.” (Médico Gestor Operacional 11, Fase 1)

“Há aqui um entreposto entre os serviços e a decisão, porque estes estratos intermédios, é como uma plataforma intermédia de gestão, mas que não tem capacidade de decisão. Tem coordenação, concertação; mas decisão com implicações, decisão com autonomia, não tem, efetivamente. Porque na decisão de contratação, não decide, apenas propõe.” (Médico Gestor Operacional 3, Fase 1)

Ao nível operacional, a complexidade associada à existência de várias profissões (p.e., médicos, enfermeiros, técnicos de terapêutica e diagnóstico, entre outros) (Flinchbaugh et al., 2016;

Oliveira et al., 2014) em diferentes domínios de práticas, coloca desafios adicionais de coordenação (Oliveira & Filipe, 2015a; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013b, 2013c). Verifica-se que a gestão dos relacionamentos entre os indivíduos dentro do grupo é relevante para os gestores, evidenciando a necessidade de colocarem em prática mecanismos de coordenação relacional (Oliveira & Filipe, 2015a; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013b, 2013c). Vários discursos revelam que a coordenação relacional existe e/ou é desejável dentro das equipas e inter equipas:

“Há já uma tradição ao nível do serviço de alguma união, claro que com grandes divergências de opiniões, mas tem sido possível manter uma boa união entre todos ao nível do serviço, manter o diálogo, tomar decisões depois de ouvir.” (Médico Gestor Operacional 7, Fase 1)

“Realmente não temos complicações, não temos problemas com ninguém, é um serviço sem conflitos. Se realmente há conflitos não é com pessoal médico. Eu e todos nós temos uma boa relação com o conselho de administração, porque respeitam o serviço e reconhecem a qualidade de quem cá trabalha.” (Médica Gestora Operacional 9, Fase 1)

“Exijo que, uma vez por semana, haja reunião do serviço, em que todos venham, venham com alegria. Sentamo-nos numa mesa. Cada um dá informações, diz o que quer. É uma coisa completamente aberta. Duas vezes por mês essa reunião é completamente orientada para a área clínica. Essa informação é dada aos outros.” (Médico Gestor Operacional 2, Fase 1)

“Em geral, não faço reuniões muito alargadas, faço reuniões mais setoriais. E quando falo em setoriais, falo ao nível de enfermagem, secretariado, ao nível dos médicos, dentro dos médicos também, por determinados setores que interessa desenvolver e depois tomar a decisão final.” (Médico Gestor Operacional 7, Fase 1)

Particularmente ao nível da prática clínica, é fundamental continuar a manter-se uma *“estrutura de articulação”* (Médico Gestor Operacional 4, Fase 1), e é

“preciso ter excelentes reuniões com o corpo clínico todo, para tratar o doente como um todo; esta integração de equipas é absolutamente fundamental para uma medicina moderna” (Médico Gestor Operacional 6, Fase 1).

Este gestor acrescenta ainda que, dessa forma,

“os *juniores* aprendem com o exemplo dos mais velhos, melhoram os seus procedimentos e ficam com uma visão mais alargada e abrangente”.

## **RESULTADOS DA FASE 2 (2012/2013) – IMPLEMENTAÇÃO DA FUSÃO**

A análise das entrevistas, e na base da literatura de lógicas de gestão (Lok, 2010; Oliveira & Holland, 2013; Oliveira et al., 2014), mudança de práticas (Mørk et al., 2012), confrontos intra e inter-práticas (Oliveira & Filipe, 2014a, 2014b, 2014c, 2015c, 2016), atribuições (Nishii, Lepak, & Schneider, 2008) da mudança de lógicas e de práticas e de coordenação relacional (Gittell, 2011, 2012, 2016), permitiu melhor compreender os aspetos contextuais e a importância de

um modelo relacional de gestão do desempenho humano. A fase 2 (i.e., 2012/2013, após implementação da fusão) foi uma fase de identificação, compreensão e justificação de eventuais divergências nos discursos, antes e após o processo de reestruturação organizacional interna. Procurámos sinalizar os impactos da reestruturação sobre o desempenho (organizacional e humano) e de que forma foi conseguido (ou não) o equilíbrio entre as prioridades económicas e as sociais. Foi também procurada alguma evidência para as reações às mudanças e as preocupações relacionadas com a implementação das novas lógicas e prioridades de gestão. Será agora possível caracterizar alguns dos aspetos relacionados com as diferentes lógicas (institucional, organizacional e operacional) e com os desafios de conciliação dos distintos domínios de práticas (i.e., clínicas, científicas, tecnológicas e políticas-de gestão).

Focamos a nossa análise nas práticas de GRH, nos desafios de gestão do desempenho humano, bem como no modelo potencialmente facilitador desta gestão. Nesse sentido, os estilos de liderança (transacional e transformacional), bem como a gestão do contrato psicológico voltam a ser foco de análise. Com os novos dados foi possível revalidar as perceções dos gestores sobre a importância de considerar a gestão do contrato psicológico como prática efetiva de gestão do desempenho humano, bem como o papel da liderança, particularmente transformacional, para uma relação de troca entre líder e seguidores (LMX) de elevada qualidade e para um contrato psicológico efetivo (Oliveira & Filipe, 2016, 2017).

Foi também explorada a natureza das barreiras/confrontos entre os diferentes domínios de práticas. Para categorizar os desafios de gestão com que os gestores se deparam nos diferentes domínios de práticas em que atuam, relacionámos esses domínios através das categorias '*confrontos intra-práticas*' (i.e., confrontos que ocorrem dentro de cada uma das práticas) e '*confrontos inter-práticas*' (i.e., confrontos entre diferentes domínios de práticas). Pretendemos verificar se nos discursos dos gestores é possível identificar, não apenas referências a esses confrontos, como também a sua natureza e de que forma se refletem em desafios de gestão.

Estes desafios são melhor compreendidos se olharmos isoladamente para cada uma das lógicas (i.e., institucionais, organizacionais e operacionais) e procurarmos a relevância das mesmas no discurso dos gestores, antes e após o processo de fusão (Oliveira & Filipe, 2015a). De modo a compreender o impacto dos processos de mudança, é também fundamental identificar as atribuições (Nishii, Lepak, & Schneider, 2008) que os gestores fazem relativamente à mudança de lógicas e de práticas. Para que a mudança seja entendida com as atribuições de 'aumento



de qualidade' dos serviços e 'bem-estar psicológico dos trabalhadores' (Nishii, Lepak, & Schneider, 2008), e o efeito positivo da mudança sobre o desempenho organizacional seja potenciado, colocamos sob análise o papel da coordenação relacional para um diálogo e comunicação de elevada qualidade (Gittell, 2012) entre as partes envolvidas na mudança. Por último, procuramos compreender o modelo de gestão hospitalar que, na perspetiva dos gestores seria considerado mais adequado para mitigar os desafios e aproveitar as oportunidades (intra e inter-práticas) decorrentes das reestruturações, bem como para uma efetiva conciliação entre as lógicas organizacionais e operacionais.

Nos pontos seguintes, procedemos à análise compreensiva e qualitativa (sustentada com discursos ilustrativos das entrevistas) das seguintes temáticas: mudança de lógicas (resistência à mudança, domínios de lógicas, atribuições da mudança de lógicas), mudança de práticas (domínios de práticas e atribuições da mudança de práticas), confrontos e desafios de gestão (intra-práticas e inter-práticas), gestão do contrato psicológico (quebra do contrato psicológico, atrativos da relação de emprego e incentivos para o elevado envolvimento), coordenação relacional, liderança (transformacional e transacional) e modelo de gestão hospitalar (quem devem ser os gestores – de topo, intermédios e de primeira-linha e qual o 'interface cognitivo' desejável entre diferentes níveis de gestão).

## **Mudança de lógicas**

### *Resistência à mudança*

A resistência é reconhecida como uma resposta inevitável à mudança (Cameron & Green, 2015; Ewenstein, Smith, & Sologar, 2015). A mudança 'é sempre incómoda', pelo que a resistência à mudança faz parte de qualquer processo de reestruturação que tenha implicações sobre a forma de trabalhar dos profissionais, uma vez que estes se sentem 'ameaçados' nas condições inerentes à sua relação de emprego (Doherty, Horne, & Wootton, 2014; Ford, Ford, & D'Amelio, 2008). As pessoas resistem às potenciais 'novidades' que a mudança possa envolver. Um dos médicos gestores referiu isso mesmo:

“Também temos que reconhecer uma coisa, o ser humano não é muito recetivo à mudança e as pessoas têm medo do desconhecido, quem é que vem e quem é que não vem” (Médico Gestor Operacional 35, Fase 2).

Uma das preocupações reforçadas nesta segunda fase prende-se com a crise financeira em que o país 'mergulhou' e que potencia a forma desconfiada com que as pessoas olham para a

mudança (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). Como vimos, antes da fusão do Centro Hospitalar foram identificadas emoções negativas tais como ‘medo’, ‘falta de esperança’ e ‘frustração’, atributos que indicam uma forte resistência à mudança (Oliveira & Filipe, 2013; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013c). Após a fusão, as pessoas continuaram defensivas e a *“sentir-se desamparadas”* (Médico Gestor Operacional 28, Fase 2) e algumas referem que as mudanças associadas às reestruturações foram ‘muito bruscas’ e o processo envolvido *“altamente cansativo e desgastante”* (Médico Gestor Operacional 35, Fase 2), considerando que existe *“sempre o fator de insegurança”* (Médico Gestor Operacional 29, Fase 2), *“verificam-se queixas constantes, questões constantes e ceticismo em relação aos resultados da mudança”* (Médico Gestor Operacional 28, Fase 2) (Oliveira & Filipe, 2013; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013c):

“Há fatores negativos: a preocupação, a desmotivação e a apatia. Eu penso que o mais preocupante é o desconhecimento, a demora, a instabilidade e a insegurança. Aos poucos aumenta a dúvida, os otimistas vão diminuindo, os indiferentes e preocupados vão aumentando porque não acontece nada. Se não acontece nada, pensam que vem o pior possível, este é que é o sentimento subjetivo no subconsciente.” (Médico Gestor Operacional 29, Fase 2)

Alguns gestores colocaram algumas reservas relativamente à forma como a mudança de lógicas estava a ser implementada (Oliveira et al., 2014). Na opinião de alguns médicos, foram apenas defendidos os ‘novos’ grandes interesses institucionais relacionados com a racionalização dos recursos e a eficiência económica (Oliveira & Filipe, 2013, 2014a, 2014b, 2014c, 2015a; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a). Nesse sentido, apesar de, inicialmente, se verificar uma grande aderência aos princípios subjacentes às novas lógicas institucionais e organizacionais (o ‘caminhar’ no sentido de uma maior racionalização dos recursos e eficiência económica), o ‘encanto’ por essas novas lógicas parece ter-se desvanecido a favor de uma lógica mais assente no bem-estar psicológico dos profissionais e satisfação dos utentes (Oliveira & Filipe, 2014a, 2014b, 2014c, 2015a). O entusiasmo inicial revelado por alguns gestores (motivado pela ‘atração’ relativamente às intenções e prioridades das novas lógicas de governação e gestão hospitalar), começou a dar lugar a um ‘desencanto’, não com as intenções da mudança (delineadas a nível organizacional e estratégico), mas com a forma como a mesma estava a ser implementada (a nível tático e operacional) (Oliveira & Filipe, 2013, 2015a), tal como descreve um dos médicos gestores de nível operacional:

“Temos que ver que a fusão pode ter os seus aspetos positivos, mas há sempre uma reação. As pessoas são contra a mudança, mas isso também tem que ser combatido. Porque as pessoas podem mudar para melhor e, de um modo geral, eu não critico a fusão, antes pelo contrário. Agora, como é que ela é feita, isso já é diferente.” (Médico Gestor Operacional 35, Fase 2)

Como vimos, ganhar o comprometimento das pessoas envolvidas na mudança é condição sem a qual qualquer esforço de reestruturação poderá não surtir os objetivos pretendidos (Helpap & Bekmeier-Feuerhahn, 2016; Herold, Fedor, & Caldwell, 2007). A falta de envolvimento dos profissionais no processo de mudança foi um dos aspetos realçados (Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a). Os gestores sentem que o processo de mudança não envolveu os profissionais: ‘não há envolvimento’, ‘há muitas insatisfações’, pelo que a mudança de comportamentos estabelecidos se revelou também difícil (Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a), tal como revelado pelo seguinte discurso de uma médica gestora de nível operacional:

“O que acontece é que estou a constatar que as pessoas não estão preparadas. Os RH não estão a ser suficientes para isso. Noto que estão a ficar completamente desorientados. Desorientados eles, desorientados nós, por inerência. Isto cria um desgaste muito grande e não há envolvimento. Criar um processo de mudança sem envolver os profissionais é muito complicado.” (Médica Gestora Operacional 33, Fase 2)

A conflitualidade associada à mudança (Bamford & Forrester, 2003; Burnes, 2014) não deixa de ser considerada. No entanto, a principal perceção é a de que já tinham sido ultrapassados alguns dos impactos negativos da mudança e que a integração das diferentes unidades hospitalares poderia trazer benefícios, não apenas sobre o comportamento dos profissionais, como igualmente sobre a implementação de novas práticas, mais eficazes (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). A mudança pode vir a ser um fator de alinhamento de interesses e práticas, contribuindo para o desenvolvimento de ambientes de trabalho saudáveis e facilitadores das reestruturações (Doherty, Horne, & Wootton, 2014). Um dos gestores operacionais refere-se a esta adaptação à mudança (Senge, 2014) da seguinte forma:

“Quanto à conflitualidade e à integração, não tenho receios. São coisas transitórias. Se existir algum nível de conflitualidade, não é duradouro, irá desaparecer com o tempo. As pessoas daqui já passaram a sua fase má. Tudo o que era mau até pode vir a ser bom. A integração com novas mentalidades, chegarem novas pessoas com outros pensamentos, com as práticas de lá, até pode ser bom, tenho esperança que seja bom. O facto de vir para aqui mais gente eu até acho que vai ser muito saudável e, automaticamente, vão criar-se empatias.” (Médico Gestor Operacional 37, Fase 2)

No entanto, para a maioria dos gestores, a pressão que se sente em termos económicos não pode, de forma alguma, interferir com a qualidade do serviço, nem com a satisfação, quer dos doentes, quer dos profissionais (Oliveira & Filipe, 2013, 2015a; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a, 2013c). No geral, concordam que *“o número tem que existir; [no entanto, não deve] ferir a confiança do profissional”* (Médico Gestor Operacional 35, Fase 2). Ou seja, os gestores demonstram que deve haver um equilíbrio: eficiência económica sim, mas não à custa do bem-

estar psicológico dos profissionais e satisfação dos utentes (Oliveira & Filipe, 2013, 2014a, 2014b, 2014c, 2015a; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a, 2013c).

### *Domínios de lógicas*

À semelhança da Fase 1 (i.e., 2010/2011 – reorganização interna), os discursos das entrevistas da Fase 2 (i.e., 2012/2013 – implementação da fusão) demarcam-se por expressões como ‘redução de custos’, ‘eficiência económica’, ‘racionalização de recursos’, ‘falta de recursos’, ‘fazer mais e reduzir custos’, ‘restrições económicas’ (Oliveira & Filipe, 2013, 2014a, 2014b, 2014c, 2015a). Um dos gestores de nível organizacional refere que *“há uma necessidade de reduzir os custos, que vai chegar aos 11%.”* (Médico Gestor Organizacional 17, Fase 2). Os profissionais começam a adaptar-se à mudança (Senge, 2014) de paradigmas e lógicas de gestão e, no geral, concordam que há práticas que é preciso alterar para a rentabilização dos serviços (Oliveira & Filipe, 2013, 2015a). Assim, apesar do descontentamento manifestado por alguns gestores relativamente à priorização dos aspetos económicos, verifica-se que há uma maior consciencialização para a importância da eficiência económica e do controlo dos custos e, aos poucos, os profissionais têm aderido a práticas alternativas, consumidoras de menos recursos (Oliveira & Filipe, 2015a). Nesse sentido, é possível sinalizar discursos tais como: *“há coisas que podem funcionar melhor”* (Médico Gestor Operacional 36, Fase 2) ou *“temos que melhorar [e] também temos que estar um bocadinho preocupados com os números”* (Médico Gestor Operacional 35, Fase 2) (Oliveira & Filipe, 2013, 2015a). Um dos médicos gestores refere que *“atualmente, todos os médicos têm em conta o impacto dos custos; os recursos são limitados; já faz parte dos profissionais; as pessoas estão mais alertadas para os custos”* (Médico Gestor Organizacional 17, Fase 2). Dois outros médicos gestores declaram que:

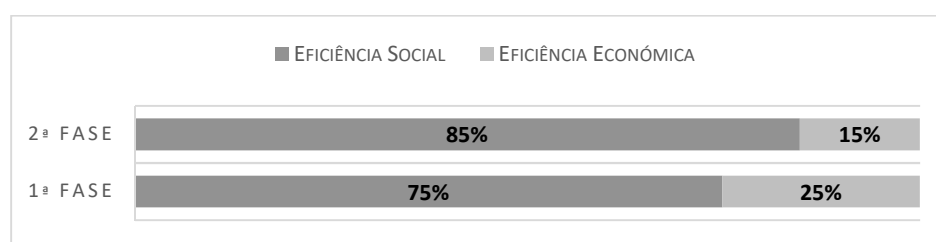
*“Eu acho que tem que haver, de facto, uma forma de conter os custos da saúde e as pessoas devem ser, de alguma forma, responsabilizadas por aquilo que gastam e terem consciência daquilo que estão a gastar e devem ser colocadas perante decisões que os confrontem com a utilidade daquilo que fazem.”* (Médico Gestor Operacional 30, Fase 2)

*“As pessoas percebem que os objetivos deste momento são de grande peso económico. Isso não tem que ser forçosamente, nem deve ser à custa da qualidade do internamento. Tem que baixar-se por uma melhoria da eficiência hospitalar. Toda a gente tem de ser alertada e toda a gente tem que ser mobilizada para esse esforço, porque só o esforço de um serviço não resulta.”* (Médico Gestor Operacional 25, Fase 2)

Não obstante continuarem a considerar a prossecução de objetivos de natureza económica importante, os gestores defendem que os mesmos não deverão ser atingidos através da desconsideração dos objetivos de âmbito social, tal como se depreende também pelo Decreto-

Lei 30/2011, que determinou a fusão dos hospitais. Nesse sentido, em termos globais, após a fusão, e tal como representado na **Figura 33**, verifica-se uma percentagem superior de referências a aspetos relacionados com o bem-estar psicológico dos profissionais e a satisfação dos utentes (75% na Fase 1 e 85% na Fase 2); ou seja, reconhece-se, de forma crescente ao longo do tempo, a importância dos resultados relacionados com as atitudes e os comportamentos dos profissionais e a satisfação dos utentes; particularmente os médicos gestores de nível operacional, com grandes preocupações de natureza clínica, procuram que os indicadores relacionados com a qualidade do serviço e satisfação dos utentes, não sejam postos em causa pelas razões economicistas que derivam das lógicas institucional e organizacional (Oliveira & Filipe, 2013, 2014a, 2014b, 2014c, 2015a; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a, 2013c).

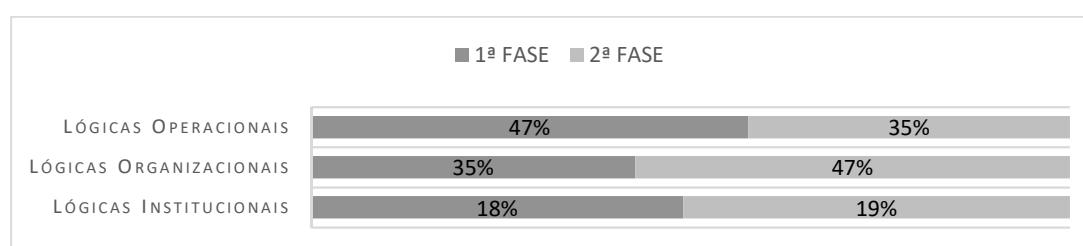
Figura 33 – Eficiência económica e eficiência social (Fase 1 e Fase 2, em %)



Fonte: elaboração própria

Confrontando os diferentes domínios de lógicas, institucionais, organizacionais e operacionais, tal como representado na **Figura 34**, verifica-se que, antes do processo de fusão (i.e., Fase 1, 2010/2011 – reorganização interna), o discurso dos gestores (relacionado com os domínios de lógicas) é dominado por atributos relacionados com a lógica operacional (47%), seguido da lógica organizacional (35%) e, só depois, da lógica institucional (18%) (Oliveira & Filipe, 2013, 2014a, 2014b, 2014c, 2015a; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a, 2013c).

Figura 34 – Domínios de lógicas (1) (Fase 1 e Fase 2, em %)

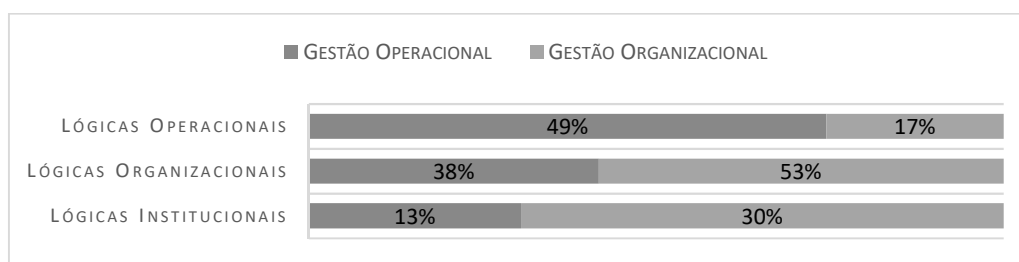


Fonte: elaboração própria

Na Fase 2 (i.e., 2012/2013, após implementação da fusão), verifica-se uma mudança de foco da lógica operacional (35%) para a lógica organizacional (47%); a lógica institucional mantém-se com pesos relativos idênticos na Fase 1 (18%) e na Fase 2 (19%).

Os discursos são também demarcados por diferenças dependentes da posição na estrutura organizacional (i.e., organizacional e operacional) (Oliveira & Filipe, 2013, 2014a, 2014b, 2014c, 2015a; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a, 2013c), tal como evidenciado na **Figura 35**. Considerando o efeito acumulado da Fase 1 (i.e., 2010/2011, após reorganização interna) e da Fase 2 (i.e., 2012/2013, após implementação da fusão), a lógica organizacional domina o discurso dos gestores de nível organizacional (53%), seguida da lógica institucional (30%) e depois da lógica operacional (17%). Quanto aos gestores de nível operacional, pesam maioritariamente os aspetos relacionados com a lógica operacional (49%); segue-se a lógica organizacional (38%) e depois a lógica institucional (apenas com 13% das ocorrências).

Figura 35 – Domínios de lógicas (2) (Acumulado Fase 2, por posição, em %)



Fonte: elaboração própria

Os gestores de nível organizacional têm que transpôr para o nível organizacional a lógica definida em estratégicos pela gestão de topo, tendo que gerir igualmente o ‘interface cognitivo’ entre a gestão de topo e os níveis de linha inferiores para adequação da estratégia a nível operacional (de estratégicas, as prioridades passam a tácitas) (Raes, Heijltjes, Glunk, & Roe, 2011). Os gestores de nível operacional (‘gestores híbridos’) focalizam o seu discurso na lógica operacional (com maiores preocupações com as prioridades clínicas), apesar da lógica organizacional ser também relevante (lógica de gestão) (Oliveira & Filipe, 2015b; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a).

No que se refere à lógica institucional, foram referidos vários aspetos relacionados com a lógica subjacente à dinâmica de funcionamento do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (Oliveira & Filipe, 2014a, 2014b, 2014c, 2015a). De uma forma geral, os gestores sentem-se ‘desencantados’ com

o sistema, com a forma como as prioridades na saúde foram evoluindo para uma lógica de maior racionalização dos custos e eficiência económica, fazendo do SNS, *“um serviço agora mais virado para o lucro”* (Médico Gestor Operacional 34, Fase 2) (Oliveira & Filipe, 2014a, 2014b, 2014c, 2015a). No entanto, um dos gestores refere que

“Durante muito tempo, os custos com a saúde não eram nada do que são hoje nem nada que se aproximasse, o acesso, a disponibilidade de tecnologia, de medicamentos” (Médico Gestor Operacional 30, Fase 2).

Apesar de um dos médicos referir que *“o nosso SNS funciona bem”* (Médico Gestor Operacional 35, Fase 2), no geral fala-se em *“falta de organização e de sustentabilidade”* (Médico Gestor Organizacional 18, Fase 2): *“quando se diz que o SNS não é sustentável, o que lhe falta é organização; evoluímos tanto, que agora estamos a pagar um preço absolutamente louco”* (Médico Gestor Organizacional 18, Fase 2) (Oliveira & Filipe, 2014a, 2014b, 2014c, 2015a). Um dos gestores refere que *“para funcionar mais 1 ou 2 % melhor, é preciso muito mais empenho”* (Médico Gestor Operacional 35, Fase 2). O seguinte discurso é ilustrativo do impacto das políticas de austeridade e das mudanças de lógicas de gestão do desempenho das organizações públicas de saúde:

“Isto acelera cada vez mais, cada vez anunciam mais crise e não há nada que evite o descalabro e a saúde paga por isso, porque a saúde e a medicina são coisas fundamentais. Em termos de serviço de saúde global, isto está muito mau, muito desumano, muito virado para o lucro, aliás a saúde é o maior negócio deste momento. Estou muito desencantado com o sistema de saúde que está implementado. O SNS está a desmoronar-se aceleradamente neste momento e é mau, porque estávamos a prestar um serviço excelente.” (Médico Gestor Operacional 34, Fase 2)

Na ‘defesa’ da lógica operacional, que não deve ser comprometida pelas lógicas institucionais e organizacionais mais restritivas (Oliveira et al., 2014), encontramos outros discursos que apontam no sentido do desagrado face à lógica da eficiência económica e/ou sensibilização para uma maior eficiência social (Oliveira & Filipe, 2013, 2014a, 2014b, 2014c, 2015a). Por exemplo, um dos médicos declara-se mesmo contra a utilização da palavra ‘produtividade’, quando se trata de medicina, defendendo que:

“O mais importante é continuarmos a fazer as coisas como devem ser feitas; mais com menos, até onde for possível, e sempre com base na segurança [do doente] e no estado da arte” (Médico Gestor Operacional 35, Fase 2).

Outros discursos revelam a dificuldade de vários gestores ‘aceitarem’ a visão mais economicista na ‘nova gestão hospitalar’ (Oliveira & Filipe, 2013, 2014a, 2014b, 2014c, 2015a):

“Apesar das pessoas perceberem que os objetivos deste momento são de grande peso económico, isso não tem que ser forçosamente, nem deve ser, à custa da qualidade do internamento” (Médico Gestor Operacional 25, Fase 2):

“Aumentar a produtividade. Eu não gosto muito de dizer essa palavra em termos de medicina, porque isto não são números, o problema é esse. Às vezes começa-se aí a falar em números, mas às vezes um doente vale por mil.” (Médico Gestor Operacional 35, Fase 2)

“Eu e os meus colegas tentamos fazer o trabalho. Temos que fazer o melhor pelos doentes. É evidente que eu não digo que não possa ser feita alguma racionalização sem prejudicar os doentes. Muitas das vezes até com uma medicina um pouco mais defensiva, isso é possível. Mas passarmos daí, até pensarmos que podemos fazer cortes muito grandes e, sobretudo, cortes cegos, é um bocado complicado.” (Médico Gestor Operacional 36, Fase 2)

“E não há crise que faça abdicarmos disso. Nós temos que fazer sempre com base na segurança e no estado da arte. Não nos podem dizer para reduzir não sei quantos por cento, fazer mais barato, não pode ser.” (Médico Gestor Operacional 35, Fase 2)

Antes da mudança de lógicas institucionais, *“havia um espírito muito humano e podemos começar a ficar com o espírito muito mercantilista”* (Médico Gestor Operacional 35, Fase 2) e é nesse equilíbrio, potencialmente paradoxal, que os gestores evidenciam as maiores dificuldades, referindo-se que *“isto, cada vez mais, está a ficar mais em números, o que é uma coisa um bocadinho perigosa”* (Médico Gestor Operacional 35, Fase 2) e *“de facto, às vezes é difícil lutar contra essa pressão dos números”* (Médico Gestor Operacional 23, Fase 2) (Oliveira & Filipe, 2013, 2014a, 2014b, 2014c, 2015a).

Relativamente à gestão do desempenho humano em concreto, um dos gestores refere que *“em termos de RH é muito difícil termos mais RH; em termos de gastos e contenção, sentimos a pressão”* (Médico Gestor Operacional 36, Fase 2) (Oliveira & Filipe, 2013, 2015a). Esta preocupação é reforçada no seguinte discurso, que aponta também a falta de recursos financeiros, além dos humanos:

“O que nós queremos é que não haja perdas de tempo, que consigamos produzir, que todas estas coisas que fazemos sejam, de facto, eficazes. Nós podíamos, com a equipa que temos, fazer mais. Em cada fase, temos que saber o que é prioritário, mas neste momento temos alguma prioridade de pôr ordem nas listas de espera e, para isso, precisávamos de um bocadinho mais de espaço para poder diminuir o número de doentes que estão em lista de espera. Mas lá está, isso custa dinheiro, mais pessoas, não sei se é possível.” (Médico Gestor Operacional 35, Fase 2)

No **Quadro 27** apresentam-se segmentos de discursos ilustrativos (da Fase 1 – 2010/2011, e da Fase 2 – 2012/2013) atribuídos no processo de codificação à categoria teórica ‘mudança de lógicas/domínios de lógicas’, que permitem melhor compreender as lógicas subjacentes ao SNS (lógica institucional), hospitais públicos (lógica organizacional) e unidades e serviços destas organizações (lógica operacional).



Quadro 27 – Domínios de lógicas: discursos ilustrativos (Fase 1 e Fase 2)

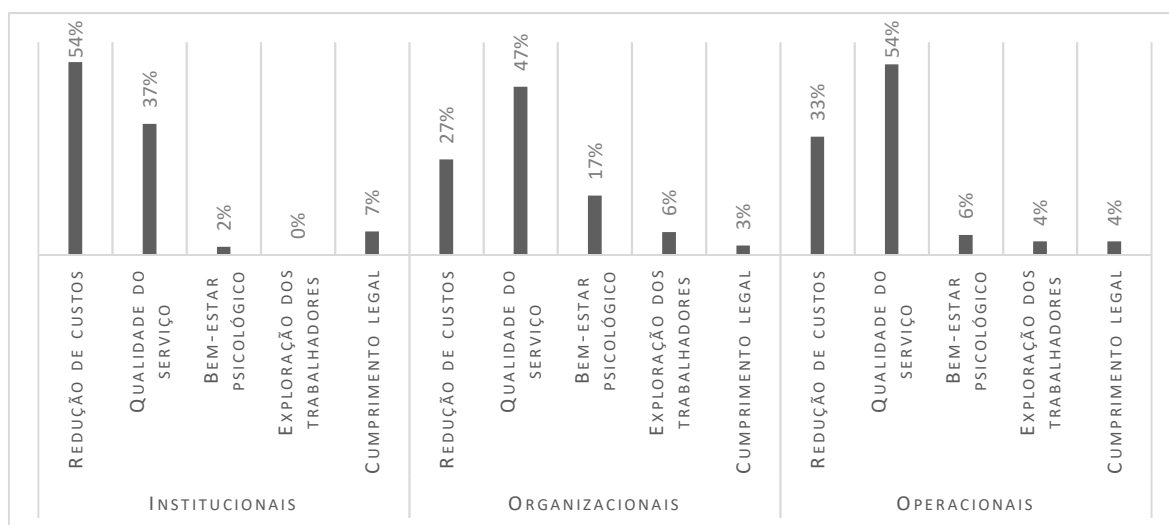
<b>Código</b>	<b>Categorias teóricas Subcategorias</b>	<b>Discursos Ilustrativos</b>
7.	Mudança de lógicas	
7.1.	Domínios de lógicas	
7.1.1.	<b>Institucionais</b>	<b><i>Políticas de governação</i></b>
		<p>“O paciente, agora mais do que nunca, é exigente e tem sempre os seus direitos salvaguardados.” (Médica gestora Operacional 1, Fase 1)</p> <p>“O nosso SNS funciona bem, de um modo geral, mas agora para funcionar mais 1 ou 2 % melhor é preciso muito mais empenho.” (Médico Gestor Operacional 35, Fase 2)</p> <p>“Durante muito tempo, os custos com a saúde não eram nada do que são hoje nem nada que se aproximasse, o acesso, a disponibilidade de tecnologia, de medicamentos” (Médico Gestor Operacional 30, Fase 2)</p> <p>“Isto é completamente fora daquilo que é a nossa visão tradicional, a nossa cultura habitual. Sem orçamento não consigo efetuar os trabalhos.” (Médico Gestor Organizacional 17, Fase 2)</p>
7.1.2.	<b>Organizacionais</b>	<b><i>Estratégias organizacionais/departamentais</i></b>
		<p>“Há uma necessidade de reduzir os custos, que vai chegar aos 11%.” (Médico Gestor Organizacional 17, Fase 2)</p> <p>“Esta era a única, e continua a ser a única unidade nos hospitais públicos, que oferecia este tratamento com esta multidisciplinaridade toda.” (Médico Gestor Organizacional 22, Fase 2)</p> <p>“A realidade hospitalar é muito complexa, não há circuitos fáceis. Isto é uma atividade muito complexa, são cem profissões (ou à volta de cem profissões).” (Médico Gestor Operacional 25, Fase 2)</p> <p>“[...] exigido que trabalhem mais a receber menos, sem ter nenhuma mais-valia; porque nem sequer na carreira podem subir.” (Médica gestora Operacional 5, Fase 1)</p> <p>“Quanto ao ensino e formação, [o Centro Hospitalar] providencia gratuitamente ambiente e formação a múltiplos técnicos de saúde.” (Médico Gestor Operacional 29, Fase 2)</p>
7.1.3.	<b>Operacionais</b>	<b><i>Práticas na unidade/serviço/local de trabalho</i></b>
		<p>“Para a qualidade do serviço, os doentes têm de ser bem tratados, temos de tratar o número de doentes que devemos, a tempo e horas e temos de tratá-los bem. Tenho de apresentar resultados: como foram bem tratados.” (Médica gestora Operacional 5, Fase 1)</p> <p>“Às vezes começa-se aí a falar em números, mas às vezes um doente vale por mil, quer dizer, isto não tem nada a ver com números.” (Médico Gestor Operacional 35, Fase 2)</p> <p>“Mas o que nós queremos é assistir o melhor possível os doentes e essa é sempre a nossa preocupação, não é ter tanto a noção de quantas operações fazemos. O mais importante é continuarmos a fazer as coisas como devem ser feitas. (Médico Gestor Operacional 35, Fase 2)</p> <p>“Tem que haver uma dimensão humana, tem que haver equipa, tem que haver corpo. Cativar as pessoas em volta do serviço e isto é quase uma família.” (Médico Gestor Operacional 24, Fase 2)</p>

Fonte: elaboração própria

### Atribuições da mudança de lógicas

A **Figura 36** representa as atribuições da mudança de lógicas, a percentagem de referência a cada uma das atribuições, por cada uma das lógicas. Consta-se que, relativamente à mudança de lógicas institucionais, a atribuição de ‘redução de custos’ e de ‘qualidade do serviço’ são as mais efetuadas (com 54% e 37% do total de referências a atribuições de mudança de lógicas institucionais, respetivamente). Quanto à mudança de lógicas organizacionais, a atribuição predominante é a de ‘qualidade do serviço’ (com 47% das referências), seguida da ‘redução de custos’ (com 27%); o ‘bem-estar psicológico’ dos trabalhadores também apresenta alguma relevância (17%). A nível operacional, destaca-se igualmente a atribuição de ‘qualidade do serviço’ (54%) e a ‘redução de custos’ (33%). As restantes atribuições (‘exploração dos trabalhadores’ e ‘cumprimento legal’) são também efetuadas, mas apenas de forma residual, para os três níveis de lógicas.

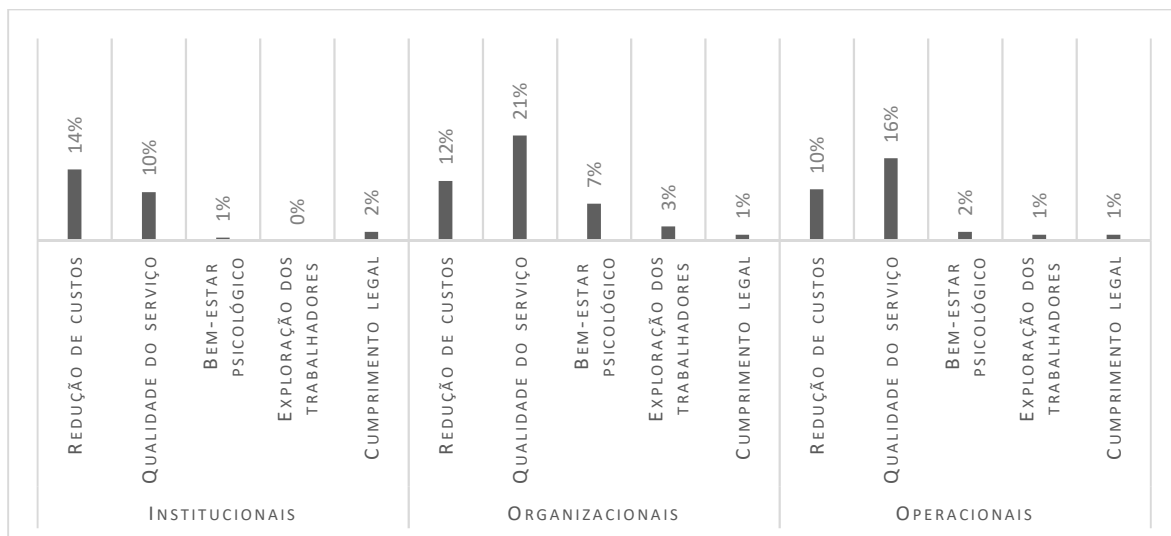
Figura 36 – Atribuições da mudança de lógicas (1) (Acumulado Fase 2, em % por lógicas)



Fonte: elaboração própria

Na **Figura 37** estão representadas as atribuições da mudança de lógicas, percentagem do total de atribuições (efeito agregado dos três domínios de lógicas). Verifica-se que a principal referência é a ‘qualidade do serviço’ (lógica organizacional) (com 21% das referências), seguida da ‘qualidade do serviço’ (lógica operacional) (com 16%), ‘redução de custos’ (lógica institucional) (com 14%), ‘redução de custos’ (lógica organizacional) (12%) e ‘redução de custos’ (lógica operacional) (com 10% das referências totais).

Figura 37 – Atribuições da mudança de lógicas (2) (Acumulado Fase 2, em % do total de atribuições)



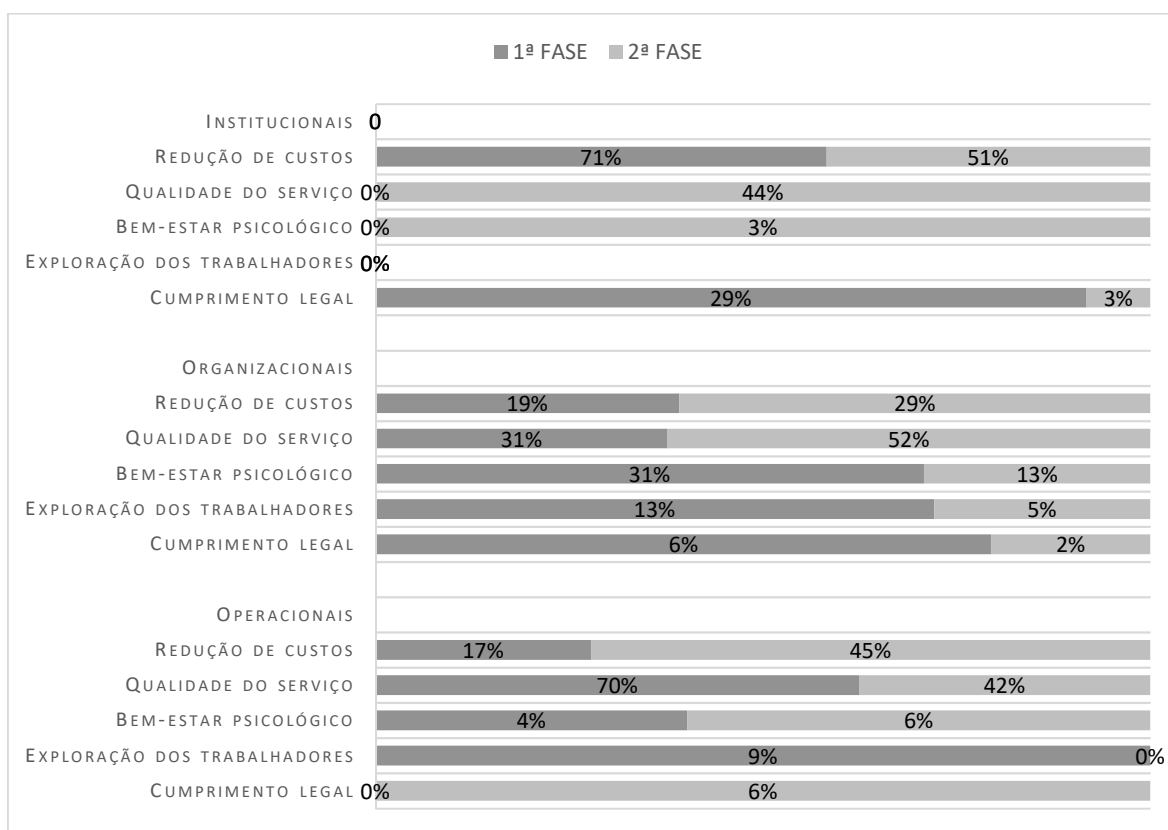
Fonte: elaboração própria

Estes resultados revelam que, apesar das políticas de ‘redução de custos’ terem sido reforçadas com as políticas de austeridade, não é essa a atribuição dominante. A ‘qualidade do serviço’ é a principal atribuição da mudança de lógicas organizacionais e operacionais (com 21% e 16% do total de atribuições, respetivamente). Mesmo para a mudança de lógicas institucionais, essa é uma atribuição relevante (com 10%), em comparação com as restantes atribuições para a mesma lógica. Ou seja, apesar da grande relevância atribuída à eficiência económica (redução de custos) como um dos grandes objetivos da mudança, os dados revelam que a ‘qualidade do serviço’ foi, na perspetiva dos gestores, a principal motivação para a ocorrência das reestruturações, o que dá substantividade ao decretado sobre a importância das fusões hospitalares. Conforme já referido e que se pode ler no Decreto-Lei 30/2011 de 2 de março, “a fusão dos hospitais [...] pretende melhorar continuamente a prestação de cuidados de saúde, garantindo às populações qualidade e diversificação da oferta [...] e o aumento da eficiência dos serviços.” Na **Figura 38** representa-se a comparação das atribuições da Fase 2 (i.e., 2012/2013, após implementação da fusão) face à Fase 1 (i.e., 2010/2011, após reorganização interna).

Na Fase 1 (i.e., 2010/2011), e relativamente à lógica institucional, foram feitas referências apenas às atribuições de ‘redução de custos’ (71%) e ‘cumprimento legal’ (29%); na Fase 2 (i.e., 2012/2013), a atribuição com maior significado continua a ser a ‘redução de custos’ (51%), mas com um peso inferior comparativamente à Fase 1; ganha importância relativa a ‘qualidade do serviço’ (44%). Relativamente à lógica organizacional, na Fase 2, a importância dada às

atribuições de ‘qualidade do serviço’ (52%) e ‘redução de custos’ (29%) é superior comparativamente à Fase 1 (31% e 19%, respetivamente); quanto ao ‘bem-estar psicológico’, esta atribuição é, na Fase 2, menos evidenciada (31% na Fase 1 e 13% na Fase 2). Quanto às atribuições da mudança de lógicas operacionais, aumenta a importância da ‘redução de custos’ (45% na Fase 2 e 17% na Fase 1) e reduz da importância relativa atribuída à ‘qualidade do serviço’ (42% na Fase 2 e 70% na Fase 1).

Figura 38 – Atribuições da mudança de lógicas (3) (Fase 1 e Fase 2, em %)



Fonte: elaboração própria

Considerando as atribuições da mudança de lógicas por posição e em termos acumulados (Fase 1 e 2), conforme representado na **Figura 39**, para os gestores de nível operacional, a mudança de lógicas deve-se, principalmente, a ‘redução de custos’ (com 39% das referências), seguido de ‘bem-estar psicológico’ (com 28%) e de ‘qualidade do serviço’ (com 16%); para os gestores de nível organizacional, a principal atribuição é também a ‘redução de custos’ (com 43%), seguida de ‘exploração dos trabalhadores’ (com 30%) e só depois ‘qualidade do serviço’ (com 19%).

Figura 39 – Atribuições da mudança de lógicas (4) (Acumulado Fase 2, por posição, em %)



Fonte: elaboração própria

No **Quadro 28**, consideramos discursos ilustrativos para ‘mudança de lógicas/atribuições das mudanças’, resultantes do processo de codificação nas categorias teóricas e subcategorias identificadas.

Quadro 28 – Mudança de lógicas e atribuições: discursos ilustrativos (Fase 1 e Fase 2)

Código	Categorias teóricas Subcategorias	Discursos Ilustrativos
7.	Mudança de lógicas	
7.2.	Atribuições das mudanças	
7.2.1.	<b>Redução de custos</b>	<b><i>Controlo de custos, resultantes de atribuições focadas no controlo e nos objetivos estratégicos e plano de negócios.</i></b>
	Institucionais	<p>“O Ministério da Saúde tem um determinado orçamento e diz à Administração Regional de Saúde do Centro ‘você têm esse dinheiro’.” (Médico Gestor Operacional 4, Fase 1)</p> <p>“As pessoas percebem que os objetivos deste momento são de grande peso económico.” (Médico Gestor Operacional 25, Fase 2)</p> <p>“Eu acho que tem que haver, de facto, uma forma de conter os custos da saúde.” (Médico Gestor Operacional 30, Fase 2)</p> <p>“As pessoas têm que ter a noção de que não é tudo gratuito, tem que haver algum equilíbrio.” (Médico Gestor Operacional 36, Fase 2)</p> <p>“Isto cada vez está a ficar mais em números, o que é uma coisa um bocadinho perigosa.” (Médico Gestor Operacional 35, Fase 2)</p> <p>“Às vezes é difícil lutar contra essa pressão dos números.” (Médico Gestor Operacional 23, Fase 2)</p>
	Organizacionais	<p>“Estavam a diminuir o número de camas, a aumentar o trabalho, a reformarem-se muitos colegas que não são substituídos.” (Médica gestora Operacional 1, Fase 1)</p> <p>“Quando a administração vem a dizer que tinham que reduzir todos 10 % de horas extraordinárias dos serviços todos.” (Médico Gestor Operacional 4, Fase 1)</p>

Código	Categorias teóricas Subcategorias	Discursos Ilustrativos
		<p>“Depois acaba por ser contraproducente, porque às vezes queremos poupar numa coisa e acabamos por gastar mais.” (Médico Gestor Operacional 35, Fase 2)</p> <p>“Aumentar a produtividade.” (Médico Gestor Operacional 35, Fase 2)</p> <p>“Às vezes começa-se aí a falar em números, mas isto não tem nada a ver com números.” (Médico Gestor Operacional 35, Fase 2)</p>
	Operacionais	<p>“A responsabilidade do internamento é das coisas mais importantes, mas também das coisas mais nobres que há.” (Médico Gestor Operacional 2, Fase 1)</p> <p>“Dada a natureza e afinidade dos serviços que fazem parte dessa área de gestão conseguimos encadear e uniformizar procedimentos.” (Médico Gestor Organizacional 15, Fase 2)</p> <p>“Em termos de RH é muito difícil termos mais RH; em termos de gastos e contenção, sentimos a pressão.” (Médico Gestor Operacional 36, Fase 2)</p> <p>“Em algumas áreas será necessário, de facto, ampliar um bocadinho as equipas, noutras há o risco de haver essa absorção de equipas que já estão formadas e que não querem minimamente ser incluídas. (Médico Gestor Operacional 30, Fase 2)</p>
7.2.2.	<b>Qualidade do serviço</b>	<b><i>Atribuição referente a causas internas das práticas orientadas para objetivos estratégicos e focalizadas no comportamento e satisfação dos trabalhadores.</i></b>
	Institucionais	<p>“O paciente, agora mais do que nunca, é exigente e tem sempre os seus direitos salvaguardados.” (Médica Gestora Operacional 1, Fase 1)</p> <p>“E não é só [os doentes] serem exigentes. Por um lado, é ser exigente, é preciso ter um cuidado absoluto, mas em todos os doentes é preciso ter cuidado. Seja qual for a doença, têm de ser bem tratados. E não é só o doente. É também a família do doente.” (Médico Gestor Operacional 2, Fase 1)</p>
	Organizacionais	<p>“Para a qualidade do serviço, os doentes têm de ser bem tratados, temos de tratar o número de doentes que devemos, a tempo e horas e temos de tratá-los bem. Tenho de apresentar resultados: como foram bem tratados.” (Médica gestora Operacional 5, Fase 1)</p>
	Operacionais	<p>“Mas o que nós queremos é assistir o melhor possível os doentes e essa é sempre a nossa preocupação, não é ter tanto a noção de quantas operações fazemos. O mais importante é continuarmos a fazer as coisas como devem ser feitas.” (Médico Gestor Operacional 35, Fase 2)</p> <p>“Isso não tem que ser, forçosamente, nem deve ser à custa da qualidade do internamento.” (Médico Gestor Operacional 25, Fase 2)</p>
7.2.3.	<b>Bem-estar psicológico</b>	<b><i>Atribuições referentes a fatores internos das práticas orientadas para o trabalhador, em particular referentes ao comprometimento.</i></b>
	Institucionais	<i>(sem ocorrências)</i>
	Organizacionais	<p>“Mas depois há toda esta mudança (que não se sabe muito bem o que vai acontecer) e as pessoas têm alguma desconfiança, porque é exigido que trabalhem mais a receber menos, sem ter nenhuma mais-valia; porque nem sequer na carreira podem subir.” (Médica Gestora Operacional 5, Fase 1)</p>

Código	Categorias teóricas Subcategorias	Discursos Ilustrativos
		“Quanto ao ensino e formação, [o Centro Hospitalar] providencia gratuitamente ambiente e formação a múltiplos técnicos de saúde.” (Médico Gestor Operacional 29, Fase 2)
	Operacionais	“Tem que haver uma dimensão humana, tem que haver equipa, tem que haver corpo. Cativar as pessoas em volta do serviço e isto é quase uma família.” (Médico Gestor Operacional 24, Fase 2) “É muito difícil criar um serviço que funcione como um serviço, como equipa. Acho que foi um pouco natural como isso foi acontecendo, porque as pessoas aqui no serviço foram sendo escolhidas, pouco a pouco, pelas suas características especiais.” (Médico Gestor Operacional 30, Fase 2)
7.2.4.	<b>Exploração dos trabalhadores</b>	<b><i>Atribuições referentes à exploração dos trabalhadores, focadas em práticas de exploração e alocação apropriada de recursos.</i></b>
	Institucionais	<i>(sem ocorrências)</i>
	Organizacionais	“Eles estão muito preocupados com a parte económica e estão tão preocupados, que na carreira médica criaram uma coisa <i>sui generis</i> .” (Médico Gestor Organizacional 20, Fase 2)
	Operacionais	“O número tem que existir; [no entanto, não deve] ferir a confiança do profissional.” (Médico Gestor Operacional 35, Fase 2)
7.2.5.	<b>Cumprimento legal</b>	<b><i>Atribuições referentes ao cumprimento legal.</i></b>
	Institucionais	“Portugal é o país que aplica, que reverte para a lei mais rapidamente as normas da CEE.” (Médico Gestor Operacional 21, Fase 2) “Quem nos vigia são os tribunais e a inspeção geral das atividades em saúde, mas do ponto de vista da gestão hospitalar ninguém pergunta em termos da qualidade da assistência ou o grau de satisfação dos utentes.” (Médico Gestor Operacional 4, Fase 1)
	Organizacionais	“O hospital é o primeiro a não cumprir essas regras.” (Médico Gestor Operacional 21, Fase 2) “Depois deste período de alargamento, os outros hospitais, tiveram que procurar em outros locais a satisfação para a realização dos exames.” (Médico Gestor Organizacional 17, Fase 2)
	Operacionais	“O que é que diz às pessoas no dia-a-dia aqui aos médicos normais, o que é que diz de isto ser o anterior sistema administrativo ou ser uma EPE [Entidade Pública Empresarial], é uma coisa nublosa, longínqua. Só têm medo que interfira com a vida diária deles por os perturbar, mas não percebem bem as lógicas desse sistema.” (Médico Gestor Operacional 4, Fase 1)

Fonte: elaboração própria

### Mudança de práticas

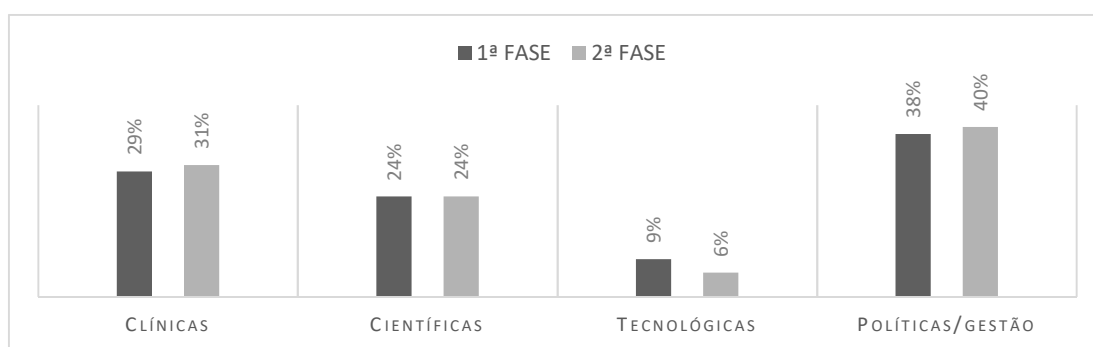
A mudança de lógicas institucionais (Lok, 2010; Oliveira & Holland, 2007), ao serem transpostas para o nível meso (i.e., organizacional) e nível micro (i.e., operacional) (Oliveira et al., 2014) implica, necessariamente, mudança nas práticas instituídas em diferentes domínios (e.g., clínicas, científicas, tecnológicas e políticas-de gestão) (Mørk et al., 2012) bem como na

dinâmica estabelecida entre diferentes práticas (i.e., confrontos inter-práticas) e dentro das mesmas práticas (i.e., confrontos intra-práticas) (Oliveira & Filipe, 2016, 2017).

### *Domínios de práticas*

O discurso dos gestores, quer na Fase 1 (i.e., 2010/2011 – após reorganização interna), quer na Fase 2 (i.e., 2012/2013 – após implementação da fusão), e tal como representado na **Figura 40**, centra-se em aspetos relacionados ora com a prática clínica (29% das ocorrências na Fase 1 e 31% na Fase 2), ora com a prática política-de gestão (com 38% na Fase 1 e 40% na Fase 2) (Oliveira & Filipe, 2015b). Sendo a maioria dos entrevistados ‘gestores híbridos’ e devido ao facto de terem assumido recentemente novas funções de gestão na sequência das reestruturações, verifica-se uma tendência dos discursos se centralizarem em aspetos relacionados ora com a prática política-de gestão, ora com a prática clínica (Oliveira & Filipe, 2015b; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a). Apesar de residual, verifica-se um aumento da importância relativa, em dois pontos percentuais, nestes dois domínios de práticas; a prática científica é igualmente relevante na Fase 1 e na Fase 2 (24% das ocorrências) e apenas a prática tecnológica sofre uma pequena diminuição de três pontos percentuais (de 9% para 6%) (Oliveira & Filipe, 2015b).

Figura 40 – Relevância dos domínios de práticas (1) (Fase 1 e Fase 2, em %)



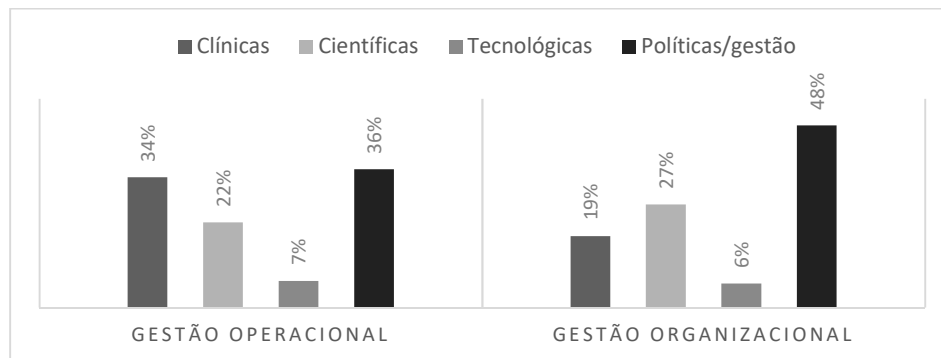
Fonte: elaboração própria

Na Figura 41 representa-se a relevância dos domínios de práticas por níveis de gestão. Para os gestores de nível operacional, destacam-se as práticas clínica e política-gestão (com 34% e 36% das ocorrências, respetivamente) (Oliveira & Filipe, 2015b). Sendo estes gestores que têm que adequar as práticas a nível operacional às lógicas de gestão organizacionais e dado o seu perfil de ‘gestores híbridos’, este resultado é esperado e desejado (Oliveira & Filipe, 2015b). O



discurso dos gestores de nível organizacional é dominado por aspetos relacionados com a prática política-gestão (48% das ocorrências), seguida da prática científica (27%) e depois da prática clínica (19%). A prática científica é também relevante no discurso dos gestores de nível operacional (22% de ocorrências) (Oliveira & Filipe, 2015b).

Figura 41 – Relevância dos domínios de práticas (2) (Acumulado Fase 2, por posição, em %)



Fonte: elaboração própria

Um dos gestores de nível operacional refere que “[o Centro Hospitalar] providencia gratuitamente ambiente e formação a múltiplos técnicos de saúde” (Médico Gestor Operacional 29, Fase 2), admitindo-se, que “hoje é quase incompatível ser médico assistencial, fazer docência e investigação” (Médico Gestor Operacional 25, Fase 2) (Oliveira & Filipe, 2014a). Em linha com o que é também um dos objetivos do Centro Hospitalar, os gestores devem procurar:

“Otimizar a coordenação das atividades docentes e assistenciais de forma a rentabilizar os recursos humanos e financeiros, promover o ensino superior e universitário, a formação e a investigação nas áreas clínicas e de apoio clínico, como “catalisadores para uma prática de excelência, reforçando as sinergias existentes a nível nacional.” (Fonte: Serviço Nacional de Saúde, <https://www.sns.gov.pt/>)

No **Quadro 29** apresentam-se discursos ilustrativos (da Fase 1 e da Fase 2) que resultaram para cada uma das categorias teóricas (e subcategorias) do código de análise ‘mudança de práticas/domínios de práticas’.

Quadro 29 – Domínios de práticas: discursos ilustrativos (Fase 1 e Fase 2)

Código	Categorias teóricas Subcategorias	Discursos Ilustrativos
8.	Mudança de práticas	
8.1.	Domínios de práticas	
8.1.1.	<b>Clínicas</b>	<b><i>Referem-se às atividades quotidianas vivenciadas nas organizações de saúde por diferentes grupos profissionais clínicos e não clínicos.</i></b>
		<p>“Esta era a única, e continua a ser a única unidade nos hospitais públicos, que oferecia este tratamento com esta multidisciplinaridade toda.” (Médico Gestor Organizacional 22, Fase 2)</p> <p>“Isto está diferente e realmente temos que melhorar. Há métodos e metodologias que se pensa que podem ser melhores e nós não podemos estar a furar esses métodos.” (Médico Gestor Operacional 35, Fase 2)</p> <p>“Eu e os meus colegas tentamos fazer o trabalho. Temos que fazer o melhor pelos doentes.” (Médico Gestor Operacional 36, Fase 2)</p> <p>“Mas passarmos daí [racionalização de recursos] até pensarmos que podemos fazer cortes muito grandes e, sobretudo, cortes cegos, é um bocado complicado.” (Médico Gestor Operacional 36, Fase 2)</p> <p>“Já quanto aos profissionais em si, devíamos estar numa época em que as diferentes profissões deviam caminhar para um diálogo maior, porque o ato clínico deve resultar dessa ligação entre os diferentes profissionais.” (Médica Gestora Operacional 33, Fase 2)</p>
8.1.2.	<b>Científicas</b>	<b><i>Referem-se às práticas de desenvolvimento de novos conhecimentos científicos. Como as inovações surgem frequentemente num contexto das práticas em uso, é um desafio distinguir a prática de investigação científica de uma situação de uso clínico.</i></b>
		<p>“Aqui as pessoas [...] têm que fazer alguma investigação clínica que ajude a melhorar as práticas médicas.” (Médico gestor Operacional 6, Fase 1)</p> <p>“Existe alguma investigação, investigação clínica seguramente já vai existindo, já existe uma ligação mais próxima com a faculdade, já há mais professores doutorados cá no hospital e já existe alguma consciência da necessidade de aliar a tarefa deste hospital à investigação.” (Médico Gestor Operacional 30, Fase 2)</p> <p>“A missão desta organização é ensino focado na medicina, com escolas de enfermagem, estágios noutras áreas de saúde e investigação dinamizada pelo centro de investigação clínica; que este não seja apenas para recolha de informação, mas um facilitador na realização de projetos de investigação.” (Médico Gestor Operacional 29, Fase 2)</p>
8.1.3.	<b>Tecnológicas</b>	<b><i>Referem-se às práticas dos profissionais da indústria em que estes desenvolvem novas tecnologias, produtos e serviços, muitas vezes em estreita colaboração com profissionais da saúde.</i></b>
		<p>“Em relação aos equipamentos, neste momento foi feito um grande esforço pelos hospitais para acesso a melhores equipamentos.” (Médico Gestor Operacional 2, Fase 1)</p> <p>“Quando foi introduzido o sistema informático nas urgências, os profissionais estavam todos contra em 2007/2008.” (Médico Gestor Organizacional 18, 2012)</p>
8.1.4.	<b>Políticas-gestão</b>	<b><i>Referem-se às práticas envolvidas na produção de políticas para as outras três práticas (clínicas, científicas e tecnológicas).</i></b>

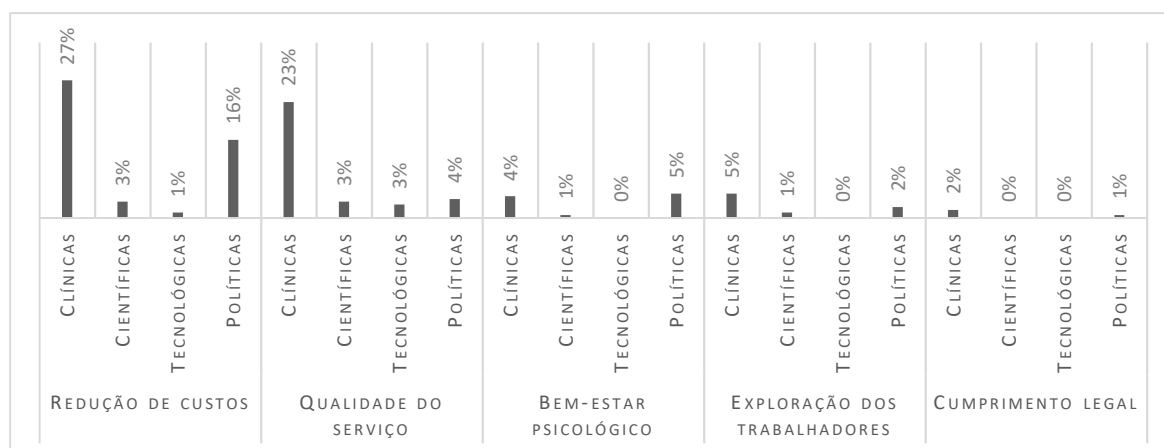
Código	Categorias teóricas Subcategorias	Discursos Ilustrativos
		<p>“As pessoas devem ser colocadas perante decisões que as confrontem com a utilidade daquilo que fazem.” (Médico Gestor Operacional 30, Fase 2)</p> <p>“A realidade hospitalar é muito complexa, não há circuitos fáceis. Isto é uma atividade muito complexa, são cem profissões (ou à volta de cem profissões) que há dentro dos hospitais.” (Médico Gestor Operacional 25, Fase 2)</p> <p>“É evidente que eu não digo que não possa ser feita alguma racionalização sem prejudicar os doentes. Muitas das vezes até com uma medicina um pouco mais defensiva, isso é possível.” (Médico Gestor Operacional 36, Fase 2)</p>

Fonte: elaboração própria

### Atribuições da mudança de práticas

Conforme representado na **Figura 42**, a ‘redução de custos’ é a atribuição mais efetuada à ‘mudança de práticas clínicas’ (27% das ocorrências) e à ‘mudança de práticas políticas-de gestão’ (com 16%); a atribuição de ‘qualidade do serviço’ com maior importância para a ‘mudança de práticas clínicas’ (23%) e, com uma percentagem bastante inferior para a ‘mudança de práticas políticas-de gestão’ (apenas 4%), ‘mudança de práticas científicas’ (3%) e ‘mudança de práticas tecnológicas’ (13%). Ao ‘bem-estar psicológico’ é dada importância, ainda que residual, ao nível da ‘mudança de práticas políticas-de gestão’ e ‘mudança de práticas clínicas’ (5% e 4%, respetivamente). Relativamente às atribuições ‘exploração dos trabalhadores’ e ‘cumprimento legal’, apenas alguns gestores deram essas razões para a ‘mudança de práticas clínicas’, sendo as suas percentagens de ocorrência residuais.

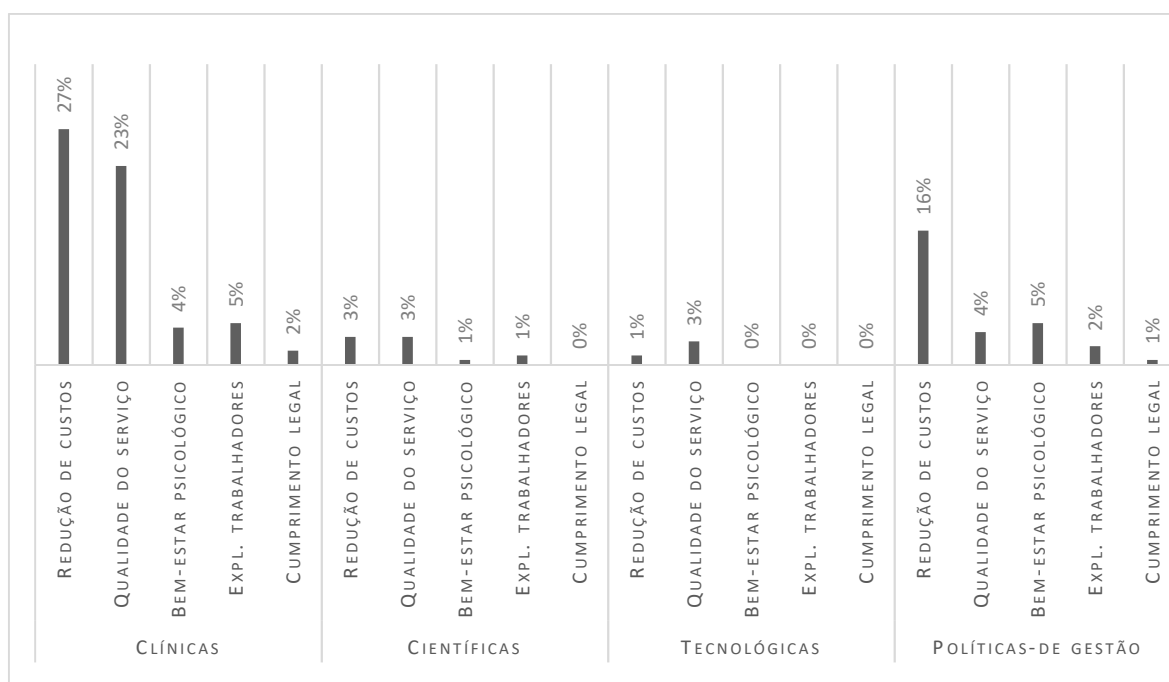
Figura 42 – Atribuições da mudança de práticas (1) (Acumulado Fase 2, em %)



Fonte: elaboração própria

Outra leitura pode ser dada a estes dados, conforme evidenciado na **Figura 43**. À ‘mudança de práticas clínicas’ é feita principalmente a atribuição de ‘redução de custos’ e ‘qualidade do serviço’ (com 27% e 23% das referências totais, respetivamente); à ‘mudança de práticas científicas’ e ‘mudança de práticas tecnológicas’ são feitas atribuições de ‘redução de custos’ e ‘qualidade do serviço’; à ‘mudança de práticas políticas-de gestão’, a principal atribuição é a ‘redução de custos’ (com 16% das ocorrências totais), com importância ainda para o ‘bem-estar psicológico’ (5%) e ‘qualidade do serviço’ (4%).

Figura 43 – Atribuições da mudança de práticas (2) (Acumulado Fase 2, em %)

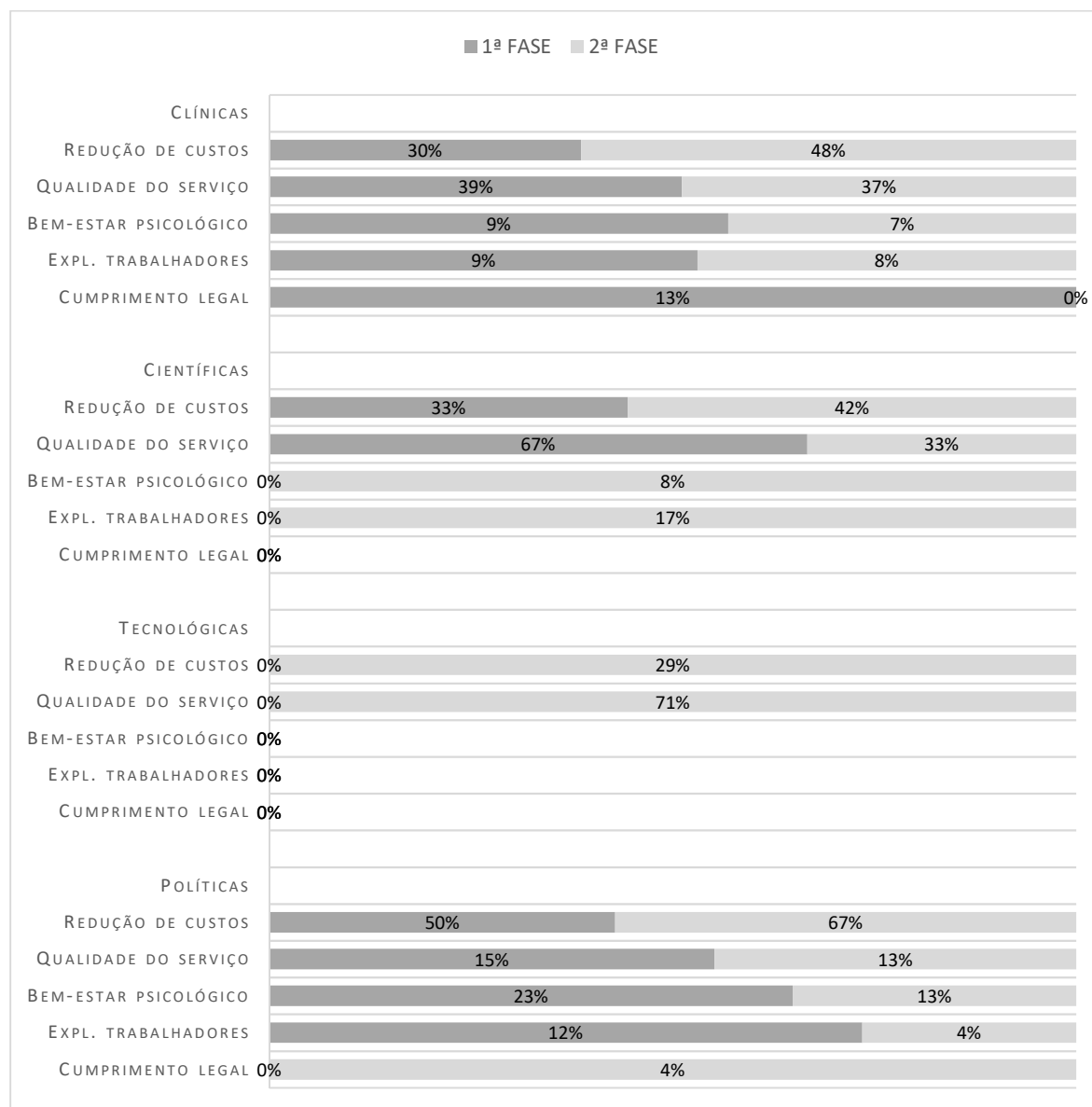


Fonte: elaboração própria

Em termos comparativos, tal como representado na **Figura 44**, no domínio de prática clínica, quer na Fase 1, quer na Fase 2, destacam-se as atribuições de ‘redução de custos’ e ‘qualidade do serviço’. No entanto, o seu peso relativo é diferente: na Fase 1, a ‘qualidade do serviço’ representa 39% do total de atribuições (da prática clínica), enquanto a ‘redução de custos’ representa 30%. Na Fase 2, passou a ser a ‘redução de custos’ a principal atribuição (com 48% das ocorrências) e a ‘qualidade do serviço’ passou para 37%. As atribuições de ‘bem-estar psicológico’ e ‘exploração dos trabalhadores’ assumem valores próximos, de cerca de 8% do total de atribuições, quer na Fase 1, quer na Fase 2. Quanto à ‘mudança de práticas científicas’, a atribuição de ‘redução de custos’ aumentou de 33% para 42%, enquanto a ‘qualidade do

serviço’ diminuiu de 67% para 33%; as atribuições da ‘mudanças nas práticas tecnológicas’ são pouco significativas. Relativamente às atribuições da mudança de práticas políticas-de gestão destaca-se a ‘redução de custos’ que passou de 50% (na Fase 1) para 67% (na Fase 2) das referências; na atribuição de ‘bem-estar psicológico’, verifica-se uma diminuição de 23% para 13% na importância relativa das atribuições.

Figura 44 – Atribuições da mudança de práticas (3) (Fase 1 e Fase 2, em %)

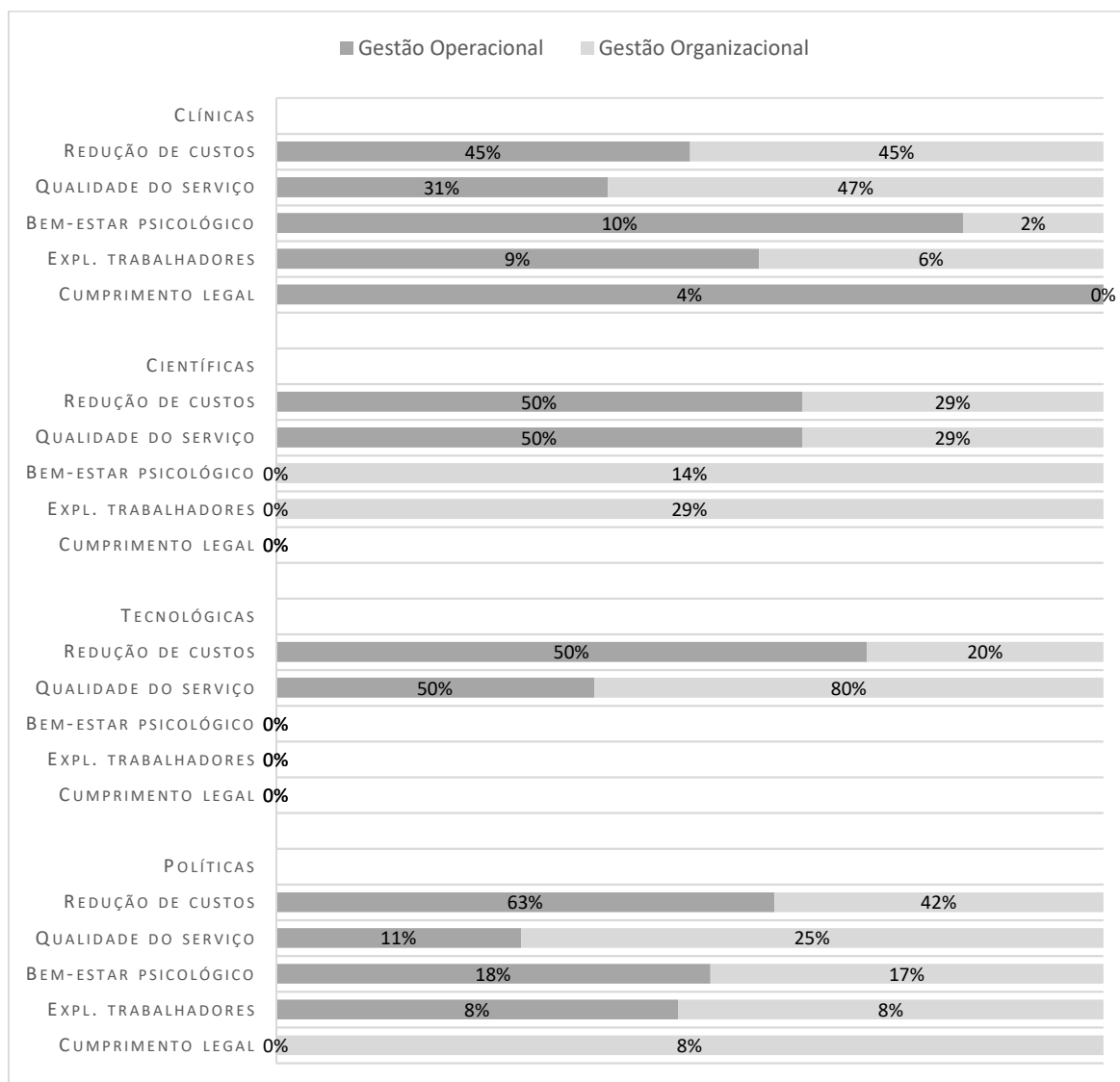


Fonte: elaboração própria

Pela representação das ‘atribuições da mudança de práticas’ na **Figura 45**, verifica-se que a atribuição ‘redução de custos’ na ‘mudança da prática clínica’ assume igual relevância nos

discursos dos gestores de nível operacional e os de nível organizacional (45%). São os gestores organizacionais que se referem mais a atributos de 'qualidade do serviço' (com 47% das atribuições). Na 'mudança de práticas políticas-de gestão, a atribuição de 'redução de custos' assume maior relevância no discurso dos gestores de nível operacional (63% contra 42% do discurso dos gestores de nível organizacional).

Figura 45 – Atribuições da mudança de práticas (4) (Acumulado Fase 2, por posição, em %)



Fonte: elaboração própria

No **Quadro 30** apresentam-se discursos ilustrativos (da Fase 1 e da Fase 2) que resultaram para cada uma das categorias teóricas (e subcategorias) do código de análise desenvolvido para 'mudança de práticas/atribuições da mudança de práticas'.

Quadro 30 – Atribuições da mudança de práticas: discursos ilustrativos (Fase 1 e Fase 2)

Código	Categorias teóricas Subcategorias	Discursos Ilustrativos
8.	Mudança de práticas	
8.4.	Atribuições da mudança de práticas	
8.4.1.	<b>Redução de custos</b>	<b><i>Controlo de custos, resultantes de atribuições focadas no controlo e nos objetivos estratégicos e plano de negócios.</i></b>
8.4.1.1.	Clínicas	<p>“Neste hospital, estamos virados para a assistência, para a assistência com a pressão dos números da assistência, com pressões de listas de espera.” (Médico Gestor Operacional 21, Fase 2)</p> <p>“Tem que baixar-se por uma melhoria da eficiência hospitalar. Toda a gente tem que ser alertada e mobilizada para esse esforço porque só o esforço de um serviço não resulta.” (Médico Gestor Operacional 25, Fase 2)</p> <p>“Atualmente todos os médicos têm em conta o impacto dos custos. Os recursos são limitados. Já faz parte dos profissionais. As pessoas estão mais alertadas para os custos.” (Médico Gestor Organizacional 17, Fase 2)</p> <p>“É evidente que eu não digo que não possa ser feita alguma racionalização sem prejudicar os doentes. Muitas das vezes até com uma medicina um pouco mais defensiva, isso é possível.” (Médico Gestor Operacional 36, Fase 2)</p>
8.4.1.2.	Científicas	<p>“A investigação, quando é básica, ou quando é articulada com a investigação básica e de algum modo aproveita séries clínicas.” (Médico Gestor Operacional 3, Fase 1)</p> <p>“Precisa-se de conhecimento técnico das coisas, estamos a falar da opção de cirurgia ou gesso, tem questões sociais, etc. etc..” (Médico Gestor Operacional 32, Fase 2)</p>
8.4.1.3.	Tecnológicas	<p>“Esta dificuldade de inovação e de avanços, no nosso hospital (e não sei, nos outros, provavelmente, também), está muito parada por contenção orçamental.” (Médico Gestor Operacional 21, Fase 2)</p> <p>“Temos condições de aguentar por mais uns anos (5 a 6 anos) na nossa especialidade. Vai ser necessário substituir peças, o hospital deve ter capacidade financeira para efetuar estes reparos.” (Médico Gestor Organizacional 17, Fase 2)</p>
8.4.1.4.	Políticas-gestão	<p>“As pessoas devem ser de alguma forma responsabilizadas por aquilo que gastam e terem consciência daquilo que estão a gastar.” (Médico Gestor Operacional 30, Fase 2)</p> <p>“Temos que melhorar [e] também temos que estar um bocadinho preocupados com os números” (Médico Gestor Operacional 35, Fase 2)</p> <p>“Receio muito é que no futuro se possam fazer cortes cegos, ‘agora preciso cortar mais 20%’ então corta-se 20% em tudo, sem olhar para quê. Temo um bocado estes cortes cegos.” (Médico Gestor Operacional 36, Fase 2)</p>
8.4.2.	<b>Qualidade do serviço</b>	<b><i>Atribuição referente a causas internas das práticas orientadas para objetivos estratégicos e focalizadas no comportamento e satisfação dos trabalhadores.</i></b>
8.4.2.1.	Clínicas	<p>“O que se procura é que a demora média do internamento seja baixa e que não haja reinternamentos ou, pelo menos, a curto prazo.” (Médica Gestora Operacional 31, Fase 2)</p>

Código	Categorias teóricas Subcategorias	Discursos Ilustrativos
		<p>“O que nós queremos é que não haja perdas de tempo, que consigamos produzir, que todas estas coisas que fazemos sejam, de facto, eficazes. Nós podíamos, com a equipa que temos, fazer mais. Em cada fase temos que saber o que é prioritário, mas neste momento temos alguma prioridade de pôr ordem nas listas.” (Médico Gestor Operacional 35, Fase 2)</p> <p>“Eu e os meus colegas tentamos fazer o trabalho. Temos que fazer o melhor pelos doentes.” (Médico Gestor Operacional 36, Fase 2)</p> <p>“Estamos neste momento cada vez mais empenhados e obrigados a fazê-lo com qualidade.” (Médico Gestor Operacional 26, Fase 2)</p> <p>“Isto está diferente e realmente temos que melhorar. Há métodos e metodologias que se pensa que podem ser melhores e nós não podemos estar a furar esses métodos.” (Médico Gestor Operacional 35, Fase 2)</p>
8.4.2.2.	Científicas	<p>“Aqui as pessoas [...] têm que fazer alguma investigação clínica que ajude a melhorar as práticas médicas.” (Médico Gestor Operacional 6, Fase 1)</p> <p>“Este hospital é um hospital central que [tem] que evoluir agora também na parte da investigação para ser diferente dos outros e acho que estamos a procurar seguir esse caminho agora.” (Médico Gestor Operacional 30, Fase 2)</p> <p>“Sendo isto uma instituição de referência de investigação implica que a pessoa, para além do seu trabalho habitual, possa ter disponibilidade e dinheiro para ir às várias reuniões dos vários grupos corporativos para discutir alternativas terapêuticas e para entrar em estudos.” (Médica Gestora Operacional 33, Fase 2)</p>
8.4.2.3.	Tecnológicas	<p>“A tecnologia, nestes últimos anos, avançou imenso. Não há dinheiro para os equipamentos novos, mas pelo menos aqueles que já se provaram com o tempo que são essenciais e que a gente sabe que há uma mais-valia em serem reestruturados.” (Médico Gestor Operacional 24, Fase 2)</p> <p>“Vai ser necessário substituir peças, o hospital deve ter capacidade financeira para efetuar estes reparos. A evolução dos equipamentos acontece de uma forma muito rápida.” (Médico Gestor Organizacional 17, Fase 2)</p> <p>“Alguma dessa assistência clínica está dependente da tecnologia e o avanço da tecnologia tem sido de facto grande e custa dinheiro. Agora, um hospital com um estatuto deste, não se pode deixar ficar para trás.” (Médico Gestor Operacional 23, Fase 2)</p> <p>“Há estas coisas que têm que ser adaptadas, vai demorar algum tempo, mas de uma maneira geral vamos ter que nos adaptar.” (Médico Gestor Operacional 36, Fase 2)</p>
8.4.2.4.	Políticas-gestão	<p>“Temos a direção de um serviço clínico em que nos exigem, de facto, produção, nos exigem números, nos exigem que vejamos x doentes, que hospitalizemos x doentes, que tenhamos médias de internamento ótimas, que tenhamos <i>case-mix</i> altos.” (Médico Gestor Operacional 26, Fase 2)</p>
8.4.3.	<b>Bem-estar psicológico</b>	<b><i>Atribuições referentes a fatores internos das práticas orientadas para o trabalhador, em particular referentes ao comprometimento.</i></b>
8.4.3.1.	Clínicas	<p>“Às vezes, os incentivos são muito fáceis. É só as pessoas terem a perspetiva de poderem fazer uma técnica nova ou poderem tratar o</p>



Código	Categorias teóricas Subcategorias	Discursos Ilustrativos
		doente de outra maneira qualquer mais atualizada.” (Médica Gestora Operacional 5, Fase 1) “Já quanto aos profissionais em si, devíamos estar numa época em que as diferentes profissões deviam caminhar para um diálogo maior, porque o ato clínico deve resultar dessa ligação entre os diferentes profissionais” (Médica Gestora Operacional 33, Fase 2) “Eu mantenho o meu desempenho clínico porque não quero perder a capacidade e a proximidade, logo os meus colaboradores olham para mim, como colega. Assim, a forma de evidenciar os problemas é mais fácil por parte deles.” (Médico Gestor Organizacional 19, Fase 2)
8.4.3.2.	Científicas	“Às vezes, os incentivos são muito fáceis. É só as pessoas terem a perspetiva de [...] poderem publicar trabalhos.” (Médica Gestora Operacional 5, Fase 1)
8.4.3.3.	Tecnológicas	<i>(sem ocorrências)</i>
8.4.3.4.	Políticas-gestão	“Tem que haver uma dimensão humana, tem que haver equipa, tem que haver corpo. Cativar as pessoas em volta do serviço e isto é quase uma família.” Médico Gestor Operacional 24, Fase 2) “Tem que ser com diálogo entre quem está e quem vem. Tem que se ir buscar os profissionais e essa equipa médica e de enfermagem devem, com diálogo, tentar formar um grupo. Tem que ser reorganizado e formadas equipas nessas áreas. Tem havido diálogo entre os médicos que cá estão e os médicos desses serviços e penso que isso vai se vai conseguir integrar.” (Médico Gestor Operacional 36, Fase 2)
8.4.4.	<b>Exploração trabalhadores</b>	<b><i>Atribuições referentes à exploração dos trabalhadores, focadas em práticas de exploração e alocação apropriada de recursos.</i></b>
8.4.4.1.	Clínicas	“Temos que ver que a fusão pode ter os seus aspetos positivos, mas há sempre uma reação. De um modo geral, eu não critico a fusão, antes pelo contrário. Agora, como é que ela é feita, isso já é diferente.” (Médico Gestor Operacional 35, Fase 2) “Continuo a fazer a mesma coisa, continuo a ter os doentes, estou a tentar diminuir um bocadinho a atividade da consulta, o número, senão não consigo. Tentar reduzir um bocadinho a minha atividade, mas também não posso, nem quero também, não quero ficar só a fazer direção.” (Médico Gestor Operacional 36, Fase 2) “Eu sou diretora de serviço e trabalho normalmente, acumulo as duas funções. Eu tenho os mesmos doentes que tinha antes de ser diretora de serviço, tenho as mesmas preocupações e recebo-os à mesma, os doentes novos.” (Médica Gestora Operacional 33, Fase 2) “Um dos problemas que eu sinto, é que os diretores dos serviços ficam com pouco tempo para serem médicos. Seria mais fácil se existisse um administrador de serviço, facilitaria o modelo de gestão.” (Médica Gestora Operacional 31, Fase 2)
8.4.4.2.	Científicas	“O Centro Hospitalar providencia gratuitamente ambiente e formação a múltiplos técnicos de saúde. Muitas vezes, a formação fica a cargo dos técnicos dos profissionais de saúde do Centro Hospitalar, há múltiplas licenciaturas em que há estágios realizados no Centro Hospitalar sobre orientação dos técnicos do Centro Hospitalar, sem nenhuma contrapartida financeira, acho que está completamente desequilibrada.” (Médico Gestor Operacional 29, Fase 2)
8.4.4.3.	Tecnológicas	<i>(sem ocorrências)</i>

<b>Código</b>	<b>Categorias teóricas Subcategorias</b>	<b>Discursos Ilustrativos</b>
8.4.4.4.	Políticas-gestão	“Os cortes sucessivos, tudo o que seja cortes de benefícios, isso aí foi o que explodiu.” (Médica Gestora Operacional 33, Fase 2)
8.4.5.	<b>Cumprimento legal</b>	<b><i>Atribuições referentes ao cumprimento legal.</i></b>
8.4.5.1.	Clínicas	“Há reclamações e depois há queixas mesmo na tutela ou nos tribunais, e esta especialidade é a segunda mais visada em processos em tribunal.” (Médico Gestor Operacional 4, Fase 1)
8.4.5.2.	Científicas	<i>(sem ocorrências)</i>
8.4.5.3.	Tecnológicas	<i>(sem ocorrências)</i>
8.4.5.4.	Políticas-gestão	“Nós nem temos poder económico, nem temos carreira!” (Médica Gestora Operacional 5, Fase 1) “Na progressão nas carreiras existe uma paragem muito grande. Está na lei, mas já não há aquela sequência. Se não tiver objetivos de carreiras, ficam por ali.” (Médico Gestor Operacional 2, Fase 1) “Houve cortes nos salários dos médicos, 1/3 do ordenado. O serviço não vai aguentar durante 10 anos com esse corte.” (Médico Gestor Operacional 32, Fase 2)

Fonte: elaboração própria

## **Confrontos e desafios de gestão**

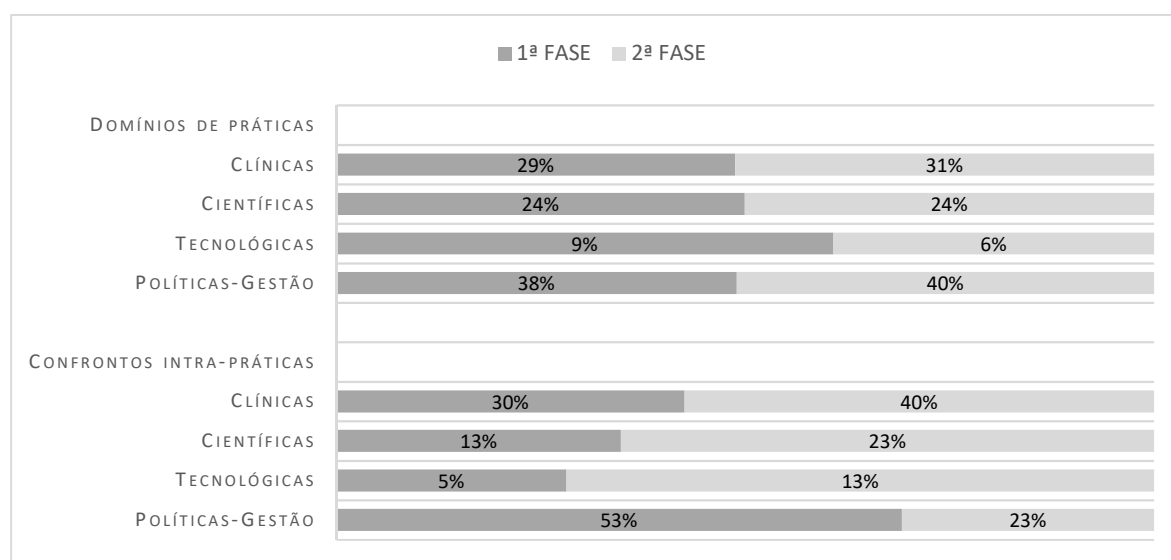
A dificuldade de aceitação das novas lógicas de gestão do desempenho organizacional assentes na ‘redução de custos’ e ‘racionalização de recursos’, é melhor compreendida se ‘olharmos’ para as dificuldades que os gestores percecionam no processo de adaptação da lógica operacional à lógica organizacional (Oliveira & Filipe, 2014a, 2014b, 2014c). Como vimos, em processos de mudança de paradigma de gestão e em organizações complexas, a destabilização das lógicas instituídas ao nível dos diferentes domínios de práticas e o confronto entre as práticas instituídas e as práticas pretendidas para o alcance dos objetivos impostos pela mudança de práticas, é inevitável (Mørk et al., 2012; Oliveira & Filipe, 2014a, 2014b, 2014c). Estes confrontos poderão ocorrer dentro do mesmo domínio de práticas (ou seja, intra-práticas) ou entre domínios de práticas distintos (inter-práticas). Destes confrontos surgem conflitos que poderão colocar em causa o normal funcionamento dos serviços, unidades e equipas (Oliveira & Filipe, 2014a, 2014b, 2014c).

### *Confrontos intra-práticas*

Tal como representado na **Figura 46**, apesar dos discursos revelarem que todos os domínios de práticas são importantes para os gestores, aquelas a que fazem mais referência, quer na Fase 1 (i.e., 2010/2011), quer na Fase 2 (i.e., 2012/2013), são as práticas clínica (29% na Fase 1 e 31% na Fase 2) e política-de gestão (38% na Fase 1 e 40% na Fase 2). Concluimos que os

principais desafios de gestão (confrontos), particularmente de gestão do desempenho humano e de equipas, se encontram ao nível das práticas clínicas e políticas-de gestão, com menor relevância no discurso dos gestores para as práticas científicas e tecnológicas, quer na Fase 1, quer na Fase 2. Sendo o domínio de prática política-de gestão o mais referido pelos profissionais, é também aquele a que se associa o maior número de ‘confrontos intra-práticas’, seguido do domínio de prática clínica. No entanto, na Fase 2, apesar dos ‘confrontos intra-prática política-de gestão’ continuarem a ser referidos, verifica-se uma redução de 53% para 23%. Nos ‘confrontos intra-prática clínica’ verifica-se um aumento de 30% para 40%.

Figura 46 – Domínios de práticas e confrontos intra-práticas (Fase 1 e Fase 2, em %)



Fonte: elaboração própria

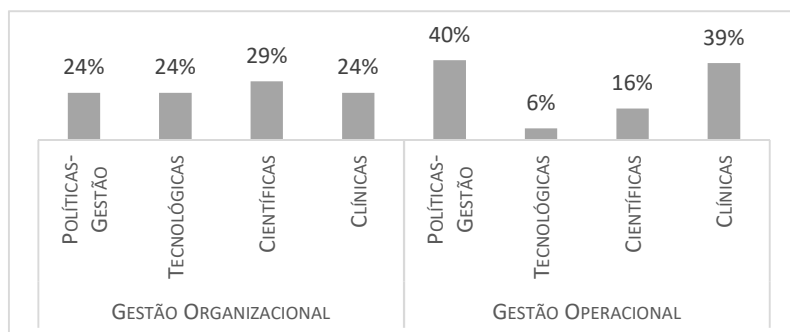
No discurso dos gestores de nível operacional, tal como evidenciado na **Figura 47**, encontramos a maior percentagem de perceção de confrontos intra-prática clínica (39% das referências do total de confrontos da gestão operacional) e intra-prática política-de gestão (40% das referências). Os gestores de nível organizacional referem-se mais aos confrontos intra-práticas científicas (29%), seguindo-se as restantes práticas, com igual peso (de 24%) do discurso dos gestores de nível organizacional relacionado com os confrontos intra-práticas.

#### *Confrontos intra-prática clínica*

As práticas clínicas relacionam-se com as atividades quotidianas vivenciadas, no contexto hospitalar, por diferentes grupos de profissionais clínicos e não clínicos (Mørk et al., 2012). Vários desafios de gestão ocorrem dentro da prática clínica, servindo como ‘catalisadores’ dos

‘confrontos intra-prática clínica’. A complexidade hospitalar, a multidisciplinaridade, o diálogo entre diferentes profissionais (de saúde), as hierarquias paralelas existentes entre médicos e enfermeiros e a formação e desenvolvimento de equipas são alguns dos desafios identificados.

Figura 47 – Confrontos intra-práticas (Acumulado Fase 2, em %)



Fonte: elaboração própria

### Complexidade hospitalar e multidisciplinaridade

Tal como as organizações públicas no geral, as organizações públicas hospitalares caracterizam-se, cada vez mais, por complexidades (Flinchbaugh et al., 2016; Oliveira et al., 2014). Os profissionais têm que trabalhar em equipas multidisciplinares, também elas de natureza complexa (Denis & van Gestel, 2016; Dubois & Singh, 2009): em cada equipa, em cada serviço, há uma equipa médica e uma equipa de enfermagem. Conforme descrevem dois médicos gestores:

“A realidade hospitalar é muito complexa, não há circuitos fáceis. Isto é uma atividade muito complexa, são cem profissões (ou à volta de cem profissões) que há dentro dos hospitais e, qualquer delas, pode ser demolidora em relação à imagem que se cria e em relação ao comportamento.” (Médico Gestor Operacional 25, Fase 2)

“Esta era a única (e continua a ser a única) unidade nos hospitais públicos, que oferecia este tratamento com esta multidisciplinaridade toda. As equipas variam muito consoante as especialidades, há coisas que se podem fazer praticamente com grupos pequenos e, em outras áreas, existe multidisciplinaridade. A equipa envolve pessoas de serviços diferentes.” (Médico Gestor Organizacional 22, Fase 2)

### Diálogo entre diferentes classes profissionais

Em equipas multidisciplinares, em que várias profissões e diferentes especialidades se confrontam (Dubois & Singh, 2009; Ridder, Baluch, & Piening, 2012), a questão relacional e o diálogo entre os diferentes profissionais é de extrema importância (Gittell, 2000, 2002a, 2009, 2012; Schmitt, 2010). O relacionamento e a coordenação entre as diferentes classes profissionais (em especial médicos e enfermeiros) são essenciais para o adequado

funcionamento das equipas (Gittell, 2002a). Tal como refere um médico gestor de nível organizacional:

“São cerca de 30 profissionais de diversos serviços, agrupados em torno de uma equipa, que funciona com uma eficácia comprovada. Porque as pessoas já se conhecem tão bem e já estão tão ligadas entre as coisas. A equipa funciona numa rotina, que já está tão rotinizada, que basta fazer um contacto para que as coisas se resolvam.” (Médico Gestor Organizacional 22, Fase 2)

Perante este contexto, é fundamental que se criem condições para que o trabalho em equipa flua eficazmente (Schmitt, 2010) e para que os profissionais possam tomar decisões em conjunto, ‘que possam conversar’; tem que haver uma boa articulação, uma conjugação de esforços para que o principal interessado, que é o doente, não seja prejudicado (Gittell, Beswick, Goldmann, & Wallack, 2015). No entanto, verificam-se algumas divergências entre diferentes classes profissionais, nomeadamente, entre médicos e enfermeiros (Havens, Vasey, Gittell, & Lin, 2010), tal como descrito por um médico gestor de nível operacional:

“Entre os mesmos profissionais e entre enfermeiros e médicos, e se calhar entre enfermeiros e auxiliares e até entre enfermeiros e administrativos. Às vezes sente-se, eu ando pelas enfermarias e sinto, cada um tem o seu campo e não faz nada que seja do campo do outro. [...] as enfermeiras têm uma carreira, têm uma hierarquia e não gostam que os médicos diretores de serviço se imiscuem muito na carreira delas. É de bom tom não criar conflitos desse tipo. Entro só mesmo quando tenho que entrar. Motivá-las não tenho maneira, não está ao meu alcance.” (Médico Gestor Operacional 37, 2012)

Um dos gestores lamenta que *“como responsável de serviço, só me encontro com o corpo de enfermagem do meu hospital no andar superior, no andar hierarquicamente superior”* (Médico Gestor Operacional 37, Fase 2). Mudar no sentido de um maior diálogo entre os diferentes profissionais (Havens, Vasey, Gittell, & Lin, 2010) para que criem um ambiente de trabalho apropriado à prática clínica, é essencial. As diferentes profissões devem caminhar para um diálogo maior (Gittell, 2002a) porque *“o ato clínico deve resultar dessa ligação entre os diferentes profissionais”* (Médica Gestora Operacional 33, Fase 2). A mesma gestora acrescenta:

“Já quanto aos profissionais em si, devíamos estar numa época em que as diferentes profissões deviam caminhar para um diálogo maior, mas quando dentro da própria profissão as coisas não estão resolvidas, não é facilitador, porque o ato clínico deve resultar dessa ligação entre os diferentes profissionais. Era necessário criar condições, aquilo que diz, trabalho em equipa, para que as pessoas possam tomar decisões em conjunto, que possam conversar.” (Médica Gestora Operacional 33, Fase 2)

### **Hierarquias paralelas entre médicos e enfermeiros**

Já não há, como existiu durante muito tempo, uma dependência da enfermagem face ao corpo clínico (Havens, Vasey, Gittell, & Lin, 2010). Um dos gestores afirma que *“os enfermeiros têm a sua organização, é muito específica, muito própria, com qualidades e com defeitos, na qual é muito difícil entrar”* (Médico Gestor Operacional 37, 2012) (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). Vários gestores, quer de nível organizacional, quer operacional, afirmam que o médico *“não manda no enfermeiro”* (Médicos Gestores Organizacionais 15, 18 e 38, 2012; Médicos Gestores Operacionais 27 e 37, 2012) (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). Isto cria dificuldades na própria gestão clínica, *“é um problema muito complexo; há uma tendência para a existência de diferentes hierarquias”* (Médico Gestor Organizacional 19, 2012) (Oliveira et al., 2014). Verifica-se uma dissociação demasiado grande entre a classe médica e os enfermeiros (Oliveira & Filipe, 2016, 2017), tal como explicado por um dos gestores de nível organizacional:

“Há uma dissociação demasiado grande entre a classe médica e os enfermeiros. Apesar de hierarquicamente existir a figura de um diretor do serviço, há uma dissociação no corpo de enfermagem, tem a sua própria carreira, hierarquia. O enfermeiro terá que responder perante o enfermeiro chefe. Este, teoricamente, responde ao diretor do serviço. As duas atividades clínicas e de enfermagem acabam por se desenvolver num serviço clínico um pouco em paralelo com alguma correlação. Devia estar mais organizada. É preciso respeito por diferentes grupos. A medicina está organizada por grupos multidisciplinares com colaborações e interações. O médico não é por si um indivíduo com formação melhor do que qualquer outro. Deve existir humildade.” (Gestor Organizacional 17, 2012)

### **Exclusividade**

Para a maioria dos médicos entrevistados *“não é lógico que uma pessoa esteja em dois lugares, uma pessoa ou está aqui ou não está”* (Médico Gestor Organizacional 17, 2012). A exclusividade com um hospital é considerada fundamental (Thompson, 2009) porque só assim se consegue assegurar que um diretor *“esteja presente”* (Médico Gestor Operacional 35, 2012) sempre que necessário. No entanto, devido à redução ou eliminação de incentivos provocada pela mudança de paradigma para a eficiência económica, alguns dos médicos optaram pelo pluriemprego. Os seguintes discursos são ilustrativos destas diferentes situações:

“A maioria dos médicos tem dedicação exclusiva no hospital. Isto só foi possível, porque foi criado o estatuto de dedicação exclusiva e uma remuneração suplementar, que juntamente com as horas extraordinárias davam um rendimento satisfatório, foram assim criadas as condições.” (Médico Gestor Operacional 32, 2012)

“O diretor, por vezes, não está presente, porque pode não estar em exclusividade e tem outros afazeres. Se tiverem um contrato com os hospitais para ficarem exclusivos, a situação seria diferente. Não há argumentos económicos que o aliciem em ficar. Em termos económicos não é compensador.” (Médico Gestor Organizacional 17, 2012)

“Na saúde deve ser dito ‘este modelo passa por isso, tenho que ter profissionais que trabalhem a 100% para a minha instituição’. Se eu tiver profissionais que têm um pluriemprego, isto mina-me a minha instituição.” (Médico Gestor Organizacional 18, 2012)

“Eu na altura antes de vir para baixo, pouco tempo antes tinha tomado uma decisão, eu não fazia privada, só me dedicava aqui a isto e quando comecei a ver o caminho achei que devia começar a fazer privada. Por exemplo, agora tenho muito menos tempo aqui dentro do que tinha, estava aqui todos os dias até às 8 [horas] da noite. Agora tenho privada, vou-me embora. Faço o meu horário e vou-me embora. Se me pagassem e remunerassem efetivamente e tudo, eu ficava aqui todos os dias, a minha opção nem sequer se discutia, agora têm é que me pagar, não é a troco de nada.” (Médico Gestor Operacional 22, 2012)

### **Formação e desenvolvimento de equipa**

Um dos grandes desafios de ser ‘gestor híbrido’ é a formação, desenvolvimento e coordenação da equipa (Orvik & Axelsson, 2012). Mais do que um gestor, o ‘gestor híbrido’ deve ser um coordenador da equipa (Oliveira, Raposo, Holland, & Lira de Carvalho, 2017). Trabalha-se com a consciência de que só com um grupo coeso, empenhado e dedicado (Cramm & Nieboer, 2012; Michan & Rodger, 2000) e com objetivos bem estabelecidos, previamente discutidos, se consegue alcançar os bons resultados desejados (Cramm & Nieboer, 2012; Gittell, 2012). Mas este é precisamente o desafio para os gestores: criar em volta de um serviço uma equipa funcional com um verdadeiro ‘espírito de equipa’ (Gittell, 2002a). Com o processo de fusão, o desafio é ainda maior porque envolve a transferência de profissionais entre serviços distintos, uma redistribuição por locais e por funções (Marrewijk, 2016). Um dos erros que mais contribui para o insucesso de implementação da mudança, consiste em falhar na ancoragem das mudanças na cultura da organização (Kotter, 2007). A ampliação das equipas, a mudança entre equipas, a absorção de equipas são processos ainda vistos como mais desafiantes se tivermos em consideração que tais transferências de profissionais implicam, algumas das vezes, choques entre as culturas que se foram instalando nas organizações de origem (Alvesson & Sveningsson, 2015; Burnes & Todnem By, 2012; Kavanagh & Ashkanasy, 2006). Os seguintes discursos revelam algumas destas dificuldades:

“Em algumas áreas será necessário, de facto, ampliar um bocadinho as equipas, noutras há o risco de haver essa absorção de equipas que já estão formadas e que não querem minimamente ser incluídas. É muito difícil criar um serviço que funcione como um serviço, como equipa. Acho que foi um pouco natural como isso foi acontecendo, porque as pessoas aqui no serviço foram sendo escolhidas, a pouco e pouco, pelas suas características especiais.” (Médico Gestor Operacional 30, Fase 2)

“Tem que ser com diálogo entre quem está e quem vem. Tem que se ir buscar os profissionais e essa equipa médica e de enfermagem devem, com diálogo, tentar formar um grupo. Tem que ser reorganizado e formadas equipas nessas áreas.” (Médico Gestor Operacional 36, Fase 2)

“A experiência que temos é que transferir os doentes é muito fácil e os profissionais também. Nos outros técnicos de saúde encontramos mais resistências. Porque aqui há mudanças de equipa.” (Médico Gestor Operacional 29, Fase 2)

### *Confrontos intra-prática política-de gestão*

Além da estrutura apresentada no organigrama e que reflete as relações hierárquicas entre os diferentes níveis de gestão (de topo, intermédio e de primeira-linha), é necessária a reconciliação entre as diferentes lógicas e entre os diferentes domínios de práticas (Oliveira & Filipe, 2014a, 2014b, 2014c, 2015a; Oliveira et al., 2014). Os principais desafios identificados pelos gestores para essa reconciliação relacionam-se com o ‘interface cognitivo’ entre a administração e as direções de serviço (Oliveira & Filipe, 2016, 2017), ou seja, entre quem define a estratégia a nível organizacional, e quem a tem que implementar a nível operacional, existindo um ‘interface cognitivo’ entre diferentes níveis de gestão, que se traduz em pontos de contacto, para que seja estabelecido o diálogo (Raes, Heijltjes, Glunk, & Roe, 2011). O diálogo, a ‘*ponte*’ que se tem que estabelecer para dialogar com a equipa de gestão de topo é um dos fatores de preocupação para os gestores entrevistados (Oliveira & Filipe, 2014a, 2014b, 2014c, 2015a). Na conciliação das diferentes prioridades destes diferentes gestores surge o papel central dos gestores intermédios como ‘comunicadores’ entre quem decide sobre as práticas e quem as implementa (Raes, Heijltjes, Glunk, & Roe, 2011). Nesta tentativa de conciliação surgem também desafios a que é necessário responder com adequadas estratégias de comunicação e coordenação (Huy, 2002).

### **‘Interface cognitivo’ entre administração e direções de serviço**

A estratégia inerente à lógica organizacional poderá estar desajustada com as reais necessidades que surgem ao nível da lógica operacional (Oliveira & Filipe, 2014a, 2014b, 2014c, 2015b). E isto porque “*a estratégia que vem do topo [...] já tem algum condicionalismo*” (Médico Gestor Operacional 25, Fase 2). Da análise do discurso dos gestores decorre a preocupação sobre o conselho de administração olhar para os problemas com ‘lentes diferentes’ com “*critérios e indicadores que podem não ter a ver com os indicadores da prática e que não traduzem a realidade*” (Médico Gestor Operacional 24, Fase 2) (Oliveira & Filipe, 2015a; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a). Os seguintes discursos, de dois gestores de nível operacional, diretores de serviço, colocam também em evidência esta preocupação:

“A ideia que um diretor de serviço tem sobre quanto é que gasta o seu serviço, que é uma ideia que se aproxima mais ou menos do real, porque tem ideia que se fez tantos internamentos, fez-se tantas operações, ele sabe as operações que custam mais, que demoram mais tempo, não é a mesma ideia que a administração tem. Porque a administração,



a ideia que tem sobre o consumo do serviço, sobre a produção do serviço, tem a ver com aquilo que vai receber por essa produção e que não é real. As contas que a administração faz, que a gestão administrativa faz relativamente a um serviço tem a ver com a maneira como é financiado e não com aquilo que deveria ser a governação clínica.” (Médico Gestor Operacional 24, Fase 2)

“Há uma série de barreiras entre o diretor de serviço e a administração, as áreas de gestão intermédia, os administradores, os administradores delegados, etc. Se precisar de alguma coisa tenho que falar com o conselho de administração e se ele me quiser dar dá, senão quiser dar, não dá.” (Médico Gestor Operacional 21, Fase 2)

### **Gestão Intermédia**

O propósito da gestão intermédia é serem uns comunicadores perante o conselho de administração que define a estratégia ou pelo menos assume essa estratégia (Raes, Heijltjes, Glunk, & Roe, 2011). Gerir uma instituição implica a existência destes dois níveis e estes dois níveis têm que estar articulados (Oliveira & Filipe, 2015b). A gestão intermédia faz a ligação entre ‘o mundo clínico e o mundo da gestão’, ou seja, o mundo das prioridades clínicas e o mundo das prioridades de gestão (Oliveira & Filipe, 2014a, 2014b, 2014c). É fundamental que uns compreendam a linguagem dos outros (Gittell, 2000, 2012, 2016), o que nem sempre é fácil “*porque a gestão não é um processo linear*” (Médico Gestor Operacional 23, Fase 2) e, por vezes, parece existir uma “*divergência entre os clínicos e entre o ato de gestão*” (Médico Gestor Operacional 24, Fase 2), tal como revelam os seguintes discursos:

“Houve um conjunto de projetos concretos que conseguimos levar avante. A questão clínica está sempre subjacente nas decisões a tomar, embora o fim último seja a prestação de cuidados.” (Médico Gestor Organizacional 19, Fase 2)

“Percebi a ideia geral, que era tornar a gestão mais flexível, fazer a gestão chegar mais perto dos diretores de serviço e permitir até que os diretores de serviço tivessem um meio de poder tratar problemas muito complicados, sem estarem sempre em reunião com o conselho de administração; tratar um conjunto de problemas que possam ser resolvidos a partir de uma escala média, intermédia.” (Médico Gestor Operacional 24, Fase 2)

“Controlo da produção, controlo mensal, trimestral, o que é que se estava a fazer, se se estava a acompanhar aquilo que se tinha negociado e contratualizado ou se estávamos a ficar muito para trás ou se estávamos a avançar muito.” (Médico Gestor Operacional 24, Fase 2)

“Estas áreas de gestão intermédia têm administradores, há sempre um administrador destacado para cada área de gestão intermédia. Penso que isso também dificulta um pouco qualquer reivindicação de poder ser efetivada, porque é mais um canal. Eu penso que a eficácia não é tão grande como no caso de haver canal direto entre a direção de serviço e os órgãos decisores, especialmente nesta fase, em que tudo é baseado na parte económica. Para se conseguir alguma coisa, o peso clínico tem que ser conseguido.” (Médico Gestor Operacional 23, Fase 2)

No **Quadro 31** apresentam-se discursos ilustrativos (quer da Fase 1, quer da Fase 2) de cada uma das subcategorias da categoria ‘confrontos intra-práticas’.

Quadro 31 – Confrontos intra-práticas: discursos ilustrativos (Fase 1 e Fase 2)

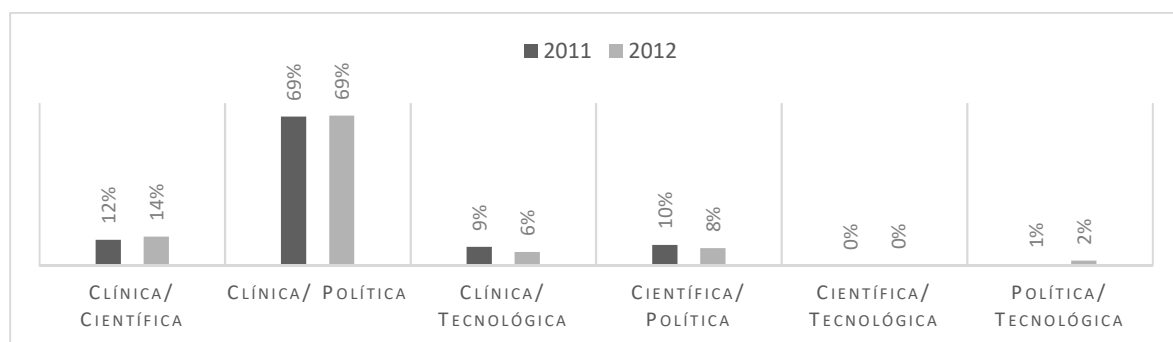
Código	Categorias teóricas Subcategorias	Discursos Ilustrativos
8.	Mudança de práticas	
8.3.	<b>Confronto intra-práticas</b>	<b><i>Consiste nas barreiras/confrontos que ocorrem dentro do mesmo domínio de práticas, por exemplo, entre profissionais que exercem funções no mesmo domínio de prática.</i></b>
8.3.1.	Clínicas	<p>“As pessoas devem ser de alguma forma responsabilizadas por aquilo que gastam e terem consciência daquilo que estão a gastar.” (Médico Gestor Operacional 30, Fase 2)</p> <p>“A experiência que temos é que transferir os doentes é muito fácil e os profissionais também. Nos outros técnicos de saúde encontramos mais resistências. Porque aqui há mudanças de equipa.” (Médico Gestor Operacional 29, Fase 2)</p> <p>“É evidente que eu não digo que não possa ser feita alguma racionalização sem prejudicar os doentes. Muitas das vezes até com uma medicina um pouco mais defensiva, isso é possível.” (Médico Gestor Operacional 36, Fase 2)</p>
8.3.2.	Científicas	<p>“Os ingleses, os alemães, os americanos, os australianos, canadianos, japoneses, têm uma produção científica já com uma qualidade tal, que nós não temos meios para estar ao mesmo nível.” (Médico Gestor Operacional 3, Fase 1)</p> <p>“O problema que acontece é que as pessoas querem fazer, mas às vezes não é fácil introduzir novas técnicas, são precisos materiais. Mas no fundo tem-se conseguido evoluir sempre, temos novas estratégias terapêuticas e métodos mais eficazes, menos agressivos, tem-se conseguido.” (Médico Gestor Operacional 35, Fase 2)</p>
8.3.3.	Tecnológicas	<p>“Querem que os médicos façam tudo <i>online</i>. Podem poupar em secretárias clínicas e não há papéis e pedem as análises <i>online</i> e veem os resultados <i>online</i>.” (Médico Gestor Operacional 4, Fase 1)</p> <p>“Vai ser necessário substituir peças, o hospital deve ter capacidade financeira para efetuar estes reparos. Mas a evolução dos equipamentos acontece de uma forma muito rápida. Eu não tenho esperança de ter novos equipamentos daqui a 10 anos.” (Médico Gestor Organizacional 17, Fase 2)</p>
8.3.4.	Políticas-gestão	<p>“Temos que ver que a fusão pode ter os seus aspetos positivos, mas há sempre uma reação. As pessoas são contra a mudança, mas isso também tem que ser combatido. Porque as pessoas podem mudar para melhor e, de um modo geral, eu não critico a fusão, antes pelo contrário. Agora, como é que ela é feita, isso já é diferente.” (Médico Gestor Operacional 35, Fase 2)</p> <p>“A estratégia que vem do topo e que já tem algum condicionalismo.” (Médico Gestor Operacional 25, Fase 2)</p> <p>“A administração olhar para os problemas com ‘lentes diferentes’ com critérios e indicadores que podem não ter a ver com os indicadores da prática e que não traduzem a realidade.” (Médico Gestor Operacional 24, Fase 2)</p>

Fonte: elaboração própria

### Confrontos inter-práticas

No que se refere aos ‘confrontos inter-práticas’, que se representam na **Figura 48**, na comparação da Fase 2 com a Fase 1, não são encontradas diferenças que mereçam destaque. O maior número de confrontos encontra-se na relação entre a prática clínica e a prática política-de gestão (69% do total de referências a ‘confrontos inter-práticas’, quer na Fase 1, quer na Fase 2). Foi possível ainda identificar, mas com um peso bastante inferior, referências a ‘confrontos inter-práticas clínica/científica’ (12% na Fase 1 e 14% na Fase 2), ‘confrontos inter-práticas clínica/tecnológica’ (9% na Fase 1 e 6% na Fase 2) e ‘confrontos inter-práticas científica/política’ (10% na Fase 1 e 8% na Fase 2). Para os restantes confrontos inter-práticas, as referências foram residuais. Devido a diferentes perspetivas dos gestores sobre a importância dos valores clínicos e os valores de gestão, estes resultados seriam expectáveis, ou seja, seria esperado que os principais desafios de gestão ocorressem entre a prática clínica e a prática de gestão. Foram feitas algumas referências à prática científica, mas poucas à prática tecnológica. Sendo a maioria dos entrevistados médicos ‘gestores híbridos’, os principais desafios que identificam ocorrem entre os dois domínios de práticas em que têm maior nível de intervenção: prática clínica e prática política-de gestão (Oliveira & Filipe, 2015b; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a).

Figura 48 – Confrontos inter-práticas (1) (Fase 1 e Fase 2, em %)

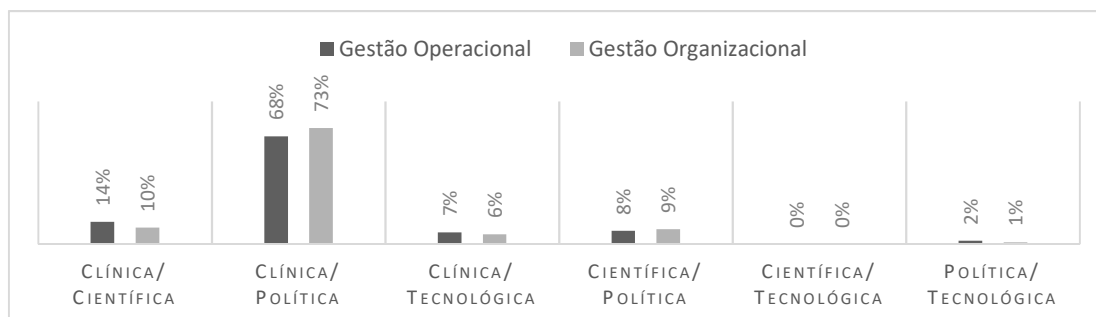


Fonte: elaboração própria

Tal como representado na **Figura 49**, quer no discurso dos gestores de nível operacional, quer no dos gestores de nível organizacional, a maior importância relativa é atribuída aos ‘confrontos inter-prática clínica/política’, com pequenas diferenças entre os dois níveis de gestão. Por exemplo, 68% dos discursos dos gestores de nível operacional relacionados com

‘confrontos inter-práticas’ dizem respeito a ‘confrontos inter-prática clínica/política’; para os gestores de nível organizacional, a importância relativa é de 73%.

Figura 49 – Confrontos inter-práticas (2) (Acumulado Fase 2, por posição, em %)



Fonte: elaboração própria

### Gestão tripartida: assistência clínica, investigação e ensino

Dada a complexidade das organizações públicas hospitalares ao nível da estrutura hierárquica formal e a inter-relação existente entre diferentes profissionais (quer de forma vertical, quer horizontal) (Dubois & Singh, 2009; Ridder, Baluch, & Piening, 2012), os desafios de gestão e coordenação são, já por si, evidentes (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). No entanto, um dos principais desafios relaciona-se com a gestão tripartida que é necessário fazer devido à existência de diferentes domínios de atuação (assistência clínica, investigação e ensino) (Oliveira, Costa, & Filipe, 2013c), tal como evidenciado nos seguintes discursos de dois gestores de nível operacional:

“Esses são os vetores que nós temos, a assistência, a formação, a investigação, a parte científica, isso faz parte do serviço de qualquer hospital destes, um hospital terciário, um hospital universitário no fundo.” (Médico Gestor Operacional 35, Fase 2)

“A missão desta organização é ensino focado na medicina, com escolas de enfermagem, estágios noutras áreas de saúde e investigação dinamizada pelo centro de investigação clínica e que este não seja apenas para recolha de informação, mas um facilitador na realização de projetos de investigação.” (Médico Gestor Operacional 29, Fase 2)

### Confrontos inter-prática clínica/tecnológica

As práticas tecnológicas (i.e., as práticas de profissionais da indústria em que se desenvolvem novas tecnologias, produtos e serviços, muitas vezes em estreita colaboração com os profissionais da saúde clínicos), são fundamentais para a adequada implementação das práticas clínicas, podendo as práticas tecnológicas comprometer as práticas clínicas e vice-versa (Mørk et al., 2012). O envelhecimento dos equipamentos de natureza clínica e a

dependência relativamente às tecnologias de informação e comunicação, foram as principais barreiras identificadas no discurso dos gestores que podem, potencialmente, comprometer a efetiva implementação das práticas clínicas, gerando ‘confrontos inter-práticas clínica/tecnológica’.

### **Envelhecimento dos equipamentos**

Quanto ao envelhecimento dos equipamentos, reclama-se sobre a “*deteriorização*” a que alguns dos equipamentos de apoio clínico chegaram e que, se não substituídos atempadamente, poderão comprometer a prática clínica dentro dos mais elevados padrões de modernidade e excelência. A falta de recursos económicos imposta pela nova lógica institucional (IHI, 2005; Radnor, Holweg, & Waring, 2012) tem comprometido a introdução de novos equipamentos e o acompanhamento da respetiva evolução tecnológica. Os gestores referem, por exemplo, que “*a tecnologia nestes últimos anos avançou imenso*” (Médico Gestor Operacional 24, Fase 2), “*a evolução dos equipamentos acontece de uma forma muito rápida*” (Médico Gestor Organizacional 17, Fase 2) e “*o avanço da tecnologia tem sido grande e custa dinheiro*” (Médico Gestor Operacional 23, Fase 2):

“A tecnologia nestes últimos anos avançou imenso. Não há dinheiro para os equipamentos novos, mas pelo menos aqueles que já se provaram com o tempo que são essenciais e que a gente sabe que há uma mais-valia em serem reestruturados.” (Médico Gestor Operacional 24, Fase 2)

“Vai ser necessário substituir peças, o hospital deve ter capacidade financeira para efetuar estes reparos. Mas a evolução dos equipamentos acontece de uma forma muito rápida.” (Médico Gestor Organizacional 17, Fase 2)

“Alguma dessa assistência clínica está dependente da tecnologia e o avanço da tecnologia tem sido de facto grande e custa dinheiro. Agora um hospital com um estatuto deste, não pode deixar ficar para trás.” (Médico Gestor Operacional 23, Fase 2)

“Esta dificuldade de inovação e de avanços, no nosso hospital (e não sei, nos outros provavelmente também), está muito parada por contenção orçamental.” (Médico Gestor Operacional 21, Fase 2)

### **Sistemas de informação**

No que se refere especificamente aos sistemas de informação e comunicação, reclama-se da grande dependência que a prática clínica tem em relação aos mesmos. No processo de fusão hospitalar, a própria escolha do sistema informático foi um dos constrangimentos, para além da adaptação, implementação e manutenção em fases subsequentes. Os discursos seguintes revelam ainda que o inadequado funcionamento dos sistemas de informação pode comprometer uma resposta eficaz também da prática clínica. Verifica-se, no entanto, que os

gestores defendem a existência de um sistema informático funcional, na medida em que agilize os processos clínicos, tal como revelado pelos seguintes discursos:

“Um dos problemas muito grandes com a fusão dos hospitais é a informática, a opção do sistema informático, corrigir o sistema, montar o sistema, responder aos *helpdesk*, dar essas respostas. Se a informática cai dentro do hospital...” (Médico Gestor Operacional 37, Fase 2)

“E agora com os sistemas informáticos estão mais horas ainda, porque as pessoas têm que escrever e torna-se tudo muito demorado.” (Médico Gestor Operacional 30, Fase 2)

“O facto é que quando a informática falha, o hospital treme, os serviços veem-se aflitos, as pessoas ficam indispostas, ‘e agora como é que eu vejo o processo?’, o utente tem que cá vir noutro dia.” (Médico Gestor Operacional 37, Fase 2)

“Há estas coisas que têm que ser adaptadas, vai demorar algum tempo, mas de uma maneira geral, vamos ter que nos adaptar.” (Médico Gestor Operacional 36, Fase 2)

### *Confrontos inter-prática clínica/científica*

#### **Falta de investigação**

As práticas científicas referem-se às práticas de desenvolvimento de novos conhecimentos científicos que suportam a evolução dos processos clínicos (Mørk et al., 2012). A falta de investigação científica é a maior barreira identificada pelos gestores na relação da prática clínica com a científica, defendendo-se a necessidade de desenvolver este domínio de práticas. Estar numa instituição destas, em que a missão é a assistência clínica, a investigação e o ensino devem ser diferenciadores para poder ser considerada uma instituição de aprendizagem de referência. Um dos médicos gestores de nível operacional refere-se ao ‘caminho’ que tem vindo a ser feito nesse sentido:

“Este hospital é um hospital central que na parte clínica se desenvolveu, na parte de formação também, na participação no ensino pré-graduado também. Tem que evoluir agora também na parte da investigação para ser diferente dos outros e acho que estamos a procurar seguir esse caminho agora.” (Médico Gestor Operacional 30, Fase 2)

“Sempre fizemos muito boa formação, formamos muita gente, enfermeiros, médicos, técnicos, foi sempre uma das prioridades do hospital, uma escola de formação.” (Médico Gestor Operacional 30, Fase 2)

Tal poderá comprometer a médio e longo prazo a adequabilidade dos conhecimentos existentes às cada vez maiores exigências inerentes à prática clínica. Apesar de se realizar ‘alguma investigação’ e existir “*uma ligação mais próxima com a faculdade, [...] durante muitos anos a prioridade não foi essa*” (Médico Gestor Operacional 30, Fase 2), estando o Centro Hospitalar mais direcionado para a assistência clínica (Oliveira & Filipe, 2014a, 2014b, 2015a). Estas preocupações são evidentes em vários discursos, tais como:

“Neste hospital, estamos virados para a assistência, para a assistência com a pressão dos números da assistência, com pressões de listas de espera.” (Médico Gestor Operacional 21, Fase 2)

“Sendo isto uma instituição de referência de investigação implica que a pessoa, para além do seu trabalho habitual, possa ter disponibilidade e dinheiro para ir às várias reuniões dos vários grupos corporativos para discutir alternativas terapêuticas e para entrar em estudos.” (Médica Gestora Operacional 33, Fase 2)

“Não foi uma prioridade no hospital. Durante muitos anos a prioridade não foi essa e está agora a começar a ter uma participação mais ativa na parte da investigação, porque é isso que diferencia um grande hospital de nível 3 para um hospital de nível 2 ou nível 1. É a produção de investigação. Eu acho que esse é um caminho que tem que vir a ser tomado, existe alguma investigação, investigação clínica seguramente já vai existindo, já existe uma ligação mais próxima com a faculdade, já há mais professores doutorados cá no hospital e já existe alguma consciência da necessidade de aliar a tarefa deste hospital à investigação.” (Médico Gestor Operacional 30, Fase 2)

### *Confrontos inter-prática clínica/política-de gestão*

As práticas políticas-de gestão são as práticas envolvidas na produção de políticas para as restantes três práticas (i.e., clínicas, científicas e tecnológicas) (Mørk et al., 2012). O modelo da contratualização, os cortes sucessivos, a falta de recursos e a falta de autonomia administrativa e financeira, são alguns dos desafios identificados.

### **Modelo da contratualização**

A alteração do estatuto legal de 34 hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), que foram convertidos, primeiro em empresas Sociedades Anónimas (SA) e depois, em Entidades Públicas Empresariais (EPE), implicou uma decisão sobre as modalidades de pagamento dos cuidados que estas novas entidades iriam continuar a prestar aos utentes do SNS. De acordo com Valente (2010),

“A contratualização tem sido um instrumento utilizado no setor da saúde para afetação de recursos financeiros aos prestadores, constituindo um marco na substituição de modalidades passivas de afetação por modalidades pró-ativas ou estratégicas. Surge como um importante recurso para aumentar os ganhos em saúde, o envolvimento e a eficiência dos prestadores. A contratualização de serviços é considerada um instrumento chave para melhorar o desempenho dos sistemas de saúde.” (p. 26)

O mecanismo da contratualização impõe limites orçamentais e define objetivos ao nível do desempenho organizacional (Valente, 2010) que restringem, inevitavelmente, a atuação destas organizações, a nível operacional. Com a contratualização, há objetivos a cumprir e as diretrizes que regulam agora estas organizações são cada vez mais restritivas e apontam para um maior controlo na afetação de recursos (não só materiais, mas também humanos) (Valente, 2010). A nível organizacional, estes objetivos e prioridades são refletidos nas práticas políticas e de

gestão definidas a nível estratégico; internamente, adequa-se a lógica operacional a estas prioridades e objetivos, procedendo-se a uma subcontratualização com as diferentes unidades e serviços (Oliveira et al., 2014). Apesar da contratualização não atingir as pessoas individualmente, porque é definida ao nível dos serviços, o desafio é conseguir cumprir esses objetivos através do trabalho individual e de equipa e, ao mesmo tempo, manter um bom ambiente de trabalho (Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a). De acordo com alguns gestores, a pressão imposta pela contratualização pode colocar em causa o *“brio e o empenho profissional”* (Médica Gestora Operacional 31, Fase 2), assim como a qualidade dos serviços. Tal como descrito por um médico gestor de nível operacional, reclama-se ainda da falta de participação que os gestores têm dentro deste modelo da contratualização e da ‘desumanização’ provocada pelo sistema, em que *“só se fala em números, não se fala em doentes”* (Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a), tal como refere um dos médicos gestores de nível operacional:

“O modelo da contratualização, primeiro devia ser discutido pelos médicos antes de se desenvolver qualquer modelo. Os médicos têm que ser parte integrante para o modelo da contratualização e o problema é que não são. A questão da contratualização é extremamente desumana, desumanizada, só se fala em números, não se fala em doentes, em nomes, fala-se em tantos encargos, tantos números.” (Médico Gestor Operacional 34, Fase 2)

#### **Cortes sucessivos e falta de recursos**

Os cortes sucessivos nos benefícios e nos recursos financeiros e humanos é também um dos desafios identificados que compromete um fluxo relacional eficaz dentro da prática política-de gestão (Oliveira, Costa, & Filipe, 2013c). *“Os cortes sucessivos, tudo o que seja cortes de benefícios, isso aí foi o que explodiu”*, refere uma das médicas gestoras de nível operacional (Médica Gestora Operacional 33, Fase 2). A mesma gestora lamenta que

“é porque não tenho RH, é porque não tenho material, e tenho espaço até dizer chega. Há qualquer coisa que não está bem.” (Médica Gestora Operacional 33, Fase 2)

Mas outros discursos alertam para esta dificuldade de gestão perante os maiores constrangimentos financeiros e falta de recursos:

“Houve cortes nos salários dos médicos, 1/3 do ordenado. O serviço não vai aguentar durante 10 anos, com esse corte.” (Médico Gestor Operacional 32, Fase 2)

“Nós temos umas excelentes instalações, nós precisamos é que nos deem condições para continuar a tirarmos o máximo proveito delas. Por exemplo, se tivesse mais um bloco operatório, nós poderíamos funcionar melhor, produzir mais. Mais tempo no bloco, mais horas, mais tempo operatório, podíamos produzir mais porque nós temos as capacidades.” (Médico Gestor Operacional 35, Fase 2)



### **Avaliação de desempenho dos médicos**

Com o SIADAP 3 para médicos (adaptado para os trabalhadores integrados na carreira especial médica em 2011 e alterado em 2013), que implica uma contratualização individual, os médicos vão ter um maior controlo sobre o seu desempenho. O principal desafio identificado é a falta de conhecimento do sistema de avaliação de desempenho para médicos. Com a ideia do sistema formal de avaliação para médicos, a ‘segurança no emprego’ começa a ser posta em causa e *“introduzem-se ruídos”* (Médico Gestor Organizacional 17, 2012). Um dos médicos gestores de nível operacional refere mesmo que *“não vai dar nada, vai dar ruídos”* (Médico Gestor Operacional 25, 2012).

De acordo com alguns gestores, para que o sistema de avaliação seja bem aceite pelos profissionais, seja visto de forma positiva e constitua uma prática efetiva de gestão, *“tem que haver discriminação positiva e diferenciação”* (Médico Gestor Operacional 25, 2012). No entanto, são muitos os discursos que demonstram preocupação com a introdução dos processos de avaliação de desempenho dos médicos. São exemplos:

“Eu acho que vai ser um desastre, eu aqui não tenho nenhuma experiência de SIADAP e com médicos, com pessoal administrativo. Só cria atritos porque nessa altura o diretor vai ter que mostrar quais são as suas preferências e quando manifesta preferências vai criar ciúmes. Eu já não falo de inveja, mas vai criar ciúmes, é inevitável. E isso resulta em atrito.” (Médico Gestor Operacional 25, 2012)

“Devem ser realistas para poderem ser avaliadas pelas pessoas como objetivas. Se existirem metas inatingíveis, vai existir desmotivação. Porque não vão comparar os seus resultados com objetivos que não podem ser atingidos.” (Médico Gestor Operacional 29, 2012)

“Acho que não vai beneficiar a prática dos médicos, isto na minha opinião. Nós estamos ainda na fase de ter aí meia dúzia de objetivos escritos e outro tipo de coisas e mais, avaliar indivíduos em medicina é excluir o doente. O que se deve avaliar é a equipa e, portanto, o indivíduo é que faz parte de uma equipa e é parte integrante dela e será mais ou menos funcional consoante a equipa.” (Médico Gestor Operacional 26, 2012)

“Nas equipas há indivíduos mais importantes e há indivíduos decisivos. Esses indivíduos decisivos continuavam a não fazer nada se não tivessem equipa. O SIADAP pode ser a destruturação de equipa. Portanto, é necessário em absoluto que as pessoas tenham consciência de que com o desenvolvimento, o mérito individual adquire-se e adquire-se do ponto de vista pessoal e, essencialmente, por reconhecimento dos outros e não propriamente por metodologias mais ou menos técnicas que depois podem destruturar completamente uma equipa.” (Médico Gestor Operacional 26, 2012)

### **Autonomia administrativa e financeira**

A falta de autonomia administrativa e financeira levou a que houvesse resistência à mudança; *“autonomia, capacidade de resolver ao seu nível o problema com que está confrontado”* (Médico Gestor Organizacional 20, Fase 2). Alguns gestores referem que ‘não têm autonomia

nenhuma' e reclamam por "*maior autonomia na capacidade de decisão*" (Médico Gestor Organizacional 20, Fase 2) e "*maior autonomia financeira*" (Médico Gestor Operacional 23, Fase 2), "*era preciso uma gestão completamente diferente*" (Médico Gestor Organizacional 13, Fase 2), "*pelo menos alguma autonomia administrativa*" (Médico Gestor Organizacional 38, Fase 2) (Oliveira & Filipe, 2014a, 2014b, 2014c, 2015a; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a).

Questionados sobre quais os níveis de autonomia que deveriam ter os serviços, os gestores referem que deveriam ter autonomia administrativa para poderem escolher os profissionais da sua equipa; quanto à autonomia financeira, é feita referência à possibilidade de existir um orçamento por serviço, "*só com números*", por exemplo (Médico Gestor Operacional 21, Fase 2) (Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a). Os seguintes discursos colocam em evidência estas preocupações:

"Esta resistência à mudança foi terrível, depois foi uma sensação de perda, sensação de perda, de perda de autonomia." (Médico Gestor Organizacional 20, Fase 2)

"Tivesse um apoio e o serviço ser gerido independentemente. O serviço tinha um *budget*, tinha autonomia administrativa e financeira. Só com números, não é preciso vir os cheques para aqui, também não vamos a esse pormenor." (Médico Gestor Operacional 21, Fase 2)

"O que eu queria fundamentalmente é ter um orçamento que fosse ajustado ao histórico do serviço e que me fosse dada a possibilidade de o gerir de uma forma autónoma, isto é, de acordo com as necessidades do serviço compro o que tenho de comprar. Ter autonomia administrativa e financeira. Há uma tendência centralizadora. A autonomia que eu tenho neste momento é a de autorizar comissões gratuitas de serviço. Não tenho autonomia nenhuma." (Médico Gestor Organizacional 17, Fase 2)

"Porque não é o diretor de serviço que escolhe as pessoas que vêm para cá. Pode ter alguma influência, mas a maior parte das vezes não é." (Médico Gestor Operacional 23, Fase 2)

"Os cortes vêm muitas vezes de maneira muito centralizada e, se calhar, devia ser pela base, podia ser que os serviços funcionassem melhor, que às direções de serviço fossem dadas condições para funcionar melhor e a partir daí tentar evitar algum desperdício." (Médico Gestor Operacional 36, Fase 2)

### **Gestão Híbrida**

O desafio de ser um gestor híbrido é que este tem que gerir o desempenho dos profissionais e das suas equipas para conseguir alcançar os resultados pretendidos e, ao mesmo tempo, continuar a exercer a sua atividade clínica (Oliveira, Raposo, Holland, & Lira de Carvalho, 2017). A conciliação destes dois papéis nem sempre é fácil e verificam-se espaços de interferência entre as decisões/prioridades clínicas e as decisões/prioridades de gestão (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). Os seguintes discursos são disto reveladores:

"Continuo a fazer a mesma coisa, continuo a ter os doentes, estou a tentar diminuir um bocadinho a atividade da consulta, o número, senão não consigo. Ver se para o ano fico com

2 dias livres, 2 dias, 2 dias e meio livres de consulta. Tentar reduzir um bocadinho a minha atividade, mas também não posso, nem quero também, não quero ficar só a fazer direção.” (Médico Gestor Operacional 36, Fase 2)

“Em relação a diretora de serviço, eu sou diretora de serviço e trabalho normalmente, acumulo as duas funções. Eu tenho os mesmos doentes que tinha antes de ser diretora de serviço, tenho as mesmas preocupações e recebo-os à mesma, os doentes novos. Portanto, eu faço as duas coisas. Temos intervalos de consultas, vou vendo as coisas, depois quando há reuniões vou ver as consultas nos intervalos, é mais ou menos assim.” (Médica Gestora Operacional 33, Fase 2)

“Eu mantenho o meu desempenho clínico porque não quero perder a capacidade e a proximidade, logo os meus colaboradores olham para mim, como colega. Assim, a forma de evidenciar os problemas é mais fácil por parte deles.” (Médico Gestor Organizacional 19, Fase 2)

“Um dos problemas que eu sinto, é que os diretores dos serviços ficam com pouco tempo para serem médicos. Seria mais fácil se existisse um administrador de serviço, facilitaria o modelo de gestão.” (Médica Gestora Operacional 31, Fase 2)

“Está a programar as formações, está a orientar os colegas, está a ver os nossos doentes ao mesmo tempo, está a lidar com os problemas do serviço, está a lidar como diretor de serviço com ir às reuniões com os outros diretores de serviço.” (Médica Gestora Operacional 33, Fase 2)

No **Quadro 32** apresentam-se discursos ilustrativos (da Fase 1 e da Fase 2) de cada uma das subcategorias da categoria ‘confrontos inter-práticas’.

Quadro 32 – Confrontos inter-práticas: discursos ilustrativos (Fase 1 e Fase 2)

Código	Categorias teóricas Subcategorias	Discursos Ilustrativos
8.	Mudança de práticas	
8.2.	Confronto inter-práticas	
8.2.1.	<b>Clínica/Científica</b>	<b><i>Diferentes motivações que estão subjacentes aos projetos científicos e às iniciativas de melhorias das práticas clínicas podem gerar conflitos sobre as prioridades.</i></b>
		“Não há equipamentos novos e [as pessoas] não podem progredir em termos de fazer o que se faz rotineiramente já em muitos sítios.” (Médica Gestora Operacional 5, Fase 1) “É quase incompatível hoje ser médico assistencial, fazer docência e investigação” (Médico Gestor Operacional 25, Fase 2)
8.2.2.	<b>Clínica/Política</b>	<b><i>Inovação nas práticas implica novidade, daí que, muitas vezes, os diversos meios de práticas políticas não estão alinhados. Isto conduz a obstáculos à inovação e exige a necessidade de mudança de políticas para serem solucionados.</i></b>
		“Neste hospital, estamos virados para a assistência, para a assistência com a pressão dos números da assistência, com pressões de listas de espera.” (Médico Gestor Operacional 21, Fase 2) “Sentimos a pressão, mas há um meio-termo. Mais com menos, até onde for possível. Nós temos, de facto, que agilizar um pouco isto, não

Código	Categorias teóricas Subcategorias	Discursos Ilustrativos
		há dúvida nenhuma, por isso há coisas que têm que ser repensadas. Agora, nunca um paciente pode ser posto em causa.” (Médico Gestor Operacional 35, Fase 2) “Esta resistência à mudança foi terrível, depois foi uma sensação de perda, sensação de perda, de perda de autonomia.” (Médico Gestor Organizacional 20, Fase 2)
8.2.3.	<b>Clínica/Tecnológica</b>	<b><i>As barreiras entre as práticas clínicas e tecnológicas são desafiadas quando é necessário desenvolver novas práticas. Isto requer a definição de novas formas de colaboração.</i></b>
		“A tecnologia nestes últimos anos avançou imenso.” (Médico Gestor Operacional 24, Fase 2) “A evolução dos equipamentos acontece de uma forma muito rápida.” (Médico Gestor Organizacional 17, Fase 2) “Vai ser necessário substituir peças, o hospital deve ter capacidade financeira para efetuar estes reparos. Mas a evolução dos equipamentos acontece de uma forma muito rápida.” (Médico Gestor Organizacional 17, Fase 2) “Alguma dessa assistência clínica está dependente da tecnologia e o avanço da tecnologia tem sido de facto grande e custa dinheiro. Agora um hospital com um estatuto deste, não se pode deixar ficar para trás.” (Médico Gestor Operacional 23, Fase 2) “Um dos problemas muito grandes com a fusão dos hospitais é a informática, a opção do sistema informático, corrigir o sistema, montar o sistema, responder aos <i>helpdesk</i> , dar essas respostas. Se a informática cai dentro do hospital...” (Médico Gestor Operacional 37, Fase 2) “E agora com os sistemas informáticos estão mais horas ainda porque as pessoas têm que escrever e torna-se tudo muito demorado.” (Médico Gestor Operacional 30, Fase 2)
8.2.4.	<b>Científica/Política</b>	<b><i>Inovação nas práticas implica novidade, daí que, muitas vezes, os diversos meios de práticas políticas não estão alinhados. Isto conduz a obstáculos à inovação e exige a necessidade de mudança de políticas para serem solucionados.</i></b>
		“Quanto ao ensino e formação, [o Centro Hospitalar] providencia gratuitamente ambiente e formação a múltiplos técnicos de saúde. Muitas vezes a formação fica a cargo dos técnicos profissionais de saúde.” (Médico Gestor Operacional 29, Fase 2) “Sendo isto uma instituição de referência de investigação implica que a pessoa, para além do seu trabalho habitual, possa ter disponibilidade e dinheiro para ir às várias reuniões dos vários grupos corporativos para discutir alternativas terapêuticas e para entrar em estudos.” (Médica Gestora Operacional 33, Fase 2)
8.2.5.	<b>Científica/Tecnológica</b>	<b><i>As barreiras entre as práticas científicas e as práticas tecnológicas são desafiadas quando é necessário desenvolver novas práticas. Isto requer a definição de novas formas de colaboração.</i></b>
		“Mas o suporte falha. quando as decisões são dos informáticos.” (Médico Gestor Operacional 37, Fase 2)
8.2.6.	<b>Política/Tecnológica</b>	<b><i>Inovação nas práticas implica novidade, daí que, muitas vezes, os diversos meios de práticas políticas não estão alinhados. Isto exige a necessidade de mudança de políticas para serem solucionados.</i></b>

Código	Categorias teóricas Subcategorias	Discursos Ilustrativos
		<p>“Não quer dizer que a máquina em si não esteja em condições de trabalhar. Trabalha e vai trabalhar com certeza, só que já não permite fazer algumas coisas mais. Em termos de gestão isto é fundamental, porque as pessoas começam a desacelerar e a perder o interesse.” (Médica Gestora Operacional 5, Fase 1)</p> <p>“Alguma dessa assistência clínica está dependente da tecnologia com certeza não é, e o avanço da tecnologia tem sido de facto grande e custa dinheiro. Agora um hospital realmente com um estatuto deste, não se pode deixar ficar para trás.” (Médico Gestor Operacional 23, Fase 2)</p>

Fonte: elaboração própria

## Gestão do contrato psicológico

### *Quebra do contrato psicológico*

As entrevistas realizadas na Fase 2 (i.e., 2012/2013, após implementação da fusão) continuam a evidenciar as profundas alterações que ocorreram nas condições inerentes às relações de emprego (Coyle-Shapiro & Kessler, 2002; Shore, Coyle-Shapiro, & Tetrick, 2012), não só em resultado das reestruturações em si, mas principalmente, devido a fatores relacionados com a mudança de lógicas institucionais (Oliveira, Costa, & Filipe, 2014a, 2014b, 2014c). A nível operacional, um dos fatores evidenciado pelos gestores é a ‘instabilidade na carreira’ e o ‘esvaziamento de carreiras’; alguns dos médicos gestores afirmam que as “*carreiras médicas estão em risco*” (p.e., Médico Gestor Operacional 36, Fase 2 e Médico Gestor Organizacional 20, Fase 2) e que já ‘não existe carreira’: “*não há lugares de carreira, acabaram as carreiras médicas*” (Médico Gestor Organizacional 16, Fase 2); no entanto, outros referem-se ao facto delas existirem, mas “*já não são como eram dantes*” (Médico Gestor Operacional 29, Fase 2) (Oliveira & Filipe, 2013; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013c):

“Concordo que a carreira continua a existir. Passa por um exame universal, anual, como todos os médicos, passa pela avaliação que se chama ano comum e também pelos cinco anos de especialidade. Há quem diga que não há carreiras médicas. É verdade, já não são como eram dantes.” (Médico Gestor Operacional 29, Fase 2)

“[Carreira] ainda existe, ainda existe, nós aqui no nosso serviço ainda temos conseguido pôr as pessoas que se formaram a continuar aqui, que é fundamental. Agora, as condições vão sendo cada vez mais complicadas. Eles propõem agora contratos absolutamente complicados, muito complicados.” (Médico Gestor Operacional 35, Fase 2)

Em resultado do descontentamento e da quebra “*na moral, na satisfação e na motivação*” (Médico Gestor Organizacional 17, Fase 2) com a forma como a mudança estava a ser

conduzida e tendo em conta as suas implicações, muitos profissionais optaram mesmo por deixar a organização, conforme o refere uma das médicas gestoras de nível operacional:

“Aqueles que já tinham as suas possibilidades fizeram as suas contas e começaram a ver que, muito provavelmente, ganhavam o mesmo na reforma do que deveriam ganhar aqui com os cortes sucessivos e, portanto, tomaram a sua decisão.” (Médica Gestora Operacional 33, Fase 2)

O contrato psicológico foi posto em causa e alguns dos discursos apontam no sentido da sua quebra (Oliveira & Filipe, 2014a, 2014b, 2014c, 2015a). Uma médica gestora refere que “*dantes havia uma maior colaboração e maior disponibilidade*” (Médica Gestora Operacional 33, Fase 2). Outro dos gestores refere-se à dificuldade de motivar os profissionais sem a capacidade de lhes serem satisfeitas as expectativas básicas, tal como o reconhecimento do seu trabalho e a atribuição de incentivos financeiros:

“Se as pessoas não estão convencidas de que estão a trabalhar para um bem deles, se a pessoa não está motivada, interessada e não sente isto como dele e, fundamentalmente, não vê o reverso do seu trabalho, nem reconhecido nem pago, é difícil.” (Médico Gestor Operacional 21, Fase 2)

Este contexto gerou indefinições que colocaram enormes desafios de gestão do desempenho, não apenas numa perspetiva meso, da organização como um todo, como também, e particularmente, numa perspetiva micro, de intervenção ao nível operacional (Oliveira & Filipe, 2014a, 2014b, 2014c, 2015a; Oliveira et al., 2014). É a este nível que tem que ser gerido o desempenho humano pelas ligações mais próximas que são estabelecidas no dia-a-dia com os funcionários não-gestores (Dany, Guedri, & Hatt, 2008; Alfes, Truss, Soane, Rees, & Gatenby, 2013). Essa relação tem que ser mediada entre quem gere e quem tem que implementar ‘no terreno’ as ações necessárias para a efetiva reconciliação e coordenação, quer intra-práticas, quer inter-práticas (Currie & Procter, 2001). Na Fase 1 (i.e., 2010/2011, após reorganização interna), identificámos irrefutáveis sinais de insatisfação e de motivação, provocados pelo contexto de crise económica que já vinha, desde 2009, a afetar a gestão hospitalar no que aos seus RH diz respeito. Na Fase 2 (i.e., 2012/2013, após implementação da fusão), a indefinição e indecisão em relação aos aspetos envolvidos na fusão é ainda muito grande, sendo este um dos fatores que, potencialmente, afeta a motivação das pessoas (bem-estar psicológico eudemónico). Os profissionais começam a sentir “*falta de reconhecimento*” (Médico Gestor Operacional 35, Fase 2) quando se pede para fazerem ‘cada vez mais, com cada vez menos’ e isso reflete-se no seu bem-estar psicológico, com as consequências que a desmotivação tem

para um ambiente de trabalho 'saúdável' (Oliveira & Filipe, 2013, 2014a, 2014b, 2014c; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013c). Um dos médicos gestores refere que:

“Antes, todos nós vínhamos para o hospital com alegria porque sentíamos que estávamos em casa; agora nenhum de nós sente que está em casa” (Médico Gestor Organizacional 22, Fase 2).

Os médicos gestores realçam a menor disponibilidade que têm para se dedicarem ao doente (Oliveira, Costa, & Filipe, 2013b, 2013c), motivada pelo facto de terem que conciliar as suas funções clínicas com as novas funções de gestão (McCann, Granter, Hassard, & Hyde, 2015) que tiveram que ser assumidas. Apesar da insatisfação não ser transversal a todo o Centro Hospitalar, alguns dos gestores declaram-se insatisfeitos, o que compromete o bem-estar psicológico hedónico, relacionado com a satisfação no trabalho (Oliveira & Filipe, 2013; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013b, 2013c). Por exemplo, uma das médicas lamenta que:

“Esse nível de insatisfação está a atingir um limite muito, muito preocupante. Tenho uma insatisfação muito grande porque eu tenho a impressão que o apoio que eu dava aos familiares e aos doentes era diferente. Ouvia mais, estava disponível 24 horas por telefone. Agora já não consigo estar. Mesmo não estando de serviço, vinha para cá ajudar se houvesse alguma coisa. Isso agora é coisa impensável.” (Médica Gestora Operacional 33, Fase 2)

No seu papel de líderes, confrontam-se também com profissionais pouco motivados,

“Neste momento, a indefinição e indecisão são tão grandes, que é difícil motivar as pessoas, convencê-las de que vale a pena.” (Médico Gestor Organizacional 17, Fase 2)

“Cada vez, é mais difícil motivar as pessoas. O que está a acontecer, é que estamos a trabalhar mais, para ganhar menos.” (Médico Gestor Organizacional 19, Fase 2)

“As pessoas estão cada vez mais a experimentar os limites e isso não é bom a longo prazo, nem em termos pessoais, nem organizacionais. É péssimo!” (Médico Gestor Operacional 35, Fase 2)

Apesar destes discursos ilustrativos da pouca ou falta de motivação, a desmotivação entre os profissionais não é geral, encontrando-se discursos que apontam no sentido de os profissionais continuarem motivados (Oliveira & Filipe, 2013; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013b). Um dos gestores afirma que *“eu tenho a sorte de ter pessoas muito motivadas no serviço”* (Médico Gestor Operacional 23, Fase 2). O fator de motivação é, no entanto, principalmente intrínseco e resulta de os profissionais gostarem do trabalho que desenvolvem, *“escolheram mesmo a especialidade; temos aqui excelentes pessoas em todos os aspetos (técnica, humana e cientificamente) e gostam”* (Médico Gestor Operacional 35, Fase 2). Este mesmo gestor refere que:

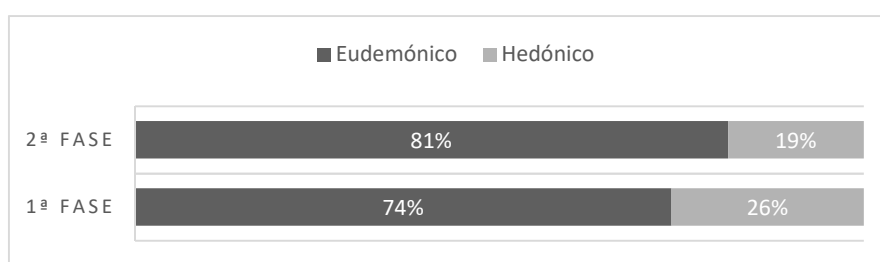
“Nós estamos a lidar com pessoas altamente responsáveis e profissionais. Eles às vezes é que até me podem motivar a mim. Por isso é que digo que a equipa é fundamental, nós estamos aqui há muitos anos. Depois começa a haver uma empatia muito grande e natural com toda a gente.” (Médico Gestor Operacional 35, Fase 2)

Outro dos médicos gestores realça o empenho, disponibilidade e acessibilidade dos profissionais, mesmo perante todas as reestruturações e incertezas:

“Eu acho que a maioria das pessoas faz o que gosta, têm autonomia, sentem que têm o retorno e o reconhecimento daquilo que fazem. Há pessoas que vêm para aqui com uma motivação grande. As pessoas são capazes e é isso que eu admiro, são capazes de estar sempre a fazer mais um sacrifício, fazer mais qualquer coisa, só para ajudar e colaborar [mas para isso] tem que haver uma dimensão humana, tem que haver equipa, tem que haver corpo. Cativar as pessoas em volta do serviço e isto é quase uma família.” (Médico Gestor Operacional 24, Fase 2)

Uma análise mais objetiva e centrada nos indicadores de desempenho humano revela que o propósito de envolvimento, as oportunidades de crescimento, desenvolvimento, a aprendizagem e a autonomia, que resultam em maiores níveis de motivação e pleno envolvimento, são aspetos bastante valorizados e considerados pelos gestores na gestão das suas equipas (Oliveira & Filipe, 2013; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013b, 2013c). Apesar de valorizarem também os aspetos hedónicos, resultantes dos afetos no trabalho, das emoções e estados de humor do profissional (associados à satisfação e ausência de problemas), os gestores consideram a vertente eudemónica, relacionada com o propósito de envolvimento, autonomia relativa e desenvolvimento pessoal, mais relevante do ponto de vista da GRH, com um peso relativo na Fase 1 (i.e., 2010/2011) de 74% e na Fase 2 (i.e., 2012/2013) de 81%, tal como representado na **Figura 50** e na **Figura 51**. Tal poderá revelar uma dupla preocupação dos gestores com a importância de gerir, quer os comportamentos (para a satisfação), quer as expectativas (para a motivação) (Oliveira & Filipe, 2013; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013b, 2013c).

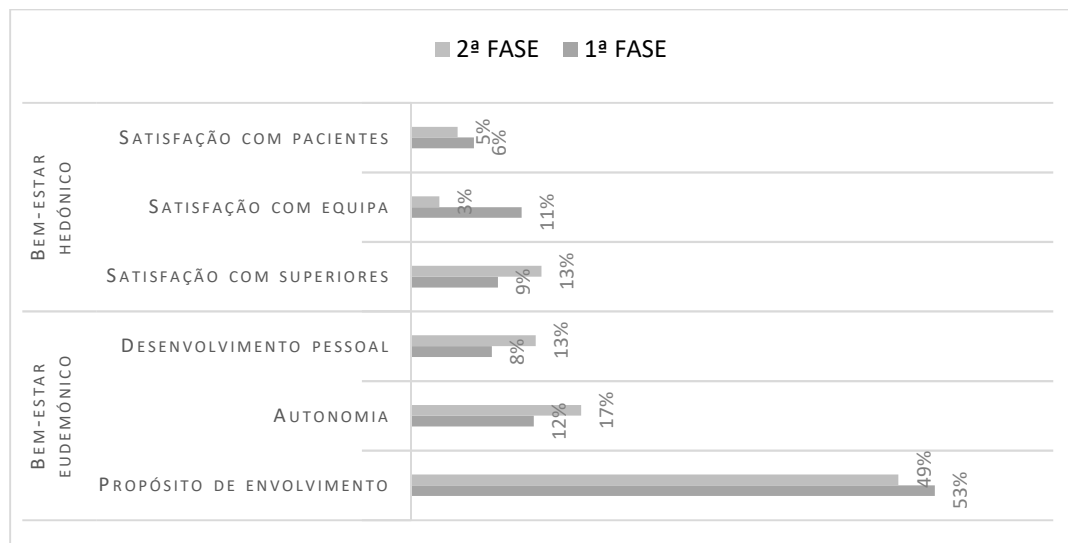
Figura 50 – Bem-estar psicológico eudemónico e hedónico (1) (Fase 1 e Fase 2, em %)



Fonte: elaboração própria



Figura 51 – Bem-estar psicológico eudemônico e hedônico (2) (Fase 1 e Fase 2, em %)



Fonte: elaboração própria

### *Atrativos da relação de emprego*

Questionados sobre os mecanismos para atrair e reter bons profissionais de saúde, ‘aquelas pessoas que fazem a diferença’, a resposta mais frequente foi ‘o dinheiro que recebem’ e ‘o estatuto que adquirem’. Pesa também o facto de ser um hospital com um trabalho interessante (Oliveira, Costa, & Filipe, 2013c). Vários discursos apontam neste sentido, tais como:

“Para muitos, a principal motivação é o dinheiro e o estatuto que adquirem. Aqui há um certo estatuto, está ligado a um hospital universitário, tem condições de satisfação pessoal. Tem a possibilidade de efetuar o trabalho científico, acabam por ter um nome, que lhes ajuda a ter compensação lá fora.” (Médico Gestor Organizacional 17, Fase 2)

“Um fator que os profissionais valorizam é a equipa, o prestígio do local onde vão trabalhar. Nos hospitais, eles sabem qual o volume de trabalho e que lhes vai ser exigido mais do que noutros. O salário pode até ser mais baixo, mas é-lhes oferecido um ambiente facilitador da sua aprendizagem e prestígio junto dos colegas.” (Médico Gestor Operacional 29, Fase 2)

“Em relação a atrair, é motivá-los para um trabalho científica e tecnicamente atraente e muito diferenciado que é [este serviço]. É a garantia de ter emprego, os ordenados ainda não serem baixos e, depois, ter prestígio, ser gratificante.” (Médico Gestor Operacional 37, Fase 2)

### *Incentivos para o elevado envolvimento*

Com as novas relações de emprego que surgem com a mudança (Coyle-Shapiro & Kessler, 2002; Shore, Coyle-Shapiro, & Tetrick, 2012), os gestores lamentam que a organização possa não ficar com as pessoas que têm ‘a alma e o coração’ (Oliveira, Costa, & Filipe, 2013c). Nesse sentido, chegamos a uma das questões centrais do nosso estudo: compreender a forma como vão os gestores, nos contextos atuais, motivar as equipas e as pessoas que lideram, para que estas

possam dar resposta àquilo que são as novas exigências institucionais e organizacionais. Ou seja, como é que se consegue introduzir os novos paradigmas e modelos de governação e gestão, gerir a mudança e continuar com os profissionais motivados.

Foram evidenciadas várias dificuldades, nomeadamente no que se refere aos incentivos disponíveis, de forma explícita e contratualizada com o Governo (Oliveira, Costa, & Filipe, 2013c). Um dos médicos gestores de nível operacional lamenta que:

“Não tenho muitas maneiras de motivar, a minha preocupação é mais não desmotivar do que motivar e não deixar acumular mais motivos de desencanto.” (Médico Gestor Operacional 37, Fase 2).

No entanto, outros dos médicos gestores, também de nível operacional refere-se às implicações positivas que o ‘estímulo’ tem sobre a motivação dos profissionais:

“Há uma coisa que é fundamental: o estímulo. A estrutura deve ter os mecanismos para motivar as pessoas. As pessoas devem ser premiadas.” (Médico Gestor Operacional 27, Fase 2).

Isto implica que têm que existir formas alternativas de recompensar os profissionais para que estes sintam o reconhecimento pelo seu trabalho (Oliveira, Costa, & Filipe, 2013c). Nesse sentido, os gestores procuram motivar os profissionais através de incentivos não financeiros, por exemplo, dando-lhes oportunidades de desenvolvimento e enriquecimento pessoal, através da investigação científica e formação (Oliveira, Costa, & Filipe, 2013c). Um dos gestores, por exemplo, refere que *“[o Centro Hospitalar] providencia gratuitamente ambiente e formação a múltiplos técnicos de saúde”* (Médico Gestor Operacional 29, Fase 2).

Estes incentivos fazem com que as pessoas, no geral, se sintam bem e mais motivadas para um melhor desempenho (Rousseau, 2004), tal como evidenciam os seguintes discursos:

“As pessoas aqui sentem-se ocupadas, sentem que dão um contributo importante. Conseguem dedicar algum tempo extra para outro trabalho mais diferenciado na investigação e conseguem participar em aspetos formativos. De uma maneira geral, as pessoas sentem-se bem.” (Médico Gestor Organizacional 17, Fase 2)

“A maior parte das pessoas aceitava um ambiente de trabalho mais exigente, com vencimentos inferiores, ganhando à conta disso melhores capacidades de progressão de diferenciação, de ligação ao ensino universitário, de reconhecimento e ter paz.” (Médico Gestor Operacional 29, Fase 2)

“Segurança de um profissional é ter um projeto de trabalho para desenvolver a sua carreira profissional. Ter um contrato que lhe permite, a médio prazo, programar o seu desenvolvimento e ter objetivos definidos na instituição.” (Médico Gestor Operacional 29, Fase 2)

Apesar das recompensas (financeiras) disponíveis serem limitadas, é evidente a preocupação dos gestores em estimularem e premiarem “*nem que seja só com palavras*” (Médico Gestor Organizacional 17, Fase 2) ou através de outros mecanismos, tais como autonomia e envolvimento nos processos de decisão (Oliveira & Filipe, 2014a, 2014b, 2014c). Tal como refere um dos gestores, “*as pessoas gostam de ser ouvidas e de dar a sua opinião [pelo que é importante considerar a sua] inclusão na tomada de decisão*” (Médico Gestor Operacional 29, Fase 2). Deverão ser considerados mecanismos de atração para a relação de emprego, que devem passar também pela dinamização e melhoria das relações de troca líder-membro (LMX) (Truss et al., 1997), conforme revelam os seguintes discursos:

“Frequentemente, lembro as pessoas que temos uma profissão única, que temos uma possibilidade de realização pessoal, que só não o aproveitamos se não quisermos. Temos sempre um campo de satisfação pessoal. Sentimo-nos úteis, ao dar alegria às pessoas que sofrem.” (Médico Gestor Organizacional 17, Fase 2)

“Eu acho que é envolvendo as pessoas na decisão. O tempo das notas de serviço, dos papéis e do mandar fazer as coisas terminou; cada um aqui dentro é uma peça extremamente importante para que as coisas funcionem. E as pessoas têm que empenhar-se e serem incluídas na decisão para que, de alguma forma, possam cumprir o seu trabalho e fazê-lo com o ‘chapéu de serviço,’ com a decisão pré-formada; portanto, de alguma forma estarem incluídas, não excluídas, do processo.” (Médico Gestor Operacional 26, Fase 2)

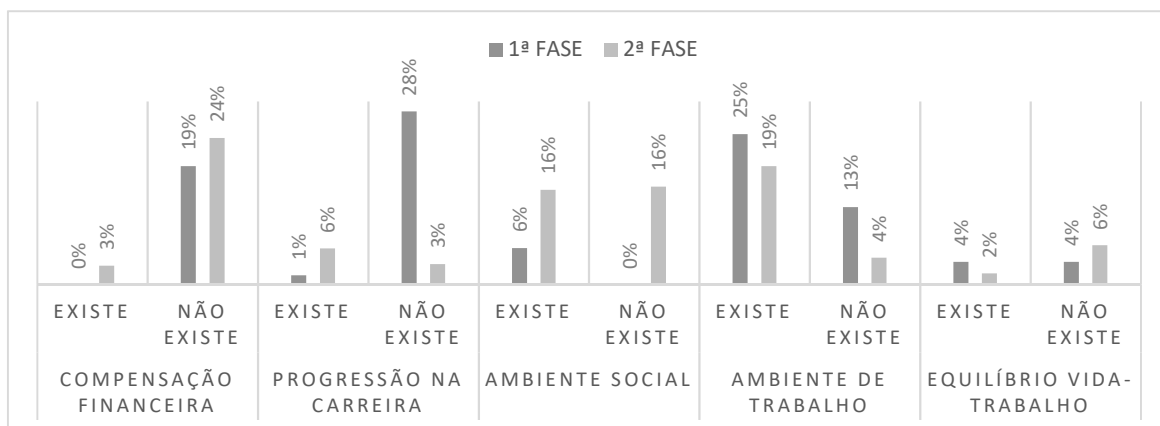
“Preocupo-me em estimular e premiar mesmo que seja só com palavras um êxito que for obtido. Dou-lhes flexibilidade de horários, desde que não coloque em causa o funcionamento dos serviços.” (Médico Gestor Organizacional 17, Fase 2)

“As pessoas sentem-se úteis, vão para casa cansadas, mas tudo bem, correu bem, contribuíram para aquilo que é importante. Mas é preciso alimentar esse brio, é preciso ao menos uma ‘palmadinha nas costas’, tratar bem as pessoas.” (Médico Gestor Operacional 24, Fase 2)

Os discursos dos médicos gestores permitem ter a perceção do que está a bloquear e a dificultar a implementação da gestão do contrato psicológico. Apesar da relevância atribuída à compensação financeira e à progressão na carreira como ‘incentivos do empregador’, tal como representado na **Figura 52**, a política de austeridade a que as organizações hospitalares ficaram sujeitas, veio inviabilizar a sua adoção (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). Comparando a Fase 1 (i.e., 2010/2011, após reorganização interna) com a Fase 2 (i.e., 2012/2013, após implementação da fusão) verificamos que os discursos não são já tão dominados pelas referências a ‘progressão na carreira’; no entanto, na Fase 2, a referência à ‘não existência’ de ‘compensação financeira’ continua a ser relevante e superior à Fase 1. Em termos acumulados, verifica-se maior perceção de ‘não existência’ para a ‘compensação financeira’ (23%), ‘progressão na carreira’ (10%) e ‘equilíbrio vida-trabalho’ (6%), tal como representado na **Figura 53**. Por exemplo, do total de

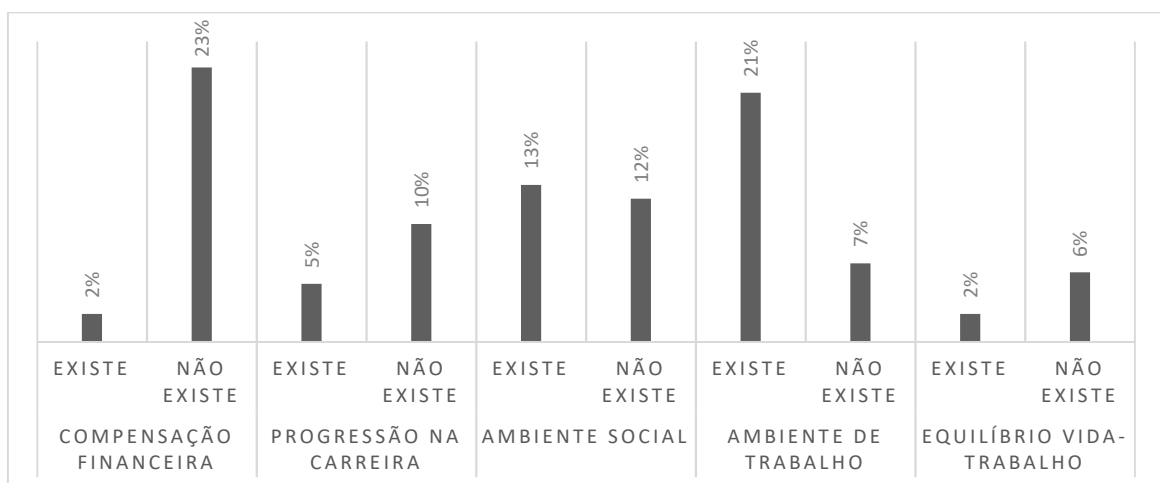
referências a incentivos do empregador ('existe' e 'não existe'), 24% corresponde a 'não existe' 'progressão na carreira', na Fase 2, comparativamente a 19%, na Fase 1 (Oliveira & Filipe, 2016, 2017).

Figura 52 – Incentivos do empregador (1) (Fase 1 e Fase 2, em %)



Fonte: elaboração própria

Figura 53 – Incentivos do empregador (2) (Acumulado Fase 2, em %)

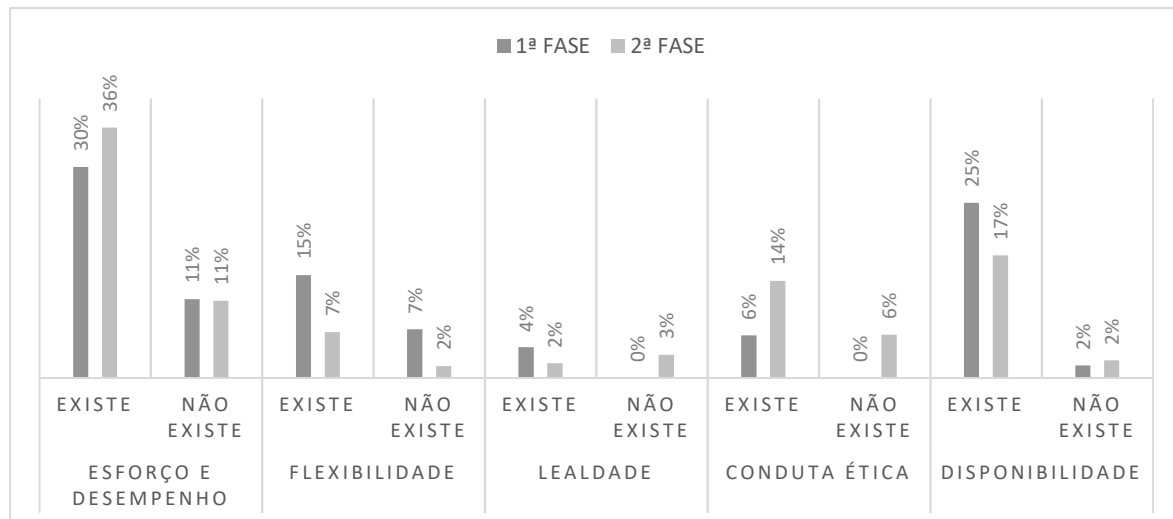


Fonte: elaboração própria

Quanto aos 'contributos do empregado' (perceção de existência e importância), os que mais se destacam na comparação da Fase 2 com a Fase 1 são: 'esforço e desempenho' (30% na Fase 1 e 36% na Fase 2), 'disponibilidade' (25% na Fase 1 e 17% na Fase 2) e 'conduta ética' (6% na Fase 1 e 14% na Fase 2), tal como evidenciado na **Figura 54**. Em termos acumulados (Fase 1 e 2) são também estes mesmos contributos que mereceram maior destaque; a perceção de

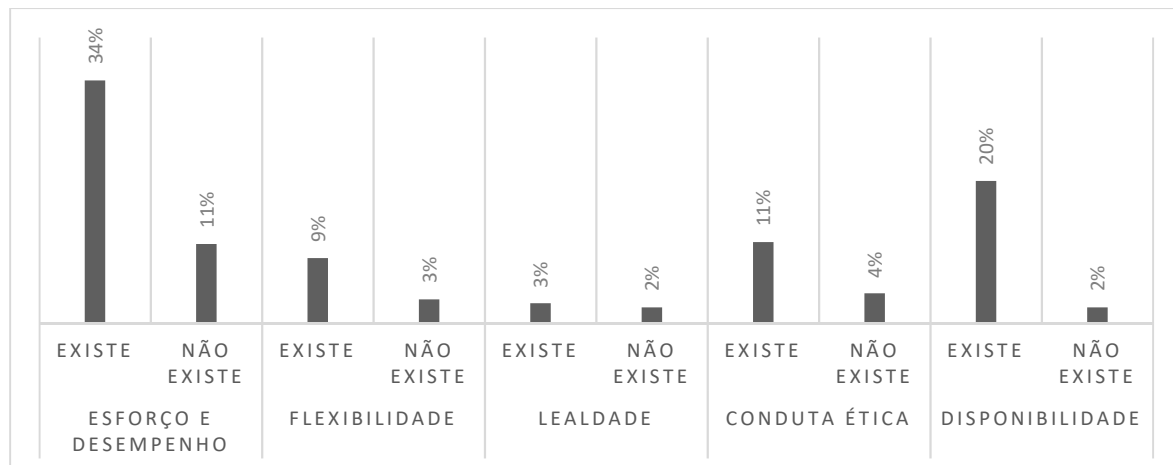
‘existência’ é superior à ‘percepção de não existência’ em todos eles (Oliveira & Filipe, 2016, 2017), tal como representado na **Figura 55**.

Figura 54 – Contributos do empregado (1) (Fase 1 e Fase 2, em %)



Fonte: elaboração própria

Figura 55 – Contributos do empregado (2) (Acumulado Fase 2, em %)



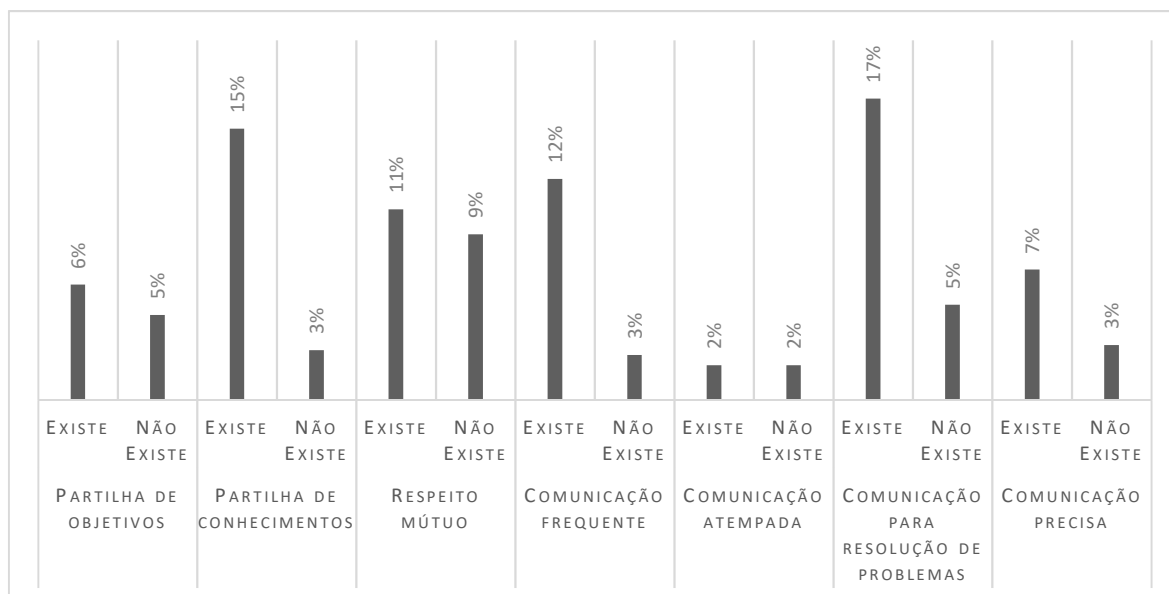
Fonte: elaboração própria

### Coordenação relacional

A **Figura 56** evidencia que as vertentes de coordenação identificadas por Gittell (2011) (i.e., comunicação frequente, comunicação atempada, comunicação precisa, comunicação para a resolução de problemas, partilha de objetivos, partilha de conhecimentos e respeito mútuo)

são colocadas em prática (ou, pelo menos é desejável que o sejam) ('existe') (Oliveira & Filipe, 2016, 2017), resultados da Fase 1 e da Fase 2 (acumulado) (Oliveira & Filipe, 2016, 2017).

Figura 56 – Coordenação relacional (1) (Acumulado Fase 2, em %)



Fonte: elaboração própria

Nos discursos dos gestores entrevistados, todas as vertentes assumem importância destacando-se, no entanto, a 'comunicação para a resolução de problemas' (17%), seguido de 'partilha de conhecimentos' (15%), 'comunicação frequente' (12%) e 'respeito mútuo' (11%); as restantes vertentes são também referenciadas, apesar de não lhes ter sido atribuída tanta relevância; a menos referida foi a 'comunicação atempada', o que pode ser indicativo da sua já existência e celeridade dos processos e que o reporte das situações relevantes para a tomada de decisão é imediato (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). Verifica-se assim uma pré-disposição dos gestores para a coordenação das suas relações com membros de um grupo ou envolvidos num mesmo processo de trabalho, muito em especial para a 'resolução de problemas', 'partilha de conhecimentos' e 'comunicação frequente', na base do 'respeito mútuo' (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). Conforme descreve um dos gestores de nível organizacional:

“As equipas variam muito consoante as especialidades, há coisas que se podem fazer praticamente com grupos pequenos e em outras áreas existe multidisciplinaridade. A equipa envolve pessoas de serviços diferentes. São cerca de 30 profissionais de diversos serviços, agrupados em torno de uma equipa, que funciona com uma eficácia comprovada. Porque as pessoas já se conhecem tão bem e já estão tão ligadas entre as coisas. A equipa funciona numa rotina, que já está tão rotinizada, que basta fazer um contacto para que as coisas se resolvam.” (Médico Gestor Organizacional 22, Fase 2)

Na Fase 2 (i.e., 2012/2013, após implementação da fusão), comparativamente à Fase 1 (i.e., 2010/2011, após reorganização interna), o discurso dos gestores evidencia comportamentos e atitudes condicentes a uma maior coordenação relacional, não apenas dentro das equipas que lideram e dentro da prática clínica (coordenação horizontal), mas também no relacionamento que estabelecem no âmbito do seu papel de gestão com outros serviços, unidades, departamentos, níveis hierárquicos e distintos níveis de lógicas (coordenação vertical) (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). De referir ainda que a perceção dos gestores de que ‘não existe’, para todas as vertentes de coordenação relacional, é inferior na Fase 2 face à Fase 1, tal como evidenciado na **Figura 57**, destacando-se, todavia, a ‘partilha de conhecimentos’ e a ‘comunicação para a resolução de problemas’, o que poderá revelar um aumento de coordenação em termos de conteúdo e qualidade da informação trocada no processo de troca relacional (LMX) (Oliveira & Filipe, 2016, 2017).

Figura 57 – Coordenação relacional (2) (Fase 1 e Fase 2, em %)



Fonte: elaboração própria

No entanto, nas entrevistas são utilizadas expressões que revelam que, em certas situações, a adoção destes mecanismos não é tão efetiva. Por exemplo, um dos gestores refere que:

“Eu acho que este é o grande problema, os profissionais não sentem... da parte da administração ou mesmo da tutela quando faz uma campanha sobre taxas, sem ouvir as pessoas primeiro” (Médico Gestor Operacional 4, Fase 1),

o que revela falta de ‘partilha de objetivos’. Outro dos gestores lamenta a ‘falta de comunicação para a resolução de problemas’: “*não vêm falar com as pessoas, as pessoas tomam decisões e às vezes dizem coisas antes de terem falado com os profissionais*” (Médico Gestor Operacional 4, Fase 1).

Os discursos do **Quadro 33** dão um sentido mais compreensivo aos resultados obtidos, sendo ilustrativos da relação de coordenação que ‘existe’ (ou ‘não existe’), entre os médicos gestores e, em particular, com os seus pares e subordinados.

Quadro 33 – Coordenação relacional: discursos ilustrativos (Fase 1 e Fase 2)

<b>Código</b>	<b>Categorias teóricas Subcategorias</b>	<b>Discursos Ilustrativos</b>
6.	Coordenação relacional	
6.1.	<b>Partilha de objetivos</b>	<b><i>Relação através da qual a coordenação ocorre e que pressupõe o aumento da comunicação entre as partes, uma vez que esta transcende a partilha dos objetivos funcionais específicos de cada participante.</i></b>
	Existe	“Chamam-nos logo desde o princípio e, portanto, eles sentem-se envolvidos desde o princípio e acabam por fazer aquilo que é preciso fazer, mas com uma sensação diferente.” (Médico Gestor Operacional 4, Fase 1) “As reuniões que houve até agora foram reuniões para tentar encontrar pontos de aproximação dos dois serviços.” (Médico Gestor Operacional 25, Fase 2)
	Não existe	“Porque a decisão de contratação ela não decide, se é preciso alguma coisa, ela só propõe, é só isso.” (Médico Gestor Operacional 3, Fase 1)
6.2.	<b>Partilha de conhecimentos</b>	<b><i>Relação através da qual a coordenação ocorre e que pressupõe uma partilha de conhecimentos entre os participantes, de modo a que estes percebam como as suas tarefas específicas se inter-relacionam com todo o processo.</i></b>
	Existe	“Sentamo-nos numa mesa, cada um dá informações, diz o que quer. É uma coisa completamente aberta.” (Médico Gestor Operacional 2, Fase 1) “Os <i>juniors</i> aprendem com o exemplo dos mais velhos e melhoram os seus procedimentos e ficam com uma visão mais larga e abrangente.” (Médico Gestor Operacional 6, Fase 1) “Depois com discussões, há reuniões, fazemos discussões com toda a equipa, com enfermeiros, com médicos, com outros técnicos para tomar essas decisões e é também uma forma de aprendizagem que vai ocorrendo no serviço.” (Médico Gestor Operacional 30, Fase 2) “Tentamos sempre partilhar espaços, tecnologias, conhecimentos, anestesistas, enfermeiros, às vezes especialidades cirúrgicas. Agora com a fusão, mais do que um hospital, tem que os partilhar.” (Médico Gestor Operacional 37, Fase 2)
	Não existe	“Ía ter que aprender como é que aquilo funcionava para poder melhorar a gestão do serviço.” (Médico Gestor Operacional 4, Fase 1)



<b>Código</b>	<b>Categorias teóricas Subcategorias</b>	<b>Discursos Ilustrativos</b>
6.3.	<b>Respeito mútuo</b>	<b><i>Relação através da qual a coordenação ocorre e que se traduz num dever ou obrigação imposta à conduta dos participantes, para que estes sejam mais recetivos à comunicação, independentemente do seu estatuto.</i></b>
	Existe	<p>“Eu converso e não dou ordens.” (Médica Gestora Operacional 1, Fase 1)</p> <p>“Por isso é que digo que a equipa é fundamental, nós estamos aqui há muitos anos. Depois começa a haver uma empatia muito grande e natural com toda a gente.” (Médico Gestor Operacional 35, Fase 2)</p> <p>“Se eu disser uma coisa eles não entendem como uma ordem, mas entendem como o melhor para nós e tudo isso é discutido e dialogado. As nossas reuniões são interessantes e todos participam e se há uma dúvida entre a solução A e B, tenho que decidir eu por B ou por A; mas se estiverem todos do lado do B eu não vou para o lado do A.” (Médico Gestor Operacional 21, Fase 2)</p> <p>“Não há nada, não há nenhuma decisão politicamente importante que não seja discutida com o meu enfermeiro-chefe. Não faço nada que não seja discutido previamente com os enfermeiros-chefes e que não tenha um objetivo; as posições são concertadas a nível de enfermagem e são concertadas comigo a nível da restante equipa.” (Médico Gestor Operacional 26, Fase 2)</p>
	Não existe	<p>“Há 80% de medicamentos só para esta área, mas não somos ouvidos nem achados para a negociação.” (Médico Gestor Operacional 2, Fase 1)</p> <p>“Porque a decisão de contratação ela não decide, se é preciso alguma coisa, portanto a um problema, ela só propõe, é só isso” (Médico Gestor Operacional 3, Fase 1)</p>
6.4.	<b>Comunicação frequente</b>	<b><i>Laço comunicacional frequente entre os participantes de um processo de trabalho, através dos quais há um reforço para permitir uma relação de coordenação eficaz.</i></b>
	Existe	<p>“Portanto, isto é uma questão de reuniões de serviço [...] e, trimestralmente, eu apresento um movimento de serviço fazendo o foco naquilo [que é mais relevante em termos de desempenho].” (Médico Gestor Operacional 4, Fase 1)</p> <p>“Dentro do serviço, semanalmente, há reuniões que têm vários componentes, nomeadamente científicos, onde todos são obrigados a apresentar, fundamentalmente os internos, mas também os especialistas, um contributo para o serviço, do ponto de vista científico. E onde também convidamos pessoas de fora, penso que isso é muito importante também e reunimos com outros serviços uma vez por mês também.” (Médico Gestor Operacional 23, Fase 2)</p> <p>“Tem que haver um grande cruzamento de trabalho entre o enfermeiro-chefe e o responsável do setor. Eu por acaso tenho, com a minha enfermeira-chefe. Reunimo-nos todas as semanas, planeamos, falamos, discutimos.” (Médico Gestor Organizacional 22, Fase 2)</p>
	Não existe	<p>“Eles tanto a sentem distante, como também gostavam de perceber.” (Médico Gestor Operacional 4, Fase 1)</p>
6.5.	<b>Comunicação atempada</b>	<b><i>Laço comunicacional oportuno entre os participantes de um processo de trabalho, através dos quais há um reforço para permitir uma relação de coordenação eficaz.</i></b>

<b>Código</b>	<b>Categorias teóricas Subcategorias</b>	<b>Discursos Ilustrativos</b>
	Existe	<p>“Eu explico aquilo para eles descontraírem, para não ficarem demasiado preocupados.” (Médico Gestor Operacional 4, Fase 1)</p> <p>“Penso que é uma questão de organização, é preciso os canais e a <i>interface</i> funcionar como deve ser, se possível contactar facilmente, tem que haver um canal que funcione bem.” (Médico Gestor Operacional 35, Fase 2)</p>
	Não existe	<p>“Eles tanto a sentem distante, como também gostavam de perceber.” (Médico Gestor Operacional 4, Fase 1)</p> <p>“Há um acréscimo de informação que faz com que hoje em dia seja cada vez mais difícil. O ideal é que toda a equipa estivesse nas reuniões realizadas.” (Médica Gestora Operacional 31, Fase 2)</p>
6.6.	<b>Comunicação para resolução de problemas</b>	<b><i>Laço comunicacional entre os participantes de um processo de trabalho, com o objetivo de resolver problemas, através dos quais há um reforço para permitir uma relação de coordenação eficaz.</i></b>
	Existe	<p>“Duas vezes por mês essa reunião é completamente orientada para a área clínica. Essa informação é dada aos outros.” (Médico Gestor Operacional 2, Fase 1)</p> <p>“Há administradores que estão a trabalhar muito bem com os diretores de serviço. Conversam, aconselham-se, administrador, médico e diretor de serviço aconselham-se mutuamente sobre o que é melhor clinicamente com menos custos.” (Médico Gestor Operacional 37, Fase 2)</p>
	Não existe	“Como era um serviço pequeno, martelavam-lhe o que tinha a fazer e ponto final e acabou e quando lá chegava já estava tudo decidido.” (Médico Gestor Organizacional 16, Fase 2)
6.7.	<b>Comunicação precisa</b>	<b><i>Comunicação isenta de erros.</i></b>
	Existe	<p>“Tem que haver uma informação fina que explique aos jovens e a todos os que estão no terreno que aqueles medicamentos são mais caros e que há soluções.” (Médico Gestor Operacional 2, Fase 1)</p> <p>“Tem que haver a capacidade do diretor, de alguma maneira, dialogar com os superiores, fazer pontes também entre a equipa, considerar as necessidades da equipa e tentar colmatar essas necessidades.” (Médico Gestor Operacional 21, Fase 2)</p> <p>“Falando com quem de direito que é o diretor clínico e, por sua vez, ele também é o intermediário da relação, pedir ao conselho de administração.” (Médica Gestora Operacional 33, Fase 2)</p>
	Não existe	<p>“Os problemas de cada serviço são muito específicos e é óbvio que alguns terão mais capacidade de expor os seus problemas que outros.” (Médica Gestora Operacional 31, Fase 2)</p> <p>“Mas vejo que às vezes, não é nem desconfiança, mas nunca tudo é dito, há sempre um receio de estar a reportar ou não estar a reportar devidamente.” (Médico Gestor Organizacional 15, Fase 2)</p>

Fonte: elaboração própria

Da análise dos discursos resultam algumas soluções práticas para que a coordenação seja efetiva. Os objetivos devem ser partilhados, “o gestor deve saber integrar com o médico e vice-versa [uma vez que] têm que conjugar os interesses” (Médico Gestor Operacional 28, Fase 2)

(Oliveira & Filipe, 2016, 2017). Com o corpo de enfermagem esta coordenação é também tão desejável quanto essencial: *“é preciso ter-se um enfermeiro-chefe no qual se confie em absoluto e com o qual haja uma partilha de objetivos que seja previamente discutida e eu faço isso com o meu enfermeiro-chefe”* (Médico Gestor Operacional 26, Fase 2) (Oliveira & Filipe, 2016, 2017).

No domínio de prática clínica, a ‘partilha de conhecimentos’ é efetuada em reuniões em que *“cada um dá informações, diz o que quer”* (Médico Gestor Operacional 2, Fase 1) (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). Admite-se a *“necessidade de diálogo e partilha de dados; procura de opinião diferente para analisar situações mais complexas”* (Médico Gestor Organizacional 17, Fase 2), sendo esta *“também uma forma de aprendizagem que vai ocorrendo no serviço”* (Médico Gestor Operacional 30, Fase 2) (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). O ‘respeito mútuo’ tem que ser conseguido entre todos os profissionais, particularmente no contexto da fusão

“porque nesta gestão de ligar tudo, é preciso cuidado, uma articulação grande e é preciso que não comecem todos a discutir” (Médica Gestora Operacional 5, Fase 1).

Neste domínio, verifica-se respeito pelas diferentes classes profissionais, *“as posições são concertadas ao nível de enfermagem e são concertadas ao nível da restante equipa”* (Médico Gestor Operacional 26, Fase 2), *“as nossas reuniões são interessantes e todos participam”* (Médico Gestor Operacional 21, Fase 2) (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). Neste contexto, um dos gestores refere que:

“Os enfermeiros têm um papel muito mais ativo no tratamento do doente e é necessário que os médicos reconheçam esse papel e que fomentem algumas atitudes e alguma autonomia da parte da enfermagem. E eu penso numa visão, digamos ideal, que cada vez mais a equipa deve ser coesa, no sentido em que as responsabilidades têm de ser partilhadas, de acordo com a formação que cada um tem.” (Médico Gestor Operacional 23, Fase 2).

No entanto, nem sempre se consegue este entrosamento, pelo que

“era necessário criar condições, trabalho em equipa, para que as pessoas possam tomar decisões em conjunto, que possam conversar.” (Médica Gestora Operacional 33, Fase 2)

Apesar desta partilha que existe intra-prática clínica, na relação entre a prática clínica e política de gestão reclama-se da falta de participação no processo de decisão e do facto da administração tomar decisões com implicações clínicas, sem consultar o corpo clínico que consideram fundamental para *“tentar encontrar pontos de aproximação dos serviços”* (Médico Gestor Operacional 25, Fase 2) (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). Na ligação com os níveis de

gestão superiores reclama-se também neste domínio de falta de coordenação e inclusão; *“não somos ouvidos nem achados para a negociação”* refere um dos médicos gestores de nível operacional (Médico Gestor Operacional 2, Fase 1) (Oliveira & Filipe, 2016, 2017).

A coordenação através da ‘comunicação frequente’ é também essencial e vários discursos apontam no sentido da sua existência. Discursos como *“exijo que uma vez por semana haja reunião do serviço, em que todos venham”* (Médico Gestor Operacional 2, Fase 1), *“procuramos que haja uma intercomunicação entre os colegas”* (Médico Gestor Operacional 28, Fase 2) e *“reunimo-nos todas as semanas, planeamos, falamos, discutimos”* (Médico Gestor Organizacional 22, Fase 2), são exemplos disso. Para uma ‘comunicação atempada’,

*“é preciso os canais e a interface funcionarem como deve ser, se possível contactar facilmente, tem que haver um canal que funcione bem”* (Médico Gestor Operacional 35, Fase 2), uma vez que há

*“um acréscimo de informação que faz com que hoje em dia seja cada vez mais difícil.”* (Médica Gestora Operacional 31, Fase 2)

Dentro da prática clínica, a ‘comunicação para a resolução de problemas’ ocorre num contexto de reunião entre o corpo clínico e o corpo de enfermagem, em que

*“muitas vezes estão presentes os diretores clínicos e, por vezes, também as enfermeiras responsáveis de cada um dos serviços.”* (Médica Gestora Operacional 31, Fase 2)

Também no ‘interface’ entre a prática clínica e prática política-de gestão,

*“há administradores que estão a trabalhar muito bem com os diretores de serviço, aconselham-se mutuamente sobre o que é melhor clinicamente com menos custos”* (Médico Gestor Operacional 37, Fase 2).

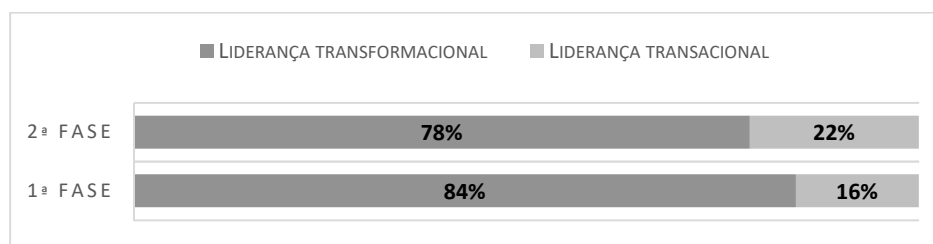
Uma ‘comunicação precisa’, isenta de erros, é condição sem a qual é impossível garantir a eficácia dos serviços prestados aos pacientes (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). Neste domínio *“às vezes existem conflitos que se tenta gerir e tenta-se que as pessoas cheguem a um acordo”* (Médica Gestora Operacional 5, Fase 1). No entanto, reconhece-se que

*“os problemas de cada serviço são muito específicos e é óbvio que alguns terão mais capacidade de expor os seus problemas do que outros”* (Médica Gestora Operacional 31, Fase 2).

## Liderança transformacional e transacional

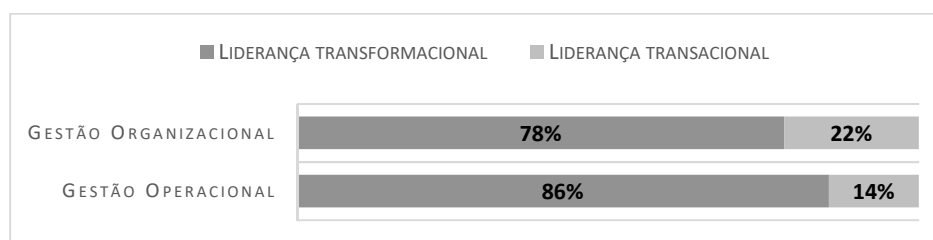
À semelhança do que se verificava na Fase 1 (i.e., 2010/2011, após reorganização interna), o estilo de liderança mais evidenciado nos discursos da Fase 2 (i.e., 2012/2013, após implementação da fusão) continua a ser o transformacional, conforme evidenciado na **Figura 58**, quer ao nível de gestão organizacional, quer operacional, comparação que se representa na **Figura 59** (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). São vários os discursos que permitem caracterizar os gestores com atributos de liderança transformacional (carisma, inspiração, estímulo intelectual e consideração individual). Um líder carismático (que proporciona visão e sentido de missão aos seguidores, instila orgulho, ganha respeito e confiança) (Bass, 1990) tem que *“criar um espírito de coesão das pessoas”* (Médico Gestor Operacional 24, Fase 2), *“construir uma identidade”* (Médico Gestor Operacional 35, Fase 2), *“contruir mentes e valores”* (Médico Gestor Organizacional 19, Fase 2).

Figura 58 – Liderança transformacional e transacional (1) (Fase 1 e Fase 2, em %)



Fonte: elaboração própria

Figura 59 – Liderança transformacional e transacional (2) (Acumulado Fase 2, por posição, em %)



Fonte: elaboração própria

O contexto em tempos de fusão é de desmotivação, pelo que um dos gestores refere que *“não tenho muitas maneiras de motivar, a minha preocupação é mais não desmotivar do que motivar”* (Médico Gestor Operacional 37, Fase 2). Uma das formas de *“não deixar acumular mais motivos de desencanto”* (Médico Gestor Operacional 37, Fase 2) é estabelecer uma boa

relação com os profissionais e ser inspirador (i.e., transmitir elevadas expectativas e padrões, usar símbolos para enfatizar esforços, expressar propósitos importantes de forma simples, otimista sobre o futuro) (Bass, 1990). Nesse sentido, encontramos discursos tais como:

“Eu sou um indivíduo que eles respeitam não apenas por ser diretor. Sou um camarada entre eles que, por acaso, assumiu estas funções. Acho que tenho essa boa relação.” (Médico Gestor Operacional 21, Fase 2)

“Primeiro, um diretor tem que ter a capacidade de unir a equipa e de a entusiasmar, mais que qualquer outra coisa. Se eu tiver a minha equipa motivada, conseguir interessá-los no trabalho e eles vierem bem-dispostos e se aqui se sentirem contentes, entusiasmados neste projeto, penso que é a função do diretor.” (Médico Gestor Operacional 21, Fase 2)

“Frequentemente lembro as pessoas que temos uma profissão única, que temos uma possibilidade de realização pessoal, que só não o aproveitamos se não quisermos. Temos sempre um campo de satisfação pessoal. Sentimo-nos úteis, ao dar alegria às pessoas que sofrem.” (Médico Gestor Organizacional 17, Fase 2)

O estímulo intelectual (i.e., desafiar com ideias novas e solicitar ideias dos seguidores) (Bass, 1990) é também um dos atributos desejáveis para a motivação dos profissionais uma vez que *“as pessoas gostam de ser ouvidas e de dar a sua opinião [pelo que é importante considerar a sua] inclusão na tomada de decisão”* (Médico Gestor Operacional 29, Fase 2). Mas, tal como refere um dos gestores, *“é preciso alimentar esse brio, é preciso ao menos uma ‘palmadinha nas costas’, tratar bem as pessoas”* (Médico Gestor Operacional 24, Fase 2) (Oliveira & Filipe, 2016, 2017):

“Há uma coisa que é fundamental: o estímulo. A estrutura deve ter os mecanismos para motivar as pessoas.” (Médico Gestor Operacional 27, Fase 2)

“Eu acho que é envolvendo as pessoas na decisão. O tempo das notas de serviço, dos papéis e do mandar fazer as coisas terminou; cada um aqui dentro é uma peça extremamente importante para que as coisas funcionem. E as pessoas têm que empenhar-se e serem incluídas na decisão, para que de alguma forma possam cumprir o seu trabalho e fazê-lo com o ‘chapéu de serviço,’ com a decisão pré-formada; portanto, de alguma forma estarem incluídas, não excluídas, do processo.” (Médico Gestor Operacional 26, Fase 2)

Nesse sentido, a consideração individual (i.e., mostrar interesse pelo desenvolvimento de cada seguidor, tratá-los de forma individual, aconselhar) (Bass, 1990) é também essencial: *“um diretor tem que ter a capacidade de [...] capitalizar as potencialidades de cada um deles [subordinados]”* (Médico Gestor Operacional 21, Fase 2), ter em atenção as diferenças entre os profissionais; deverá ainda ser procurada uma aproximação de interesses e fazer discriminação positiva (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). Os seguintes discursos são evidencia da importância

que os gestores atribuem à consideração das particularidades da situação profissional de cada um dos elementos das suas equipas:

“Discutimos os assuntos, temos empatia uns com os outros e existe uma certa proximidade e sinceridade. Tudo o que me pedem dentro das minhas responsabilidades, ajustamos.” (Médico Gestor Operacional 27, Fase 2)

“Considero a todos da mesma maneira, mas respeito as diferenças, [...] faz-se também discriminação positiva. Preocupo-me em estimular e premiar mesmo que seja só com palavras um êxito que for obtido. Dou-lhes flexibilidade de horários, desde que não coloque em causa o funcionamento dos serviços.” (Médico Gestor Organizacional 17, Fase 2)

“Eu converso com todas as pessoas aqui do serviço. O que quer dizer é que no meu gabinete entra desde o interno que tem um problema até à secretária que está a atender os doentes lá em baixo. Para mim são todos importantes, para mim são todos iguais.” (Médico Gestor Operacional 26, Fase 2)

“É preciso dinamizar as pessoas, mostrar-lhes como elas são importantes e ensinar-lhes ‘coisas’. Fundamentalmente ensinar-lhes, principalmente nas áreas em que o médico é mais conhecedor de determinadas técnicas porque sabe a explicação científica das coisas, dos quadros clínicos.” (Médico Gestor Operacional 24, Fase 2)

### **Modelo de gestão hospitalar**

Um dos aspetos essenciais para uma coordenação relacional efetiva (quer horizontal, quer vertical), é a identificação do modelo organizativo mais adequado e funcional para operacionalizar as estratégias definidas ao nível da equipa de gestão de topo, ou seja, e no nosso contexto, o ‘modelo de gestão hospitalar’ em que deve assentar a implementação da estratégia a nível operacional (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). A nível horizontal, os gestores defendem a existência de equipas multidisciplinares e que estas funcionem no contexto de unidades funcionais; referem a departamentarização dos utentes e a sua assistência por diferentes âmbitos de atuação profissional (Oliveira & Filipe, 2015b), conforme resume o discurso de um gestor de nível organizacional:

“Cada vez mais os hospitais deviam funcionar em função de unidades funcionais, estruturas que são agregadas [...] e que são multidisciplinares [...] com profissionais que respondessem eficazmente aos doentes e com pessoas dedicadas. Os doentes devem ser incluídos dentro de departamentos, e os departamentos têm uma figura, que é o responsável. Depois tem 7, 8 responsáveis por diversas áreas, que têm as suas equipas e o diretor de departamento é o gestor, que até pode estar incluído numa dessas equipas. Ele é o diretor do departamento, ele é que tem que gerir os orçamentos, tem que gerir as pessoas, tem que gerir as coisas, tem que gerir tudo. Mas depois tem equipas que fazem e que são responsáveis pelo que fazem dentro do departamento.” (Médico Gestor Organizacional 22, Fase 2)

Tendo em consideração que na gestão hospitalar terão que ser articuladas prioridades económicas e prioridades clínicas e diferentes níveis de gestão (*senior, middle e junior*),

procurámos compreender de que forma deve ser articulada a ação de diferentes níveis de gestão (coordenação vertical). Em concreto, procurou-se conhecer as perceções dos gestores sobre quem devem ser, prioritariamente, os gestores de topo, os gestores intermédios e os gestores de primeira-linha e qual a relação que deve ser estabelecida entre eles ('interface cognitivo').

### **(1) Quem devem ser os gestores de *primeira-linha***

As opiniões são concordantes no sentido de dever ser um médico com formação em gestão a gerir a direção de serviço. Defende-se o modelo de gestão já existente, ou seja, que seja gerida por um profissional de saúde, não necessariamente um médico (Oliveira & Filipe, 2015b). Admite-se, no entanto, que a gestão também poderia ser exercida por um enfermeiro, "*o importante é que tenha conhecimentos e a experiência na área clínica*" (Médico Gestor Organizacional 18, Fase 2). Apenas um dos gestores admitiu que a gestão das direções de serviço pudesse ser feita por um profissional não-clínico. O modelo que mais merece concordância, é um modelo de 'gestão híbrida' (Oliveira & Filipe, 2015b). Os discursos que se seguem são evidência disso:

"Devem ser pessoas que têm o conhecimento da área clínica. Que tenha os conhecimentos e que viveu a sua vida clínica durante anos." (Médico Gestor Organizacional 18, Fase 2)

"Em princípio tem que ser uma pessoa ligada à parte médica e ao serviço, para saber os problemas que existem, para os poder resolver." (Médica Gestora Operacional 33, Fase 2)

"Para gerir esses serviços, acho que as pessoas deviam ter a formação em gestão ou administração. A questão da liderança é muito importante." (Médica Gestora Operacional 31, Fase 2)

"Acho que tem que ser um médico, médico e não qualquer um, tem que ter alguma experiência, conhecer a realidade, o funcionamento do dia-a-dia. Pode ser um enfermeiro ou pode ser um gestor." (Médico Gestor Operacional 30, Fase 2)

"Em relação a diretores de serviço, nem hesito, tem que ser um médico, naturalmente, um médico ou um profissional de saúde, também pode ser um enfermeiro ou um profissional de saúde. O que acontece é que são os médicos." (Médico Gestor Operacional 34, Fase 2)

### **(2) Quem devem ser os gestores *intermédios***

O Centro Hospitalar tem na sua estrutura organizacional níveis intermédios de gestão que agrupam vários serviços e unidades funcionais autónomas, segundo critérios de homogeneidade ou afinidade funcional; são estruturas destinadas a melhorar a conceptualização, o planeamento, a gestão e o controlo das atividades e objetivos das partes que as integram, na procura de maior eficiência através da utilização e partilha dos recursos disponíveis; dada a natureza e afinidade dos serviços que fazem parte de cada unidade de



gestão, é possível encadear e uniformizar procedimentos, fazer a ligação entre os serviços e fazer com que os próprios profissionais, estando em serviços diferentes, percebam que há interligação (Oliveira & Filipe, 2015b). Na generalidade, os médicos entrevistados concordam que a ‘gestão intermédia’ não tem que ser feita por profissionais de saúde, podendo ser por um profissional com formação na área da gestão, de base ou adquirida especificamente para a função. Ressalva-se, no entanto, que os conhecimentos na área da saúde são importantes, uma vez que a “*questão clínica está sempre subjacente nas decisões a tomar*” (Médico Gestor Organizacional 19, Fase 2) (Oliveira & Filipe, 2015b):

“O diretor da área de gestão integrada faz a gestão intermédia. Para poder descentralizar a gestão criou-se essa área. Colocar os órgãos de gestão mais próximos das pessoas a quem se destina.” (Médico Gestor Organizacional 19, Fase 2)

“Este tipo de gestão nos grandes hospitais tem como vantagem o seguinte: arranjar alguém que operacionalize as decisões do conselho de administração. Interlocutores a quem devem ser pedidas responsabilidades, permite operacionalizar e monitorizar a aplicação de determinadas decisões do conselho de administração.” (Médico Gestor Organizacional 19, Fase 2)

“É cada vez mais imperioso ter a consciência que tem que existir estes níveis intermediários de gestão, porque eles são os provedores dos serviços.” (Médico Gestor Organizacional 20, Fase 2)

“O que eu propunha era que os serviços funcionassem como centros de responsabilidade intermédia ou como alguma estrutura paralela, em que a atividade de todos os profissionais pudesse ser gerida por uma pessoa, por uma estrutura em pirâmide, que pudesse coordenar toda essa atividade do serviço.” (Médico Gestor Operacional 23, Fase 2)

### **(3) Quem devem ser os gestores de topo**

Dada a natureza estratégica das funções exercidas pela equipa de gestão de topo, os gestores entrevistados são da opinião de que o conselho de administração deveria ser composto por profissionais com conhecimentos e experiência de gestão, uma vez que se trata de “*lidar com números, lidar com dinheiros, lidar com negócios*” (Médico Gestor Operacional 34, Fase 2); no entanto, defendem que a equipa deve incluir pelo menos um profissional de saúde “*para fazer a ponte com os médicos*” (Oliveira & Filipe, 2015b), conforme descrito nos seguintes discursos:

“Ao nível do conselho de administração as coisas são diferentes; é diferente porque é lidar com números, lidar com dinheiros, lidar com negócios. Eu acho que aí devia ser uma pessoa com uma formação própria para essa função, mas mantendo o coletivo.” (Médico Gestor Operacional 34, Fase 2)

“O conselho de administração acho que devia ser gerido por uma equipa de gestores que incluísse pelo menos um profissional de saúde, para fazer a ponte com os médicos.” (Médico Gestor Operacional 36, Fase 2)

“Depois aos outros níveis, eu penso que no patamar máximo também deve existir um médico. Não quer dizer que tenha que ser o presidente desse nível, poderá não ser, mas acho que deve estar presente e deve ser alguém que tenha uma formação médica que dê uma abrangência geral do que é o hospital. E esse médico devia ser assessorado por aquilo que posso chamar um conselho médico, onde tivessem assento os diretores de serviço e, eventualmente, outros responsáveis com quem pudesse discutir a política de saúde do hospital, quais são os objetivos do hospital, quais os caminhos a trilhar e quais são as dificuldades que precisam de ultrapassar.” (Médico Gestor Operacional 30, Fase 2)

#### **(4) Interface cognitivo entre níveis de gestão**

Sobre a relação que deve ser estabelecida nos pontos de contacto entre os diferentes níveis de gestão, deve existir uma gestão de ‘maior proximidade’, em que os interlocutores estariam junto do conselho de administração, havendo delegação de competências para o nível intermédio (Oliveira & Filipe, 2015b):

“Eu acho que deve haver vários níveis na gestão. A gestão do serviço clínico acho que tem que ser médico. Seria bom se adquirisse competências também em gestão e que lhe fossem facultados também os meios e o acesso a essa formação em devido tempo, idealmente coadjuvado por alguém da área da gestão que pudesse assessorar.” (Médico Gestor Operacional 30, Fase 2)

“Eu acho que o corpo médico, na figura do diretor clínico, deve ser um órgão consultivo. A equipa de enfermagem, como hierarquia da equipa dos enfermeiros deve ser um órgão consultivo e deve haver uma área de decisão, completamente independente dos órgãos técnicos, completamente conhecedora da situação e que depois de os ouvir, decide. E os enfermeiros, como corpo organizado, e os médicos, como corpo organizado, não têm que estar nessa função, como médicos, no conselho de administração. A direção clínica e a direção de enfermagem devem ser órgãos consultivos do conselho de administração.” (Médico Gestor Operacional 26, Fase 2)

“Eu acho que os gestores devem gerir. Só que estamos a falar de doentes e de medicina. É impossível um gestor lidar com doentes e com listas de espera e com patologias médicas da mesma maneira que dirige uma fábrica de plásticos. Tem que haver diferenças e essas diferenças têm que ser trazidas pelo *know-how* dos profissionais que estão no terreno, não há outra possibilidade. Uma das maneiras que eu via era cada diretor ter um administrador do seu serviço, um administrador.” (Médico Gestor Operacional 21, Fase 2)

### **RESULTADOS DA FASE 3 (2014/2015) – ACOMODAÇÃO DA FUSÃO**

As entrevistas da Fase 3 (i.e., 2014/2015, acomodação da fusão) foram realizadas no sentido de identificar eventuais mudanças nas perceções dos gestores, sobre os fatores envolvidos nos processos de gestão do desempenho humano. Nesse sentido, foi uma fase confirmatória que permitiu verificar e dar maior consistência a alguns dos resultados obtidos na Fase 1 (i.e., 2010/2011, após reorganização interna) e na Fase 2 (i.e., 2012/2013, após implementação da fusão), nomeadamente, a importância atribuída à eficiência económica e à eficiência social

enquanto indicadores do desempenho humano e os fatores de atração e retenção dos RH que facilitam a relação de emprego e a gestão efetiva do contrato psicológico. Esta análise permitiu ainda melhor compreender o papel da liderança transformacional no aumento da qualidade da relação de troca líder-membro (LMX) e dos processos de coordenação relacional que potenciam um maior nível de bem-estar psicológico dos profissionais. As opiniões, crenças e percepções dos gestores de nível organizacional foram importantes para concluir sobre a forma como o ‘interface cognitivo’ entre diferentes níveis de gestão poderá ser melhor gerido e qual o modelo de gestão hospitalar que potencialmente permitiria uma reconciliação mais efetiva entre as lógicas institucionais, organizacionais e operacionais.

### **Excelente desempenho humano**

Com as entrevistas da Fase 3 (i.e., 2014/2015, acomodação da fusão) foi possível concluir que os gestores continuam a considerar o desempenho humano como um conceito multidimensional e, quer a *performance* e produtividade (eficiência económica), quer o bem-estar psicológico dos profissionais (eficiência social) são importantes (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). No entanto, a referência aos indicadores de desempenho relacionados com a eficiência social continua a dominar os discursos: “*disponibilidade para o serviço e a entrega ao trabalho, a dedicação*” (Gestor Organizacional 42, Fase 3). Apesar de também ter sido considerado importante a avaliação do desempenho “*em relação aos objetivos que estão definidos*” (Gestor Organizacional 42, Fase 3), poucas foram as referências a indicadores relacionados com a eficiência económica, com destaque apenas para a ‘competência técnica’ e a ‘pontualidade e assiduidade’. Nos seguintes discursos descreve-se o que se entende por ‘excelente desempenho’:

“Excelente desempenho, para mim, tem que ser avaliado em diversas vertentes, quer em relação aos objetivos que estão definidos, quer em relação à forma como cada pessoa se comporta nos mais diversos âmbitos. O que valorizo mais nos profissionais é a disponibilidade para o serviço e a entrega ao trabalho, a dedicação, a competência técnica.” (Gestor Organizacional 42, Fase 3)

“Disponibilidade para ficar a trabalhar até mais tarde, realizar o trabalho logo que ele surja e não deixar para mais tarde, não acumular trabalho, fazer o que tem que fazer na altura certa, cuidado a fazer o trabalho, cumprimento de prazos.” (Gestora Organizacional 44, Fase 3)

Gerir o desempenho dos profissionais e das suas equipas, conseguindo um equilíbrio satisfatório e efetivo daquelas duas dimensões de desempenho continua a ser um dos principais desafios com que os gestores se deparam, admitindo-se ser preciso ‘fazer uma

ginástica' para motivar a equipa e alcançar os objetivos organizacionais definidos (Oliveira & Filipe, 2016, 2017):

“O que tem que ser reconhecido em termos de carreira é a nossa *performance*, com certeza que se nós estivermos felizes, a nossa *performance* é muito melhor. Tratamos os doentes muito melhor do que se estivermos completamente exaustos.” (Médica Gestora Operacional 47, Fase 3)

“O que se pede é que enquanto aqui estão nas horas de trabalho, naturalmente com a possibilidade de ir tomar o café ou beber a água, procurar que quando aqui estão estarem empenhados naquilo que estão a fazer.” (Médico Gestor Operacional 50, Fase 3)

### **Atração e retenção de RH**

Os principais fatores de atração e retenção referidos (incentivos do empregador) foram a ‘compensação financeira’, a ‘segurança no emprego’ na forma de estabilidade económica e o “*orgulho de trabalhar numa instituição que tem este prestígio*” (Gestora Organizacional 43, Fase 3) (Oliveira & Filipe, 2016, 2017), conforme se conclui pelos discursos seguintes:

“Eu penso que até hoje era o facto de passarem à função pública e depois é um ordenado que as pessoas têm certo [...] eu penso que o que prende mesmo as pessoas aqui é a estabilidade económica. O ambiente de trabalho é muito importante para as pessoas estarem motivadas.” (Gestora Organizacional 44, Fase 3)

“Com 5.000 funcionários neste hospital deve haver de tudo: quem só pense no rendimento ao final do mês, quem nem sequer lhe passe pela cabeça o rendimento ao final do mês dado o gozo que lhe dá trabalhar aqui. Agora o que eu também admito é que é mais ou menos transversal o orgulho de trabalhar numa instituição que tem este prestígio.” (Gestora Organizacional 43, Fase 3)

Existem ainda fatores de auto-motivação que facilitam a retenção dos profissionais, tais com o “*estilo de vida e a qualidade de vida*” (Médica Gestora Operacional 47, Fase 3) que a função permite, pelo ‘reconhecimento profissional’ e a “*felicidade de [se sentirem] úteis porque melhoram a vida de alguém*” (Médico Gestor Operacional 50, Fase 3) (Oliveira & Filipe, 2016, 2017), tal como revelam os seguintes discursos:

“É o estilo de vida e a qualidade de vida, a relação com a profissão, a qualidade de vida e o retorno que isso nos dá. Eu só tenho aquela sensação de saber que fiz o melhor àquela pessoa e ela agradecer-me. Nem precisa de agradecer, eu sei que fiz o meu melhor, ela pode nem sequer saber, não me interessa, mas eu fico contente.” (Médica Gestora Operacional 47, Fase 3)

“Nós temos a felicidade de nos sentirmos úteis. É uma coisa que algumas outras profissões ou outras pessoas, não têm. Temos que dar algumas graças pelo facto daquilo que fazemos diariamente fazer sentido. Nós temos a noção de que tem utilidade porque melhorou a vida de alguém de alguma maneira. E ninguém precisa de agradecer nada.” (Médico Gestor Operacional 50, Fase 3)

## Gestão do contrato psicológico

A gestão do contrato psicológico envolve a consideração dos ‘contributos do empregado’ e dos ‘incentivos do empregador’. Concluímos que as expectativas dos profissionais ‘*não estão*’ a serem geridas; por alguns referido apenas como ‘boas intenções’ ou ‘boas ideias’, que não se conseguem pôr em prática devido a constrangimentos financeiros, na maioria dos casos (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). Quanto aos aspetos menos tangíveis do contrato psicológico, os gestores referiram-se, particularmente, aos incentivos relacionados com a ‘aprendizagem e desenvolvimento’, a ‘autonomia de equipas’ e o ‘envolvimento’ (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). Verifica-se sensibilidade para a satisfação das expectativas dos profissionais e reconhece-se a importância da qualidade da relação de troca que deverá existir entre a organização e o profissional, em particular entre líderes, enquanto agentes da organização, e os seguidores (i.e., a qualidade da LMX) (Oliveira & Filipe, 2016, 2017):

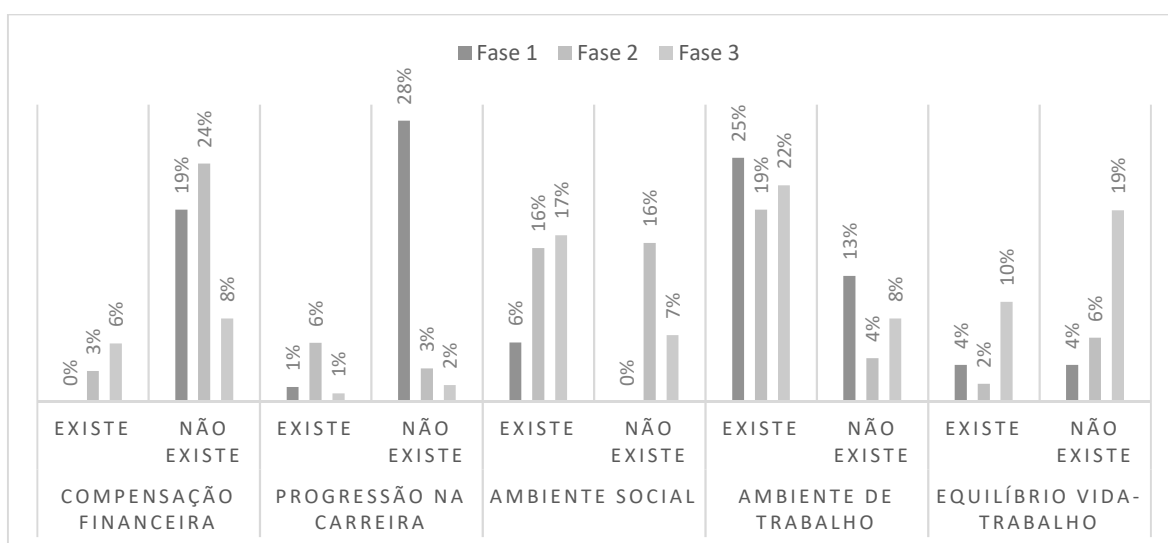
“Primeiro, ouço o que é que uns pensam, o que é que os outros pensam. Eu ouço muito as pessoas, falo com elas e depois tento convencê-las puxando para cima o ‘de bom’ que elas têm, tento motivá-las por aquilo que elas fazem e dando-lhes conta que, de facto, eles estão a fazer um trabalho que é precioso para aquele lugar. Eu acho que as pessoas têm que se sentir uma mais-valia naquilo que fazem.” (Gestora Organizacional 44, Fase 3)

“Quando as pessoas precisam eu estou cá para as ajudar, quando o serviço precisa e eu preciso para ajudar o serviço, elas também estão; por isso é que eu digo, isto é um negócio, elas dão e eu dou.” (Gestor Organizacional 42, Fase 3)

“Mais vale ter as pessoas satisfeitas no local de trabalho do que estar a impor alguma coisa e a pessoa depois em termos de eficiência não render porque está contrariada e não gosta do que está a fazer.” (Gestora Organizacional 44, Fase 3)

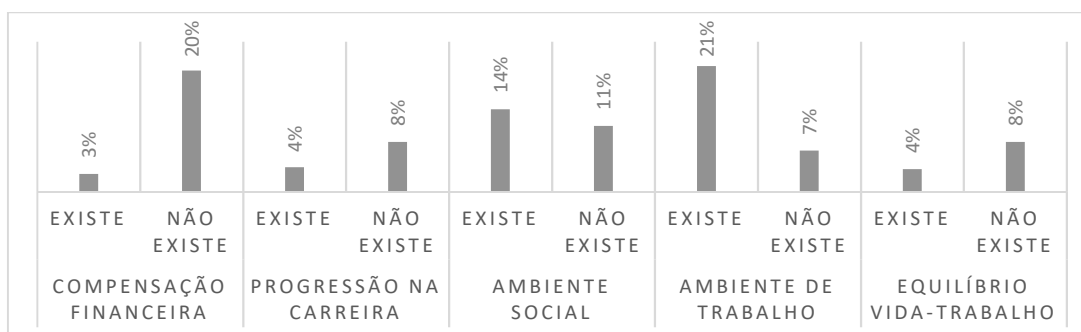
Comparando as diferentes fases, tal como representado na **Figura 60**, a ‘não existência’ de ‘compensação financeira’ não é tão evidenciada pelos gestores (8% na Fase 3, 24% na Fase 2 e 19% na Fase 1); o mesmo não se pode dizer relativamente à perceção de ‘não existência’ de ‘equilíbrio vida-trabalho’ que assumiu maior relevância relativa nos discursos dos gestores na Fase 3 (19% na Fase 3, 6% na Fase 2 e 4% na Fase 1) (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). Tal como evidenciado na **Figura 61**, em termos acumulados, a perceção de ‘não existência’ assume maior relevância comparativamente à perceção de ‘existência’ nas subcategorias ‘compensação financeira’ (20% ‘não existe’ e apenas 3% ‘existe’), ‘progressão na carreira’ (8% ‘não existe’ e 4% ‘existe’) e ‘equilíbrio vida-trabalho’ (8% ‘não existe’ e 4% ‘existe’); no entanto, verifica-se que a perceção de existência é superior à perceção de ‘não existência’ nas subcategorias ‘ambiente de trabalho’ (21% ‘existe’ e 7% ‘não existe’) e ‘ambiente social’ (14% ‘existe’ e 11% ‘não existe’) (Oliveira & Filipe, 2016, 2017).

Figura 60 – Incentivos do empregador (1) (Fase 1, Fase 2 e Fase 3, em %)



Fonte: elaboração própria

Figura 61 – Incentivos do empregador (2) (Fase 3 Acumulado, em %)



Fonte: elaboração própria

Muitos profissionais sentem-se motivados e permanecem na organização pelo ‘simples gosto’ pelo trabalho e pelas oportunidades de desenvolvimento que este proporciona (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). São ainda estes fatores que mitigam, em parte, a desmotivação resultante da redução dos incentivos de natureza financeira e a ‘não’ progressão na carreira. Nos discursos denotam-se atitudes mais positivas, as pessoas *“trabalham com gosto, vêm com gosto, estão bem”* (Gestora Organizacional 44, Fase 3), *“o relacionamento entre os profissionais está num ambiente completamente relaxado, aumentaram a produção, estão a querer fazer coisas novas e pode-se dizer que não há conflitos”* (Médico Gestor Organizacional 40, Fase 3) (Oliveira & Filipe, 2016, 2017), tal como evidenciado em vários discursos:

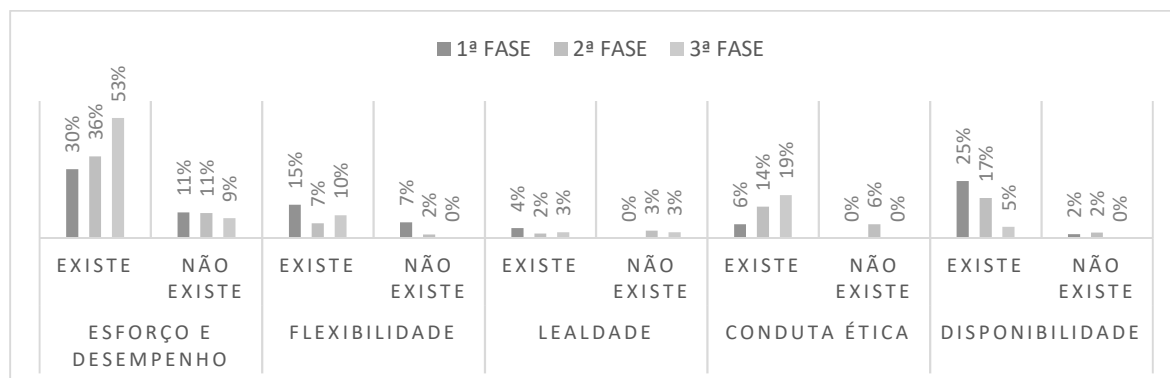
“Nós sentimos a pressão. Sentimos a pressão por todo lado. A começar pelos vencimentos. Mas, curiosamente, não se refletiu no ambiente de trabalho. As pessoas continuam a ter o

mesmo tipo de desempenho. De um modo geral, continuam a ter o mesmo desempenho.” (Médico Gestor Operacional 49, Fase 3)

“As pessoas estão aqui motivadas pela sua profissão, pela sua dedicação. Não é por causa do que ganham ou deixam de ganhar. As pessoas motivam-se porque há um problema que têm gosto de resolver. A pessoa tem determinados princípios e esses princípios motivam-no para se organizar a ele próprio e a ser resiliente, para não se deixar esmorecer. E as pessoas são resilientes e conseguem o mesmo nível de desempenho. Procuram otimizar sempre o seu desempenho.” (Médico Gestor Operacional 49, Fase 3)

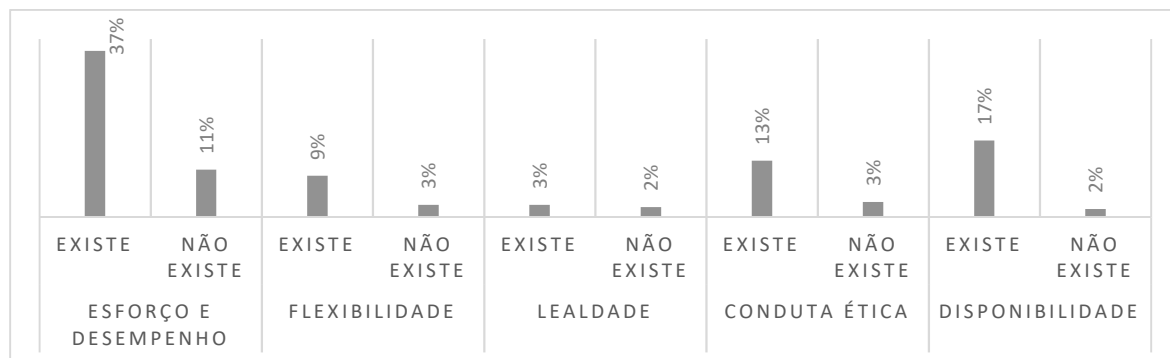
A **Figura 62** coloca em evidência a percepção de ‘existência’, crescente ao longo do tempo, de ‘esforço e desempenho’ (30% na Fase 1, 36% na Fase 2, 53% na Fase 3) e ‘conduta ética’ (6% na Fase 1, 14% na Fase 2, 19% na Fase 3); verifica-se, no entanto, percepção de ‘existência’ de ‘disponibilidade’ decrescente (25% na Fase 1, 17% na Fase 2 e 5% na Fase 3). Em termos acumulados, conforme evidenciado na **Figura 63**, relativamente a todas as subcategorias de ‘contributos do empregado’, a percepção de ‘existência’ é superior à percepção de ‘não existência’

Figura 62 – Contributos do empregado (1) (Fase 1, Fase 2 e Fase 3, em %)



Fonte: elaboração própria

Figura 63 – Contributos do empregado (2) (Fase 3 Acumulado, em %)



Fonte: elaboração própria

## Coordenação relacional

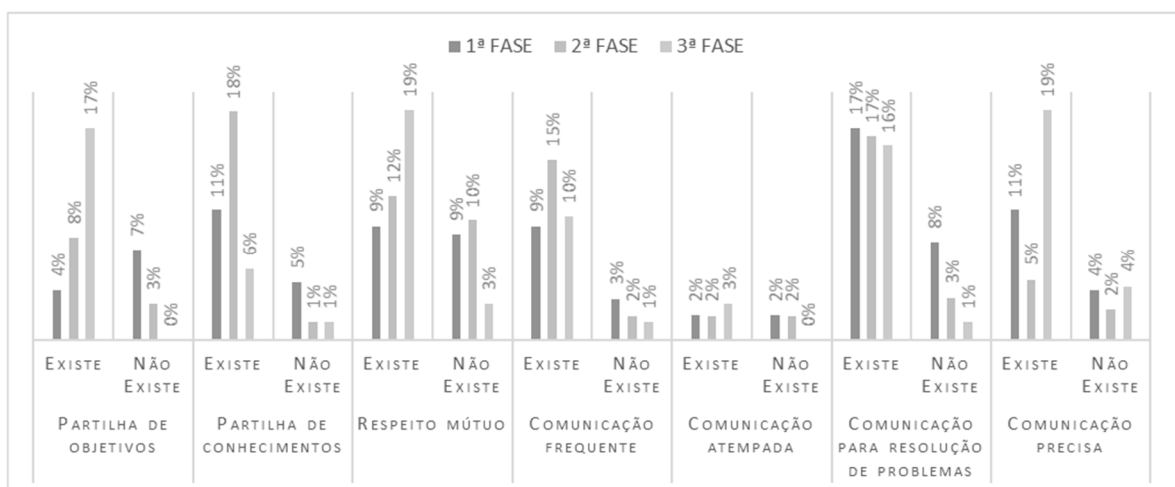
A existência de coordenação relacional entre diferentes profissionais, equipas, serviços, unidades e departamentos continua a ser evidenciada no discurso dos gestores, particularmente quando se trata da relação entre médicos e enfermeiros. O trabalho é realizado em “*cooperação entre médicos, enfermeiros e auxiliares*” (Gestora Organizacional 41, Fase 3) (Oliveira & Filipe, 2016, 2017), tal como evidenciado pelos seguintes gestores:

“Não tem cabimento nenhum haver uma equipa de enfermagem e uma equipa de médicos a trabalhar em paralelo. Têm que trabalhar em conjunto.” (Médico Gestor Operacional 49, Fase 3)

“Conversamos numa reunião de serviços para discutirmos os casos. Os casos são discutidos entre nós com alguma facilidade e somos relativamente próximos uns dos outros aqui no serviço.” (Médico Gestor Operacional 50, Fase 3)

A **Figura 64** evidencia a perceção de ‘existência’ e ‘não existência’ das subcategorias de ‘coordenação relacional’ para cada uma das fases de entrevistas. Verifica-se que a perceção de ‘existência’ é crescente ao longo do tempo para ‘partilha de objetivos’ (4% do total de referências a atributos de coordenação relacional, na Fase1, 8% na Fase 2 e 17% na Fase 3), ‘respeito mútuo’ (9% na Fase 1, 12% na Fase 2, 19% na Fase 3) e ‘comunicação precisa’ (11% na Fase 1, 5% na Fase 2, 19% na Fase 3). Apesar da perceção de ‘existência’, em algumas subcategorias, ser decrescente ao longo do tempo (p.e., ‘partilha de conhecimentos’, ‘comunicação frequente’ e ‘comunicação para a resolução de problemas’), a perceção de ‘não existência’ também decresce para os mesmos atributos.

Figura 64 – Coordenação relacional (1) (Fase 1, Fase 2 e Fase 3, em %)



Fonte: elaboração própria



Considerando todo o período do estudo, após reorganização interna (i.e., 2010/2011), após implementação da fusão (i.e., 2012/2013) e durante a acomodação da fusão (i.e., 2014/2015), e tal como evidenciado na **Figura 65**, a ‘comunicação para a resolução de problemas’ e a ‘partilha de conhecimentos’ são as vertentes mais referenciadas nos discursos dos gestores (17% e 14%, respetivamente, das referências a atributos de coordenação relacional), seguidas (com relevância igual de 12%), da ‘comunicação frequente’ e do ‘respeito mútuo’ (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). Pela análise da **Figura 66** verifica-se que, quer para os gestores de nível operacional, quer para os gestores de nível organizacional, a maior perceção de ‘existência’ atribui-se à ‘comunicação para a resolução de problemas’, ‘partilha de conhecimentos’, ‘respeito mútuo’ e ‘comunicação frequente’, com peso inferior para ‘comunicação atempada’ e ‘comunicação precisa’.

Figura 65 – Coordenação relacional (2) (Acumulado Fase 3, em %)



Fonte: elaboração própria

Figura 66 – Coordenação relacional (2) (Acumulado Fase 3, por posição, em %)



Fonte: elaboração própria

Podemos concluir que a coordenação relacional é desejada e considerada essencial (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). Além disso, constitui uma forma de “*gerir os conflitos*” (Médico Gestor Operacional 50, Fase 3), “*acompanhar os cuidados*” (Gestora Organizacional 44, Fase 3) dos doentes “*porque se trabalha num ambiente muito próximo, há muita cumplicidade*” (Médico Gestor Operacional 50, Fase 3) (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). Nesse sentido, deverá existir coordenação relacional para se encontrar a melhor resposta, não apenas em termos de gestão, mas especialmente, em termos de assistência clínica (Oliveira & Filipe, 2016, 2017), sendo reconhecido que:

“Eu falo com os colegas, estudo de casos clínicos. Percebo das competências das outras pessoas. E sei o que é decidido. Quem é que está bem informado. Quem é que me ensina algumas coisas também. Porque isto, no fundo, passa por compreendermos as necessidades uns dos outros. Então, nisso aqui em que há muitas variáveis, há sempre alguém que tem uma ideia ou qualquer coisa que o outro não leu. Pode ser um dado que vai decidir tudo de outra maneira.” (Médico Gestor Operacional 49, Fase 3)

“Ir ajustando as coisas até conseguir equilíbrios. Eu quando fiz a junção [fusão], tive a preocupação de mapear e perceber quais eram os interesses e de tentar ajustar as coisas. Evidentemente são compromissos até conseguir equilíbrios, não é o ideal, mas é o que é possível, conseguiram-se os equilíbrios possíveis.” (Médico Gestor Operacional 48, Fase 3)

“[Consigno gerir os conflitos] com a colaboração. Sempre que alguém me sinaliza alguma coisa eu tento aproveitar como uma ajuda, como uma oportunidade para melhorar. Se cada um dos funcionários deste serviço interiorizar isso também como uma oportunidade para melhorar eu não tenho dúvidas nenhuma de que conseguimos melhorar. Se houver este diálogo, esta conversa entre as pessoas, esta ajuda mútua, esses conflitos são ultrapassados.” (Gestor Organizacional 42, Fase 3)

“Eu sou da opinião que se deve falar o mais possível. Falar sobre tudo o que está a acontecer. Tudo o que tiver significado deve ser falado. Porque mesmo uma pessoa pode ser muito cuidadosa, mas se não lhes forem transmitidos dados, não podem resolver nada. A autonomia dos profissionais tem que ser considerada sempre. Quando um indivíduo é especialista, é responsável pelos próprios atos. Não devem atuar de maneira isolada porque as decisões colegiais são sempre, de um modo geral, mais acertadas. Porque também não é muita gente, são duas, três ou quatro pessoas, se falarem entre si, ajuda a resolver o problema.” (Médico Gestor Operacional 49, Fase 3)

### **Liderança transacional e transformacional**

À semelhança do que verificámos na Fase 1 (i.e., 2010/2011, após reorganização interna) e na Fase 2 (i.e., 2012/2013, após implementação da fusão), na Fase 3 (i.e., 2014/2015, acomodação da fusão) os gestores continuam a evidenciar estilos de liderança mais transformacionais – voltada para as relações (Oliveira & Filipe, 2016, 2017), tal como se depreende por discursos como “*sou um bocado confiante deles, consigo conversar com as pessoas sem grandes problemas*” (Gestor Organizacional 42, Fase 3) ou “*eu gosto de ouvir as pessoas, não sou muito de impôr a não ser que não tenha outra alternativa*” (Gestora Organizacional 44, Fase 3),

atitudes e comportamentos que se materializam em maiores níveis de bem-estar psicológico dos profissionais (i.e., eficiência social) (Oliveira & Filipe, 2016, 2017):

“Sempre que alguém tem algum problema eu também sou um bocado confidente deles, consigo conversar com as pessoas sem grandes problemas. Há conflitos como em qualquer equipa, mas são pequenos conflitos. Também sou capaz de partilhar com a equipa quando tenho uma infelicidade ou quando tenho uma alegria e eles fazem isso também.” (Gestora Organizacional 41, Fase 3)

“Por regra, aqui no serviço, se houver alguma situação excecional da vida particular que traga alguma dificuldade de cumprimento do horário naquele dia em particular, também não é meu costume inviabilizar essas situações.” (Gestor Organizacional 42, Fase 3)

No entanto, tal como evidenciado na **Figura 67**, os gestores evidenciam, também, traços de liderança transacional (i.e., voltada para as tarefas), importância relativa crescente ao longo do tempo (16% na Fase 1, 22% na Fase 2, 39% na Fase 3). Ou seja, na Fase 3, apesar de o estilo de liderança transformacional continuar a ser mais evidente no discurso dos gestores, verifica-se que os atributos de liderança transacional estão agora mais presentes. Esta tendência pode derivar de uma maior sensibilidade para o cumprimento de objetivos de eficiência económica, particularmente no que respeita à racionalização de recursos (Oliveira & Filipe, 2016, 2017), conforme se evidencia pelos discursos seguintes:

“Olhem para o material que gastam, eu sempre olhei. Não gosto de poupar, mas gosto de racionalizar. É preciso, usa-se; o doente fica melhor com isto, põe-se. Eu gosto que tenhamos tudo o que é necessário para os cuidados, mas não há que estragar. Zelem pelo serviço como zelam a vossa casa. Agora que falte isto ou aquilo para os doentes porque é mais caro ou mais barato, eu não quero. Agora o que podermos poupar, poupamos.” (Gestora Organizacional 41, Fase 3)

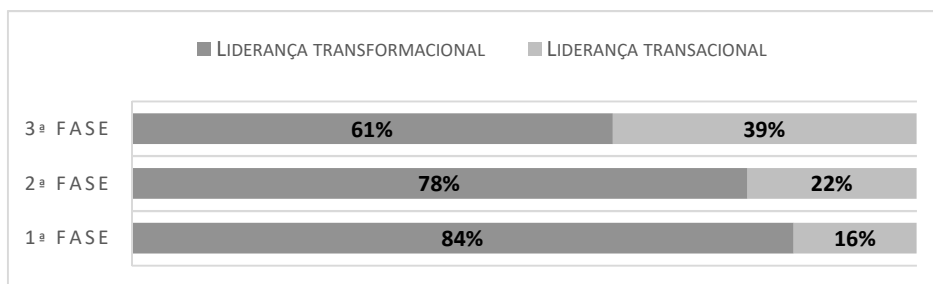
“Eu acho que as pessoas têm que sentir que de alguma forma estão a trabalhar para o mesmo. Cada vez mais eu penso que as pessoas não podem vir trabalhar para cumprir um horário de trabalho. Há que estimular as pessoas a trabalharem para o todo, para o coletivo, para a instituição; porque se houver esse espírito eu acho que as coisas andam de outra forma, andam mais fluidamente, as coisas correm melhor, não é cada um a puxar para si, mas cada um a puxar para o todo, para o mesmo.” (Gestora Organizacional 44, Fase 3)

“Obviamente que não têm que ter a noção de que não são insubstituíveis, mas dar-lhes a ideia que, de facto, o que estão a fazer está bem feito, também corrigir aquilo que fica mal feito, mas corrigir de uma forma construtiva, não destrutiva, ou seja, incentivá-los a fazer melhor porque eles são capazes, eu penso que isso será talvez transversal ao hospital, pelo menos é essa a ideia que eu tenho, com os colegas com quem eu falo, a nível de administradores.” (Gestora Organizacional 44, Fase 3)

No entanto, em termos acumulados, e tal como representado na **Figura 68**, verifica-se que em todas as categorias, predomina a atribuição ‘existe’, com destaque para a ‘inspiração’ (com 21%) e ‘estímulo intelectual’ (com 12%). Mas verifica-se igualmente que a atribuição ‘não existe’ assume particular expressão, também nessas duas categorias: 14% para ‘inspiração’ e

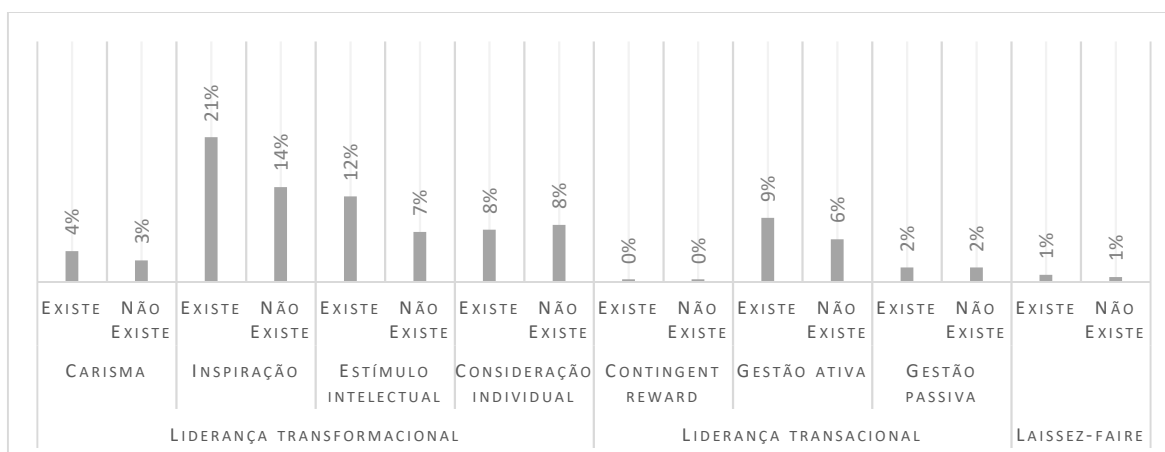
7% para 'estímulo intelectual'. A categoria 'consideração individual' assume a mesma relevância nas subcategorias 'existe' e 'não existe' (de 8%).

Figura 67 – Liderança transformacional e liderança transaccional (1) (Fases 1, 2 e 3, em %)



Fonte: elaboração própria

Figura 68 – Liderança transformacional e liderança transaccional (2) (Acumulado Fase 3, em %)



Fonte: elaboração própria

## Modelo de gestão

Quanto ao modelo de gestão, ao nível operacional, continua a ser defendido um modelo de 'gestão híbrida'. No que se refere aos níveis intermédio e de topo, reconfirma-se a perceção da necessidade de um modelo de gestão misto: a equipa de gestão de topo constituída por profissionais com competências e formação de gestão e profissionais com formação em medicina e/ou enfermagem (Oliveira & Filipe, 2015b). Quanto à dinâmica de gestão e interligação entre os diferentes níveis, o seguinte discurso traduz um dos modelos potencialmente promotores de uma gestão mais fluída e para uma coordenação relacional vertical efetiva (Oliveira & Filipe, 2016, 2017):

“Um hospital tem os seus patamares de gestão: começa num conselho, depois tem uma gestão intermédia, depois tem os serviços. A primeira coisa necessária é um conselho que tenha uma estratégia global, que tenha uma visão global e que defina os grandes princípios e os grandes objetivos e depois tem que ter a capacidade de ter uma gestão intermédia em quem confie e em quem responsabilize e para isso tem que lhe dar depois competências, tem que lhas transmitir e delegá-las, tem que dar a liberdade à gestão intermédia porque se está sempre a consultar e a pedir autorizações, o processo não anda. Mas isto implica um modelo em que haja confiança de cima para baixo, de outra maneira não é possível. E depois era preciso que numa estrutura tão complexa como são as unidades de saúde que têm vários grupos de profissionais, que alguém tenha a capacidade e a qualidade para poder articular estes grupos de profissionais dentro da mesma estrutura intermédia.” (Médico Gestor Organizacional 40, Fase 3)

Os gestores entrevistados apontam alguns fatores que dificultam a coordenação relacional vertical, entre os quais se destaca os ‘pontos de contacto’ entre as estruturas ‘macro’ e ‘micro’ (Oliveira & Filipe, 2016, 2017):

“Se eu quiser criar um modelo de organização, como estou dentro de uma estrutura maior e às vezes ao querer organizar a minha pequena estrutura, colido com a estrutura maior que está ao lado. Primeiro a questão de coordenação entre colegas é sempre um bocadinho subtil. Os médicos deveriam falar mais entre si. Eu não posso coordenar de uma maneira impositiva.” (Médico Gestor Organizacional 40, Fase 3)

Também a nível horizontal, para uma coordenação efetiva são necessários “*compromissos até conseguir equilíbrios*” (Médico Gestor Organizacional 40, Fase 3) e ‘comunicação contínua’. Após o processo de fusão, a coordenação relacional foi facilitada devido à estabilidade conseguida ao nível das equipas, tal como descreve um dos gestores de nível operacional (Oliveira & Filipe, 2016, 2017):

“Não houve mudanças significativas na relação das equipas. Não houve muitas alterações no aspeto relacional. O núcleo das equipas é mais ou menos constante. Pode haver, às vezes, alguns conflitos, mas o núcleo tem-se mantido. As pessoas continuam a aceitar o que se diz. Não tenho tido problemas disciplinares nenhuns.” (Médico Gestor Operacional 49, Fase 3)

## **SÍNTESE CONCLUSIVA**

Neste capítulo apresentámos os resultados obtidos em cada uma das três fases do estudo longitudinal realizado, dados recolhidos através de entrevistas individuais semi-estruturadas a gestores de unidades e serviços de uma complexa organização hospitalar universitária sujeita a profundas reestruturações nos últimos anos. Em 2009, foram implementadas mudanças com foco organizacional: reorganização interna de um hospital universitário de 42 unidades dispersas passou para 7 Áreas de Gestão Integrada (AGI) e 2 Centros de Responsabilidade

Integrados (CRI). Em 2011, ocorreram mudanças com foco institucional: criação do Centro Hospitalar Universitário, em resultado da fusão de três hospitais regionais; e mudanças de foco organizacional: de 7 AGI passou a 8 Unidades de Gestão Intermédia (UGI) e de 2, passou a 3 CRI. As entrevistas foram realizadas em 2010/2011 (i.e., Fase 1, após a reestruturação interna de 2009), em 2012/2013 (Fase 2, imediatamente após a implementação da fusão) e em 2014/2015 (Fase 3, relativa à acomodação da fusão). Tendo em consideração os propósitos deste trabalho, analisámos até que ponto a gestão do contrato psicológico e, conseqüentemente, a gestão das expectativas dos profissionais para o alcance de elevado bem-estar psicológico, quer hedónico (i.e., satisfação no trabalho), quer eudemónico (i.e., propósito de envolvimento, autonomia relativa e desenvolvimento pessoal), são a base para a eficiência social. Nesse sentido, explorámos e procurámos melhor compreender a dinâmica subjacente à liderança transacional e transformacional e à coordenação relacional para explicar a qualidade da relação da troca líder-membro (LMX).

Num contexto de austeridade, com grandes implicações sobre as lógicas de gestão do desempenho das organizações públicas hospitalares, os resultados apresentados neste capítulo dão consistência à necessidade de serem considerados processos efetivos de gestão do desempenho humano, sendo este um fator determinante para se atingirem os resultados da mudança, sem resistências. Além do mais, concluiu-se sobre a importância dos modelos relacionais, através de uma coordenação relacional efetiva, quer horizontal, quer vertical, quer para a gestão do desempenho humano, quer para a atração e retenção de profissionais, que vá de encontro às suas expectativas no âmbito da relação de emprego, (i.e., estado do contrato psicológico). Acresce ainda que a coordenação relacional é desejada e considerada determinante para estabelecer 'pontos de encontro', quer entre profissionais da mesma equipa de trabalho, unidade ou serviço, quer entre diferentes níveis de gestão (*senior, middle e junior*). São considerados, mais do que mecanismos de coordenação estrutural (i.e., formal e vertical), mecanismos de coordenação relacional horizontal, mais evidentes no domínio de prática clínica e de uma forma informal. Em termos de austeridade, apesar do reforço das políticas de gestão direcionadas para a eficiência económica ter exigido um redirecionamento da liderança para estilos mais transacionais, os atributos de liderança transformacional dominam os discursos dos gestores.

Os resultados do estudo de caso têm implicações quer para a coordenação relacional como para o conceito de contrato psicológico. Esse contrato pode ser colocado em causa se as

exigências de desempenho transacionais, em termos de eficiência económica, comprometerem o que os profissionais de saúde consideram ser importante em termos de eficiência social, no que se relaciona com a qualidade dos serviços prestados e os seus próprios valores profissionais, o que foi considerado o caso das exigências impostas pelas políticas da NGP em Portugal, num clima de austeridade, no período de 2010 a 2015.

No próximo capítulo, discutimos estes e outros resultados e evidenciamos as conclusões que derivam da sua análise, colocando em evidência que, particularmente em organizações complexas e em processos complexos de mudança, tal como as fusões, o papel do gestor das unidades e serviços é determinante para se conseguirem atingir os objetivos das mudanças. Enquanto líderes e agentes organizacionais, têm a capacidade de influenciar a qualidade das trocas estabelecidas com os membros das suas equipas (LMX) fazendo a 'ponte' entre as intenções e a realidade dos sistemas de incentivos oferecidos pela organização e sobre os contributos esperados dos empregados.

# CAPÍTULO V

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES

Neste capítulo, expomos as conclusões que derivam do estudo de caso, discutimos os resultados e apresentamos algumas reflexões, considerando os propósitos gerais e específicos de investigação, colocando em evidência: (1) a importância e efetividade da reconciliação da eficiência económica com a eficiência social; (2) os impactos das mudanças sobre o desempenho humano; (3) os desafios das barreiras intra-práticas e inter-práticas e as atribuições da mudança de lógicas e de práticas; (4) a gestão do contrato psicológico como prática de GRH efetiva; e (5) o papel da liderança e da coordenação relacional efetivas como facilitadores da gestão da mudança e do elevado desempenho humano. Posteriormente, fazemos referência aos principais contributos do estudo para a literatura de GRH no que se refere à gestão da mudança e da transição organizacional, com impacto para a qualidade das relações de emprego, através da liderança e da coordenação relacional. Concluimos com comentários às limitações do trabalho de investigação e sugerimos algumas pistas para investigação futura.

### 5.1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

#### **A importância da reconciliação da eficiência económica com a eficiência social**

Com a introdução dos princípios da Nova Gestão Pública (NGP) (Hood, 1991, 1995; Pollitt, 1995, 2004), as lógicas de gestão do desempenho das organizações públicas foram sujeitas a grandes e significativas restrições (Hughes, 2012). Assim, apesar da qualidade do serviço e a satisfação dos utentes continuarem a ser parte do objetivo de atuação central (DeNisi, 2000; DeNisi & Smith, 2014), foram colocados grandes constrangimentos ao nível da eficiência económica (Araújo, 2001; Oliveira, Holland, Costa, & Lira de Carvalho, 2014), exigindo-se maior rigor no controlo dos gastos e maior racionalização de recursos (O'Donnell, O'Brien, & Junor, 2011; Pollitt, 2004). A crise económico-financeira que, na última década, proliferou pela Europa e pelo resto do mundo (Giovannella & Stegmüller, 2014; Sarmiento, Fernandes, & Trevisan, 2015) e as políticas de austeridade a que ficaram sujeitas as economias de vários países europeus, desencadearam novos contextos geopolíticos e geoeconómicos que, por sua vez, se



manifestaram na imposição de políticas governamentais de contenção de custos e racionalização de recursos (Blyth, 2013; Karanikolos et al., 2013; Legido-Quigley et al., 2016). Em consequência das novas lógicas institucionais de gestão do desempenho, as lógicas para a gestão daquelas organizações foram reforçadas exigindo-se ainda maiores níveis de eficiência económica, salvaguardando, no entanto, a qualidade dos serviços e a satisfação dos utentes e sociedade (Buick et al., 2015; Oliveira et al., 2014; Osborne & Radnor, 2016).

No setor da saúde, e no que se refere aos hospitais públicos em particular, desde a introdução dos valores paradigmáticos da NGP, assistiu-se a profundas mudanças (Lopez-Casasnovas, Costa-Font, & Planas, 2005), das quais se destaca a empresarialização, primeiro transformados em Sociedades Anónimas (SA) e depois em Entidades Públicas Empresariais (EPE) (Decreto-Lei nº 95/2005, de 7 de junho). Mais recentemente, em resultado das políticas de austeridade, assistiu-se à criação de grandes centros hospitalares, pela fusão de várias unidades hospitalares (Decreto-Lei 30/2011, de 2 de março), com o objetivo de permitir uma maior rentabilidade e eficiência na prestação de cuidados de saúde à população e uma maior sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (Decreto-Lei 30/2011, de 2 de março; Denis & van Gestel, 2016). Estas mudanças implicaram a concentração de serviços e a implementação de medidas de reorganização hospitalar (Giovanella & Stegmüller, 2014). Por exemplo, no Centro Hospitalar em que realizámos o nosso estudo de caso, a fusão e concomitante extinção de três hospitais regionais (mudanças de foco institucional) conduziram a mudanças de foco organizacional: de 7 Áreas de Gestão Integrada passou a 8 Unidades de Gestão Intermédia e de 2 Centros de Responsabilidade Integrados, passou a 3.

Em resultado das lógicas institucionais e organizacionais mais restritivas, os gestores das organizações públicas hospitalares foram e são diariamente confrontados com a exigência de cada vez maiores níveis de eficiência económica, em termos de produtividade (Buick et al., 2015; Denis & van Gestel, 2016; Oliveira et al., 2014). Mais ainda, e dada a natureza social dos serviços prestados por estas organizações, é também exigido aos gestores o cumprimento de indicadores de eficiência social, nomeadamente os relacionados com a satisfação dos utentes e bem-estar psicológico dos profissionais (Oliveira, Holland, & Filipe, 2017; Oliveira et al., 2014; Pescud et al., 2015). Esta é uma preocupação evidenciada em vários trabalhos, particularmente realizados no contexto de gestão de serviços públicos (e.g., DeNisi, 2000; DeNisi & Smith, 2014; Haynes, 2015; Heinrich, 2012; van Dooren, Bouckaert, & Halligan, 2015), em que uma resposta social efetiva é exigida, não apenas pelos utentes, mas pela população em geral, o que torna

esta relação entre eficiência económica e eficiência social uma problemática de nível macroeconómico (Oliveira & Raposo, 2016; Oliveira et al., 2014).

As dificuldades de implementação da mudança no que à gestão do desempenho humano diz respeito resultam, muito em especial, da existência de diferentes lógicas (i.e., institucionais, organizacionais e operacionais) (Lok, 2010; Oliveira & Holland, 2007, 2013; Oliveira et al., 2014), cada uma com as suas prioridades e objetivos em termos de desempenho (Ehrenhalt, 2012; Fraser, Encinosa, & Glied, 2008). A lógica organizacional, definida pela equipa de gestão de topo, tendo que se ajustar à lógica institucional, contempla grandes constrangimentos ao nível da eficiência económica; a lógica operacional, por outro lado, apresenta aos seus gestores, na sua maioria profissionais de saúde, o desafio de conciliar a prática política-de gestão, em que as prioridades são a produtividade e a eficiência económica, com a prática clínica, em que as prioridades em termos de desempenho são a qualidade do serviço e a satisfação dos utentes (Kuipers et al., 2014; Oliveira et al., 2014).

Uma das questões que se coloca prende-se com o equilíbrio que deve existir entre estas diferentes lógicas, potencialmente paradoxais (Berman et al., 2010). A aplicação inflexível de sistemas baseados no alcance de resultados, quer às funções administrativas, quer às funções clínicas, incluindo as atividades de GRH, poderá resultar em resultados disfuncionais para os pacientes, bem como interferir negativamente com o bem-estar dos profissionais. Considerando as circunstâncias que envolvem a realização do nosso estudo, para que os serviços sejam mais eficientes de um ponto de vista económico, têm que ser colocados limites no aumento dos custos e reduzir os desperdícios (Fraser, Encinosa, & Glied, 2008; Walters, 2006). No entanto, para que a eficácia organizacional e a qualidade dos serviços prestados não sejam comprometidas, deverá ser colocada ênfase também na eficiência social (Oliveira et al., 2014), no sentido de se conseguir a satisfação dos utentes, que justificam a existência destas organizações, e a satisfação, motivação e envolvimento dos profissionais, que são o principal recurso organizacional, do qual depende a gestão de todos os restantes (Rayton & Yalabik, 2014; Schneider, 1991).

Outra das preocupações prende-se com o facto da lógica mais economicista de produtividade dos serviços prestados, imposta a nível macro (i.e., lógica institucional) e meso (i.e., lógica organizacional) (Oliveira, Holland, & Filipe, 2017), poder estar a comprometer o bem-estar psicológico dos profissionais, quer hedónico (i.e., satisfação), quer eudemónico (i.e., motivação) e o desempenho a nível operacional (e.g., Andrews & van de Walle, 2013; McCann,

Granter, Hassard, & Hyde, 2015; Oliveira et al., 2014) e, conseqüentemente, a satisfação dos utentes (e.g., Andersen & Kjeldsen, 2013; Hassan & Hatmaker, 2015; Quratulain & Khan, 2015). As abordagens mais progressistas da relação GRH e desempenho (Oliveira & Filipe, 2015a; Paauwe, Wright, & Guest, 2013) e, em particular, as que se referem à gestão do contrato psicológico (e.g., Cassar & Buttigieg, 2015; Conway, Kiefer, & Briner, 2013; Ruokolainen et al., 2016; Virgolino, Coelho, & Ribeiro, 2017; Wellin, 2016) defendem que é neste binómio que se tem que encontrar um equilíbrio.

As entrevistas exploratórias da Fase 1 (i.e., 2010/2011 – após reorganização interna) permitiram concluir que os médicos gestores consideram importante a mudança de lógicas encetada a nível institucional e a conseqüente introdução de indicadores de desempenho mais restritivos em termos de eficiência económica, racionalização de recursos e contenção de custos, concordando, no geral, que o sistema implementado “*poderia não estar a servir os mais elevados interesses da população*” (Oliveira & Filipe, 2013, 2015a). No entanto, atribuem importância aos indicadores de qualidade do serviço, satisfação dos utentes, bem como à satisfação e motivação dos profissionais, para que a eficácia do sistema não seja comprometida por insatisfações derivadas dos objetivos mais economicistas (Denis & van Gestel, 2016; Oliveira & Filipe, 2013, 2015a). Não deixam de ser sensíveis às prioridades de eficiência económica e produtividade dos serviços (Oliveira & Filipe, 2014a, 2014b, 2014c, 2015a; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013c), mas não ao custo do *stress* e *burnout* dos trabalhadores (Kilroy et al., 2016; Ravalier, McVicar, & Munn-Giddings, 2014). Concordam que também é preciso uma eficiência social que sirva de base à eficiência económica (Oliveira et al., 2014) e que as pessoas, quer profissionais, quer utentes, sintam que não são mais um ‘número dentro do sistema’ (Oliveira & Holland, 2007, 2012; Pescud et al., 2015). Ou seja, não importa apenas que “*sejam tratados o maior número de doentes*”; é fundamental que se proporcionem condições para providenciar “*serviços de qualidade*”, centrados no utente e que estes “*sejam bem tratados*” (Oliveira & Filipe, 2014a, 2014b, 2014c, 2015a; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013c), preocupação essa igualmente evidenciada em vários estudos e por vários autores (e.g., McDermott, Conway, Cafferkey, Bosak, & Flood, 2017; Oliveira & Raposo, 2016; Oliveira et al., 2014; Schmitt, 2010).

Na Fase 2 (i.e., 2012/2013 – após implementação da fusão) verificaram-se algumas mudanças na perceção sobre os potenciais benefícios das novas abordagens e lógicas de gestão do desempenho organizacional (Oliveira & Filipe, 2015a). A maior preocupação inicial com os

indicadores de eficiência económica começou a dar lugar a preocupações com a satisfação e a motivação dos profissionais, bem como com a satisfação dos utentes (Oliveira & Filipe, 2014a, 2014b, 2014c, 2015a, 2016). Este entendimento tornou-se ainda mais evidente nas entrevistas realizadas na Fase 3 (i.e., 2014/2015 – acomodação da fusão), admitindo-se que deve haver um equilíbrio entre produtividade, satisfação e motivação, visto que as *“pessoas não são todas iguais; a quantidade temos de medir, sem dúvida, mas não é só”* (Oliveira & Filipe, 2013, 2015a, 2016).

De acordo com McIntosh, Sheppy e Cohen (2014), a introdução da gestão mais *‘lean’* no SNS é um processo gradual e a *‘ilusão’* inicial com os seus princípios, poderá dar lugar a uma *‘desilusão’*. E, de facto, na fase que antecedeu as reestruturações, verificou-se um entusiasmo mais ou menos generalizado entre os gestores motivado pela *‘atração’* relativamente às intenções das novas lógicas e prioridades, apesar de alguns se terem mostrado pouco recetivos à mudança (Oliveira & Filipe, 2015a). No entanto, à medida que as mesmas foram colocadas em prática e efetivamente implementadas a nível operacional (Guest & Bos-Nehles, 2013), o entusiasmo começou a dar lugar a uma *‘desilusão’*, não com as intenções das lógicas, mas com a forma como as mesmas estariam a ser implementadas (Oliveira & Filipe, 2015a). Em especial ao nível da gestão de primeira-linha, médicos gestores como diretores de serviço, em que as preocupações com prioridades clínicas e de bem-estar dos trabalhadores e utentes estão mais próximas da realidade diária de gestão, verificou-se alguma relutância em aceitar a mudança (Oliveira & Filipe, 2015a) pelos grandes desafios de reconciliação e coordenação da função de gestão com a função clínica (Mahon & Young, 2006; McCann, Granter, Hassard, & Hyde, 2015; Oliveira, Raposo, Holland, & Lira de Carvalho, 2017). Esta dificuldade de aceitação e implementação dos pressupostos subjacentes à mudança a nível operacional, bem como das novas práticas que a mesma introduz, é referida na literatura (e.g., Al-Haddad & Kotnour, 2015; Cameron & Green, 2015; Huy, 2011; Raes, Heijltjes, Glunk, & Roe, 2011) e considerada crítica para se alcançarem os efeitos desejáveis da mudança. Apesar de não colocarem em causa a necessidade de serem satisfeitos os critérios de eficiência económica, os gestores demonstraram-se menos recetivos às suas implicações e o *‘encanto’* inicial com as intenções da mudança começou a dar lugar a um *‘desencanto’* motivado, em parte, pelo facto das políticas de gestão e das novas práticas implementadas poderem estar a colocar em causa a satisfação e motivação dos profissionais, com impacto no bem-estar psicológico (Oliveira & Filipe, 2014a, 2014b, 2014c, 2015a; Oliveira, Holland, & Filipe, 2017).

Nas organizações de serviços, onde predominam os ‘trabalhadores do conhecimento’, e em que o trabalho assenta mais nas relações (Wang, Oh, Courtright, & Colbert, 2011), a força de trabalho é um fator chave para atingir as mudanças desejadas (Dubois, Nolte, & Mckee, 2006). De acordo com Bridges (2003), quando a mudança ocorre sem que as pessoas passem pela transição, trata-se apenas de uma ‘reordenação de cadeiras’ e não é por terem sido efetuadas mudanças que as ‘coisas’ começam a ser feitas de forma diferente. Por conseguinte, devem estar completamente comprometidas com o processo de mudança, o que exige o envolvimento de todos os membros da organização (Poole, 2004; Poole & van de Ven, 2004). Daqui resulta que o sucesso de qualquer processo de mudança depende da sua implementação efetiva, não apenas no que aos aspetos mais pragmáticos e técnicos da mudança diz respeito (Cameron & Green, 2015; Myers, Hulks, & Wiggins, 2012), mas também aos aspetos mais filosóficos e psicológicos (Herold, Fedor, & Caldwell, 2007), nomeadamente os que se relacionam com as expectativas e emoções das pessoas envolvidas no processo (Anderson & Anderson, 2010; Helpap & Bekmeier-Feuerhahn, 2016; Paton & McCalman, 2008). “*As pessoas são imprevisíveis*” (Myers et al., 2012, p. 6) e esta imprevisibilidade acentua-se perante processos de transição organizacional (Bridges, 2003). Para que a mudança ocorra de forma efetiva, requer-se que a ênfase seja colocada no processo de mudança (Myers et al., 2012) e que se tenha em atenção aspetos tais como a comunicação, a participação e comprometimento das pessoas envolvidas (Senior & Swailes, 2010).

Na Fase 3 do estudo (i.e., 2014/2015 – acomodação da fusão) verifica-se uma maior aderência psicológica dos profissionais às novas lógicas e prioridades, o que revela o surgimento de um (novo) clima organizacional em que as expectativas relacionadas com a gestão da mudança e do desempenho estão já mais equilibradas (Oliveira & Filipe, 2015a), tal como evidenciado e proposto pelo modelo de transição organizacional de Bridges (2003). Concluimos assim que a institucionalização dos pressupostos e interesses das reestruturações a nível organizacional subtraiu importância à resistência (normal) que se verifica nos primeiros estádios da mudança (Doherty, Horne, & Wootton, 2014; Ford, Ford, & D'Amelio, 2008), para o que poderá ter contribuído uma maior internalização dos pressupostos da mudança e uma maior atenção ao comprometimento e envolvimento com propósito dos profissionais durante o processo de implementação das mudanças, bem como às suas emoções (Avey, Wernsing, & Luthans, 2008; Ewenstein, Smith, & Sologar, 2015; Liu & Perrewé, 2005; Steigenberger, 2015).

## Os impactos das mudanças sobre o desempenho humano

Há um reconhecimento generalizado na literatura (e.g., Hassan & Hatmaker, 2015; O'Donnell, O'Brien, & Junor, 2011; Osborne, Radnor, & Nasi, 2013) de que as mudanças impostas pelas reestruturações não têm vindo a beneficiar nem os profissionais, nem os utentes (Oliveira & Filipe, 2013c, 2015a). A orientação economicista e voltada para os doentes enquanto consumidores dentro do sistema, está a colocar em causa o bem-estar psicológico dos profissionais e o seu desempenho (e.g., Oliveira et al., 2014; Pescud et al., 2015; Ravalier, McVicar, & Munn-Giddings, 2014; Rod & Ashill, 2015), bem como a satisfação dos utentes (e.g., Andersen & Kjeldsen, 2013; Andrews & van de Walle, 2013; Oliveira et al., 2014), e, conseqüentemente, a prestação de um serviço de elevada qualidade e assente na sustentabilidade do SNS (Oliveira et al., 2014; Pescud et al., 2015; van Dooren, Bouckaert, & Halligan, 2015).

Na Fase 1 (i.e., 2010/2011), após reorganização interna e antes da implementação da mudança, a maioria dos discursos ficou marcado por referências à falta de motivação, à insatisfação, à falta de empenho, de comprometimento, de energia e de emoções positivas no trabalho [p.e., *“as pessoas estão esgotadas, fartas, cansadas, desmotivadas [e] não se sentem felizes, ganham mal, não se sentem minimamente acarinhados, quem trabalha mais é perfeitamente idêntico a quem trabalha menos”* (Médico Gestor Operacional 6, Fase 1), *“com uns horários muito pesados, com muitas horas extraordinárias”* (Médica Gestora Operacional 1, Fase 1), *“descontentes, porque não há equipamentos novos [e] porque não há progressão na carreira”* (Médica Gestora Operacional 5, Fase 1) e *“totalmente desmoralizados”* (Médico Gestor Operacional 6, Fase 1)] (Oliveira & Filipe, 2013; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a, 2013c).

Também na Fase 2 (i.e., 2012/2013), após implementação da fusão, se verificam descontentamentos, nomeadamente, *“a preocupação, a desmotivação e a apatia [...] o desconhecimento, a demora, a instabilidade e a insegurança”* (Médico Gestor Operacional 29, Fase 2) como fatores de resistência ao processo de implementação da fusão. Admitindo-se *“que a fusão pode ter os seus aspetos positivos”* (Médico Gestor Operacional 35, Fase 2), *“constata-[se] que as pessoas não estão preparadas [...] e os RH estão a ficar completamente desorientados. Desorientados eles, desorientados nós, por inerência”* refere uma médica gestora (Médica Gestora Operacional 33, Fase 2). No entanto, o discurso de outro gestor evidencia reações mais positivas: *“as pessoas [...] já passaram a sua fase má. Tudo o que era*

*mau até pode vir a ser bom. A integração com novas mentalidades, chegarem novas pessoas com outros pensamentos, [...] até pode ser bom”* (Médico Gestor Operacional 37, Fase 2).

Na Fase 3 (i.e., 2014/2015), relativa à acomodação da fusão, os gestores referem que a falta de incentivos de ordem financeira *“não desmotivou ninguém”* (Gestora Operacional 43, Fase 3) e *“as pessoas [de um modo geral] continuam a ter o mesmo tipo de desempenho”* (Médico Gestor Operacional 49, Fase 3). Outros discursos evidenciam que as pessoas *“trabalham com gosto, vêm com gosto, estão bem”* (Gestora Organizacional 44, Fase 3) e que *“o relacionamento entre os profissionais está num ambiente completamente relaxado, aumentaram a produção, estão a querer fazer coisas novas”* (Médico Gestor Organizacional 40, Fase 3). Verifica-se ainda que o sentido de propósito relativamente ao trabalho é também um fator determinante para a motivação das pessoas. Por exemplo, um dos gestores refere que *“as pessoas estão aqui motivadas pela sua profissão, pela sua dedicação; não é pelo que ganham ou deixam de ganhar”* (Médico Gestor Operacional 49, Fase 3). Outro dos gestores refere-se à *“felicidade de nos sentirmos úteis”* e ao *“facto daquilo que fazemos diariamente, fazer sentido”* (Médico Gestor Operacional 50, Fase 3).

Um dos médicos refere que os indicadores, *“até podemos não os pôr em causa”* (Médico Gestor Operacional 28, 2012); no entanto, como é que esses indicadores são modelados, de forma direta ou indireta, pelo bem-estar psicológico dos profissionais, foi uma questão que tentámos também compreender. Ou seja, de que forma podem os profissionais sentir-se bem, a desempenhar o seu papel e, ao mesmo tempo, se conseguirem ambientes de trabalho com maior consciencialização para a produtividade, sem comprometer a eficiência social (Oliveira & Filipe, 2013, 2014a, 2014b, 2014c, 2015a; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a). Esta é a discussão do modelo *Ability, Motivation, and Opportunity* (AMO) e da *Resource Based View* (RBV), bem como dos *High Performance Work Systems* (HPWS) e *High Involvement Work Systems* (HIWS). O modelo AMO sugere que as práticas de GRH podem influenciar o desempenho humano pela implicação que têm sobre a motivação, mas igualmente sobre as competências e a oportunidade das pessoas as colocarem em prática no trabalho (Becker et al., 1997; Boxall & Purcell, 2008; Peccei, van de Voorde, & van Veldhoven). A RBV defende que a GRH gera valor através do desenvolvimento de RH valiosos, raros, não imitáveis e não substituíveis (Barney, 1991; Barney & Wright, 1998), estando associada a uma visão da organização que foca especialmente o interior das organizações, os seus recursos e as suas competências, de forma a explicar o seu valor e desempenho (Hansen, Perry, & Reese, 2004).

A abordagem das 'melhores práticas' para o elevado desempenho (HPWS) coloca a ênfase na obtenção de um 'elevado desempenho' em termos de produtividade; no entanto, sem negligenciar os aspetos comportamentais (Huselid, 1995). Estas práticas são desenhadas com o objetivo de aumentar o desempenho individual e organizacional, melhorando os conhecimentos, as competências e as capacidades (abordagem KAS), as atitudes e a motivação dos empregados. No entanto, estas práticas, que incluem, por exemplo, incentivos financeiros em função do desempenho, salários elevados, oportunidades de desenvolvimento, promoções, evolução na carreira e segurança no emprego (Arthur, 1994; Guzzo & Noonan, 1994; Huselid, 1995; Pfeffer, 1998), tem sido considerada manifestamente insuficiente para despoletar o elevado desempenho humano, quer em termos de eficiência económica, quer de eficiência social (Oliveira et al., 2014) pelo que tem sido colocada cada vez maior ênfase em abordagens que potenciem também o 'elevado comprometimento' (HCWS) e o 'elevado envolvimento' (HIWS). Algumas das práticas relacionadas com estas perspetivas de GRH incluem, por exemplo: a participação na tomada de decisões, a autonomia, o trabalho em equipa, a partilha de informação e aprendizagem e as recompensas, o desenvolvimento de carreiras, a formação e a flexibilidade no trabalho (Boxall & Macky, 2009; Edwards & Wright, 2001; Guthrie, 2001; Guthrie, Spell, & Nyamori, 2002; Kilroy et al., 2016). De acordo com Walton (1985), a perspetiva do 'elevado comprometimento' inclui uma componente ideológica, pretendendo incluir a identificação do funcionário com os objetivos, os valores e a cultura da organização e, assim, induzir o comprometimento. A gestão de 'elevado envolvimento', por sua vez, tem sido vista em termos de sustentabilidade dos RH, definida por Gollan (2000, citado em Gollan, 2005) como a capacidade de as organizações criarem e regenerarem valor através da aplicação sustentada de políticas e práticas de GRH de carácter participativo.

Numa perspetiva abrangente, uma força de trabalho competente, que forneça a rapidez e flexibilidade necessárias às novas exigências do mercado (Armstrong & Taylor, 2014), com comportamentos direcionados para a procura de mais e melhores resultados (Ulrich, 2013), aumenta a importância estratégica dos RH e da sua gestão efetiva para o alcance de vantagens competitivas sustentáveis e desempenho (humano e organizacional) (Wagner III & Hollenbeck, 2014; Wright, Dunford, & Snell, 2001). No contexto de 'apertos' financeiros em que realizamos o nosso estudo de caso, tem havido uma procura constante por parte das organizações sobre a forma como devem gerir os seus RH para alcançar essas vantagens competitivas (Armstrong & Taylor, 2014; Becker & Huselid, 1998; Bratton & Gold, 2012). No entanto, a forma como uma



entidade recruta, seleciona, contrata, mantém, desenvolve, utiliza, gere, mede, avalia e comunica com os seus RH (Wright, Dunford, & Snell, 2001), só por si, não determina a obtenção e a manutenção das vantagens competitivas, nem de elevado desempenho humano e organizacional (Wright, Dunford, & Snell, 2001; Wright, McMahan, & McWilliams, 1994).

É reconhecido que para que as vantagens competitivas associadas aos RH sejam obtidas de forma efetiva e sustentável, as organizações terão que dispor de um sistema de GRH consistente e coerente, centrado na resolução de problemas operacionais e na implementação da estratégia da empresa (Becker & Huselid, 1998; Buller & McEvoy, 2012; Purcell, 2014). Ou seja, um sistema que facilite a gestão do desempenho humano e uma ligação efetiva entre os objetivos de desempenho organizacionais e os comportamentos e atitudes individuais (Jacobs, 1981; Spangenberg, 1994). Apenas com a consciência de necessidade de alinhamento estratégico, será possível atrair, reter, motivar e desenvolver os RH (Gratton & Truss, 2003; Gratton, Hailey, & Truss, 2000) de modo a que estes se tornem fonte de vantagens competitivas sustentáveis e resultem em elevados desempenhos humano e organizacional, também eles assentes numa lógica de sustentabilidade (Boxall & Purcell, 2008; Wright, Dunford, & Snell, 2001). Consequentemente, tem sido solicitada aos gestores de todos os níveis (organizacional e operacional) uma gestão mais eficiente de todos os recursos, particularmente dos RH, pelo que tem sido colocada maior ênfase em estratégias de GRH que aumentem o desempenho dos empregados, quer em termos de eficiência, quer em termos de eficácia (Gollan, 2005; Wagner III & Hollenbeck, 2014; Watson, 2006).

Com especial importância para o nosso estudo, em contextos *lean*, de 'fazer mais com menos' (Conway et al., 2014; Oliveira, Holland, & Filipe, 2017), os HPWS não têm já a mesma validade e têm-se revelado insuficientes, para promover uma relação de emprego equilibrada e um desempenho humano superior, ou até impossíveis de colocar em prática (e.g., no setor público, na sequência das lógicas mais restritivas, assistiu-se nos últimos anos ao 'congelamento' dos salários e das progressões na carreira) (Osborne & Brown, 2005; Osborne & Radnor, 2016; Rigoli & Dussault, 2003; van Dooren, Bouckaert, & Halligan, 2015). As práticas de GRH para o 'elevado comprometimento' e 'elevado envolvimento', por sua vez, têm implícito que um desempenho individual superior está associado às atitudes e aos comportamentos dos indivíduos que, por sua vez, se traduzem em desempenho organizacional elevado (Guest, 2004; Paauwe, 2009; Wodd, 1999). No entanto, essas práticas nem sempre têm o resultado desejável sobre as atitudes e comportamentos dos trabalhadores, o que se justifica, em parte, pelo facto

das mesmas serem primeiro percebidas e interpretadas subjetivamente pelos próprios trabalhadores, o que leva a um enviesamento das reações sobre o comportamento e as atitudes (Bowen & Ostroff, 2004).

Nesse sentido, conseguir a motivação, a lealdade e o comprometimento dos profissionais, quando a segurança no emprego, os incentivos financeiros e as oportunidades de progressão na carreira foram comprometidos, constitui para os gestores um dos maiores desafios de liderança (Weiszbrod, 2015). No entanto, outros desafios se colocam. Na Fase 2 (implementação da fusão), procurámos compreender os desafios de gestão, para além dos relacionados com a gestão do desempenho humano e a necessidade de conciliação da eficiência económica com a eficiência social (Oliveira & Filipe, 2014a, 2014b, 2014c, 2015a). Os gestores foram questionados sobre as dificuldades de domínio técnico, mas principalmente, as que se prendem com a gestão de RH e as práticas que foi necessário implementar (Oliveira & Filipe, 2015a) no sentido de mitigar os impactos negativos da resistência à mudança (Beer, Eisenstat, & Spector, 1990; Pynes, 2004).

### **Os desafios das barreiras intra-práticas e inter-práticas e as atribuições da mudança de lógicas e práticas**

Uma das preocupações evidenciadas em literatura recente (e.g., Denis & van Gestel, 2016; Weiszbrod, 2015) relaciona-se com a crescente exigência de aumento do desempenho que impõe, particularmente aos ‘gestores híbridos’, profissionais de saúde como gestores, responsabilidades de gestão acrescidas e de maior nível de complexidade e exigência (McGivern et al., 2015; Spyridonidis, Hendy, & Barlow, 2015). O assumir destes ‘novos’ papéis de gestão têm-se revelado difícil devido às tensões e conflitos percebidos entre os valores clínicos e os valores de gestão, a terem que ser considerados no momento de definir as novas práticas a implementar (Denis & van Gestel, 2016; Joffe & MacKenzie-Davey, 2012; Oliveira, Raposo, Holland, & Lira de Carvalho, 2017). Nos discursos dos gestores foram identificados, principalmente, desafios intra-prática clínica, intra-prática política-gestão e inter-prática clínica/política-gestão. A prática clínica e a prática política-de gestão “*absorvem praticamente todo o tempo de trabalho*” destes gestores, restando pouco tempo para se dedicarem às restantes práticas, particularmente as de domínio científico (investigação) (Oliveira, Costa, & Filipe, 2013c; Oliveira & Filipe, 2016, 2017). Além da falta de tempo, a falta de incentivos e de recursos financeiros foram também salientados (Oliveira & Filipe, 2016, 2017; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013c), o que compromete a investigação científica e a introdução de práticas clínicas

inovadoras e/ou mais eficazes (Andreasson, Eriksson, & Dellve, 2016; IHI, 2005; Radnor, Holweg, & Waring, 2012). Na literatura, o argumento de Shaw (2006) reflete esta preocupação:

Não importa o quão motivados estejam os profissionais de saúde, a sua capacidade de prestarem cuidados de saúde de qualidade acrescida é determinada pelo acesso aos recursos necessários, particularmente recursos físicos, tais como instalações adequadas, tecnologia apropriada e fármacos eficazes, assim como o acesso a recursos de conhecimento relacionados com as evidências crescentes sobre a eficácia das intervenções, bem como dos meios mais adequados para a realização dessas intervenções.<sup>81</sup> (p. 98)

Relativamente aos confrontos intra-prática clínica, destacam-se a complexidade hospitalar, a multidisciplinaridade, o diálogo entre diferentes classes profissionais, as hierarquias paralelas entre médicos e enfermeiros e a formação e desenvolvimento de equipas. Os confrontos intra-prática política-de gestão revelam que os principais desafios de gestão se relacionam com o ‘interface cognitivo’ que deve ser estabelecido entre diferentes níveis de gestão (*senior, middle e junior*) (particularmente direções de serviço) (Oliveira & Raposo, 2016; Oliveira et al., 2014; Raes, Heijltjes, Glunk, & Roe, 2011). Esta é também uma preocupação refletida na literatura (e.g., Brown, Waterhouse, & Flynn, 2003; Gingrich, 2015; Major & Magalhães, 2014; McGivern, Currie, & Ferlie, Fitzgerald, & Waring, 2015; Ongaro, 2008; Spyridonidis, Hendy, & Barlow, 2015), dando substância ao argumento de que uma maior coordenação deverá existir entre diferentes domínios de práticas, equipas e pessoas para uma efetiva integração das lógicas institucionais, organizacionais e operacionais (Oliveira et al., 2014; Oliveira & Raposo, 2017; Oliveira, Holland, & Filipe, 2017; Oliveira, Raposo, Holland, & Lira de Carvalho, 2017).

Trabalhos recentes (e.g., Denis & van Gestel, 2016; Gittel, 2009, 2016; Gittel, Godfrey, & Thistlethwaite, 2013; Schmitt, 2010; von Knorring, Alexanderson, & Eliasson, 2016) referem-se à necessidade de maior diálogo e coordenação relacional entre os profissionais de saúde dentro das equipas multidisciplinares e entre profissionais de diferentes hierarquias em resposta à necessidade de maior coesão e proximidade na tomada de decisões. A ‘atração e retenção’ de profissionais apresenta-se também como um desafio de gestão devido às políticas mais restritivas de GRH impostas a nível institucional que inviabilizaram a atribuição de alguns dos incentivos mobilizadores da vontade dos profissionais dedicarem um esforço discricionário em relação aos objetivos organizacionais, tais como incentivos financeiros e a possibilidade de

---

<sup>81</sup> Tradução livre de: “no matter how motivated Health professionals are, their ability to provide optimal quality care is determined by their access to the necessary resources, particularly the physical resources such as well-designed facilities, appropriate technology and effective pharmaceuticals, as well as knowledge resources, such as the growing body of evidence of the effectiveness of interventions and the means of delivering them (Shaw, 2006, p. 98).

progressão na carreira (Andreasson, Erikson, & Dellve, 2016; Bartram & Dowling, 2013; Conway, Kiefer, & Briner, 2013).

Como desafios inter-prática clínica/política-gestão, destacam-se o modelo de 'gestão híbrida', o modelo da contratualização, os cortes sucessivos e a escassez de recursos, bem como a falta de autonomia administrativa e financeira ao nível dos serviços e unidades (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). A conciliação da prática clínica com a prática política-de gestão obriga a um 'desdobramento' das funções dos médicos gestores, principalmente ao nível da direção de serviço, em que as prioridades económicas não podem colocar em causa as prioridades clínicas, para a qualidade dos serviços e satisfação dos utentes. O modelo da contratualização coloca em evidência as diferentes posições (macro, meso e micro) e as dificuldades de reconciliação de diferentes lógicas de gestão do desempenho, particularmente pelos gestores de primeira-linha (diretores de serviço), muitos apenas meros recetores das diretivas impostas a nível institucional e organizacional. Os cortes orçamentais e a falta de recursos (não apenas humanos, como também estruturais) debilitam a capacidade de resposta dos profissionais para a prestação de um serviço de saúde mais orientado para a qualidade do que para os resultados. Esta capacidade é ainda comprometida pela falta de autonomia das direções de serviço, principalmente financeira, para implementar práticas (clínicas, científicas e tecnológicas) inovadoras e, potencialmente, mais adequadas até mesmo para o cumprimento dos objetivos mais economicistas da gestão da mudança.

Procurámos relacionar a mudança de práticas e mudança de lógicas com as atribuições feitas sobre essas mudanças. De acordo com Nishii, Lepak e Schneid (2008), as atribuições de 'redução de custos' e 'exploração dos trabalhadores' influenciam negativamente a satisfação dos trabalhadores, enquanto as atribuições de 'qualidade do serviço' e de 'bem-estar psicológico' têm sobre ela uma influência positiva. Para que as atribuições da GRH efetuadas pelos indivíduos sejam as de qualidade e bem-estar psicológico, as práticas de GRH a implementar não se podem cingir às práticas de gestão para o 'elevado desempenho', passando pela consideração das práticas dos sistemas de 'elevado comprometimento' e 'elevado envolvimento', mais orientadas para as relações com os indivíduos (nomeadamente em termos autonomia e de oportunidades de formação e investigação e que facilitem o equilíbrio vida-trabalho) (Oliveira et al., 2014), ou seja, que vão de encontro à gestão das expectativas dos profissionais (Anderson & Schalk, 1998; Rousseau, 2004) e que promovam o

bem-estar psicológico e o pleno envolvimento dos indivíduos (Rayton & Yalabik, 2014; Robertson & Cooper, 2010).

A mudança de práticas clínicas e a mudança de lógica operacional têm como principal atribuição o ‘aumento de qualidade’ e ‘bem-estar psicológico dos trabalhadores’, enquanto a mudança de práticas políticas-de gestão e mudança nas lógicas institucional e organizacional têm como principal atribuição a ‘redução de custos – eficiência’. Dadas as prioridades que, no contexto de introdução do paradigma da NGP foram colocadas à governação das organizações públicas, este seria um resultado esperado. Os gestores de nível operacional (principalmente diretores de serviço), apesar das imposições ao nível da eficiência económica, continuam a focar a prestação do serviço na qualidade do atendimento, revelando igualmente preocupações com o bem-estar psicológico dos profissionais. Os gestores de nível organizacional, não querendo dizer que não atribuem importância a estas atribuições, evidenciam um discurso mais orientado para a gestão das tarefas e menos para a gestão das relações. Sendo estes os gestores que ‘fazem a ponte’ entre as lógicas organizacionais e as operacionais, primeiramente revelam preocupações com os indicadores mais economicistas, sobre os quais recebem orientações diretas e objetivas da gestão de topo.

Comparativamente à Fase 1 (i.e., 2010/2011, antes da implementação da fusão), na Fase 2 (i.e., 2012/2013, após a formalização da fusão) a perceção dos gestores aponta para uma lógica organizacional ainda mais economicista e restritiva em termos de contenção de custos e de eficiência económica, motivada pelas políticas de austeridade impostas a nível macro (i.e., institucional) (Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a; Oliveira & Filipe, 2016, 2017). Para uma lógica organizacional e operacional concordante com a lógica institucional, os hospitais públicos tiveram que rever as suas políticas de gestão do desempenho assente também numa lógica de redução continuada de custos, maior racionalização de recursos e maior controlo sobre os processos relacionados, particularmente, com a prática clínica (Mørk et al., 2012), salvaguardando a qualidade dos serviços e a satisfação dos utentes (Oliveira & Filipe, 2016, 2017; Oliveira et al., 2014). Neste novo contexto, o papel dos gestores das organizações hospitalares é inegavelmente desafiador, particularmente para os gestores de nível operacional, como diretores de serviço, uma vez que, a par das suas funções de gestão, continuam a exercer funções de domínio clínico. Nesta dupla atribuição (gestão híbrida), confrontam-se com a necessidade de balancearem, num equilíbrio efetivo, aquelas que são as exigências económicas, com as também exigências de ‘aumento de qualidade’ e ‘satisfação dos

utentes' e colocando ainda em perspectiva a satisfação da sociedade (Andreasson, Eriksson, & Dellve, 2016; Denis & van Gestel, 2016; Oliveira et al., 2014). Tal como consta no Decreto-Lei 30/2011, *“a fusão dos hospitais (...) pretende melhorar continuamente a prestação de cuidados de saúde, garantindo às populações qualidade e diversificação da oferta, universalizar o acesso e o aumento da eficiência dos serviços.”*

### **A gestão do contrato psicológico como prática de GRH efetiva**

Dependendo o desempenho das organizações do desempenho das pessoas que as constituem (Bonache & Noethen, 2014; Jacobs, 1981; Ostroff, 1992; Safdar, 2011), a gestão efetiva do desempenho humano surge como um predicado essencial para se conseguirem atingir as razões da mudança. Maiores níveis de controlo sobre o desempenho organizacional contribuem para mudanças nas relações de emprego, alterações nas condições de trabalho e dos sistemas de incentivos (Berman et al., 2010; Ehrenhalt, 2012; O'Donnell, Brien, & Junor, 2011). As mudanças ocorreram não só ao nível das condições de trabalho explicitadas no contrato formal de trabalho, mas também nos termos de troca, entre incentivos do empregador e contributos do empregado, inerentes ao contrato psicológico (Guest & Conway, 2002). A investigação sobre o contrato psicológico tem demonstrado que a gestão efetiva das expectativas dos empregados relativamente aos incentivos organizacionais contribui para um desempenho humano superior e, conseqüentemente, organizacional (e.g., Cassar & Buttigieg, 2015; Conway & Briner, 2005; Conway & Coyle-Shapiro, 2012; Kalleberg & Rogues, 2000; McDermott et al., 2013) sendo, dessa forma, um fator que potencia o alinhamento das motivações pessoais com os propósitos organizacionais (Conway & Briner, 2005). As interações contínuas entre as duas partes permitem a observação das atitudes, dos comportamentos e das respostas mútuas, permitindo definir um contrato psicológico implícito que estrutura a relação de emprego no futuro (Rousseau, 1990).

Mesmo não tendo sido referenciado de forma explícita, implicitamente verifica-se que os gestores sabem o que é o contrato psicológico e consideram que é fundamental que a organização tenha a capacidade de oferecer incentivos aos seus profissionais (Oliveira & Filipe, 2013, 2016; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013c), quer de natureza transacional (p.e., compensação financeira), quer relacional (p.e., boas condições e ambiente de trabalho, equilíbrio vida-trabalho) (Rousseau, 2000; Sels, Janssens, & van den Brande, 2004). As mudanças implementadas tiveram fortes impactos nas relações de emprego estabelecidas entre o Centro

Hospitalar e os seus empregados. As bases e o conteúdo das relações de emprego foram desafiados, implicando uma rutura nos termos de troca tradicionalmente existentes entre a organização e os seus profissionais (Oliveira & Filipe, 2013, 2016), colocando em causa a gestão das expectativas dos profissionais, nomeadamente o conteúdo do contrato psicológico, o que se depreende pelos discursos que revelam que a relação de emprego se baseia apenas numa troca transacional e *“que as pessoas estão a desacelerar no seu interesse [e] muitas das coisas funcionam devido apenas à boa vontade das pessoas”* (Médica Gestora Operacional 5, Fase 1) (Oliveira & Filipe, 2013, 2016). Além de terem comprometido o bem-estar psicológico dos profissionais de saúde, as reformas e a maior exigência em termos de desempenho humano tiveram impactos negativos sobre as condições de emprego. Em concreto, contribuíram para alterações nos sistemas de incentivos e recompensas, bem como para o aumento da flexibilidade na contratação e nos despedimentos e revisão dos programas de gestão e avaliação do desempenho individual e de equipas (Andersen, 2009; Bach, 2000; Bartram & Dowling, 2013; Ehrenhalt, 2012; O'Donnell, O'Brien, & Junor, 2011), com implicações quer para os profissionais, quer para a organização (Rodrigues, Guest, Oliveira, & Alfes, 2015).

Nem o contrato psicológico nem um contrato social são geridos de forma explícita e formal. Perante os constrangimentos económicos, várias medidas foram implementadas e estas organizações veem-se na impossibilidade de proporcionar vários incentivos, tais como de natureza remuneratória ou de progressão na carreira (Conway, Kiefer, & Briner, 2013; Conway, Kiefer, Hartley, Briner, 2014). Grande parte das preocupações relaciona-se com a diminuição da segurança no emprego, devido ao impacto que aquelas mudanças tiveram ao nível das carreiras e dos contratos individuais de trabalho (Oliveira & Filipe, 2013, 2016; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013c). Após a fusão, a gestão de carreiras é o aspeto mais referenciado nas entrevistas e os discursos demonstram que, de facto, esta gestão é bastante incipiente ou deixou mesmo de existir (Oliveira & Filipe, 2016, 2017; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013c). A atribuição de incentivos financeiros aos profissionais também sofreu alterações, nomeadamente, no que respeita ao pagamento de trabalho prestado de forma extraordinária (Oliveira & Filipe, 2016, 2017; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013c). Não obstante as alterações que têm ocorrido no mercado de trabalho, as pessoas continuam com expectativas elevadas relativamente à qualidade da relação de emprego e do ambiente de trabalho (de Jong, Rigotti, & Mulder, 2017), nomeadamente no que se refere a justiça no tratamento, funcionamento democrático das organizações e oportunidades de participação na tomada de decisão, a

formação em novas competências e tecnologias, facilidades para a conciliação do trabalho com a vida pessoal (Delahaye, 2015; Weiszbrod, 2015).

No nosso estudo, concluímos que, apesar do contrato psicológico não ser gerido de forma explícita (a sua gestão não está institucionalizada como prática efetiva de GRH) e a sua abordagem não ser compreendida, no todo ou em parte, pelos gestores, é evidente a consideração da sua importância, de forma implícita (crescente ao longo do tempo). Na Fase 3 da acomodação da fusão (i.e., 2014/2015), as representações cognitivas dos gestores apontam para uma atribuição de importância superior à gestão das expectativas dos profissionais e equipas (Oliveira & Filipe, 2016, 2017; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013c). Daqui decorre que, independentemente da explicitação, institucional e organizacional, da gestão do contrato psicológico como uma prática efetiva de GRH, é evidente que, mesmo de forma informal, o seu conteúdo é gerido ao nível operacional (Oliveira & Filipe, 2013c, 016; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013c). No entanto, devido a imposição legislativa e à falta de autonomia administrativa e financeira, não podem ser implementados alguns dos sistemas de incentivos considerados fundamentais para promover um elevado desempenho (Oliveira & Filipe, 2013c, 016; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013c), tais como incentivos de natureza monetária, progressão na carreira, aprendizagem e desenvolvimento técnico-profissional (De Vos, Buyens, & Schalk, 2003; Lee, Liu, Rousseau, Hui, & Chen, 2011).

No entanto, outros fatores podem contribuir para a qualidade da relação de troca (LMX). Por exemplo, na Fase 1 (após reorganização interna), uma das médicas gestoras de nível operacional refere que, mais importante que as compensações monetárias, são os *“agradecimentos [...], a minha postura [...], o agradecimento pessoal”* (Médica Gestora Operacional 10, Fase 1). Na Fase 2 (após implementação da fusão), um dos médicos gestores refere que *“tem que haver uma dimensão humana, tem que haver equipa, tem que haver corpo. Cativar as pessoas em volta do serviço e isto é quase uma família”* (Médico Gestor Operacional 24, Fase 2). Na Fase 3, relativa à acomodação da fusão, uma das médicas gestoras de nível operacional declara que *“se nós estivermos felizes, a nossa performance é muito melhor, tratamos os doentes muito melhor do que se estivermos completamente exaustos”* (Médica Gestora Operacional 47, Fase 3). Esta preocupação é também evidenciada a nível organizacional: *“quando as pessoas precisam eu estou cá para as ajudar”* (Gestor Organizacional 42, Fase 3) e *“mais vale ter as pessoas satisfeitas no local de trabalho do que*



*estar a impor alguma coisa e a pessoa depois em termos de eficiência não render porque está contrariada e não gosta do que está a fazer”* (Gestora Organizacional 44, Fase 3).

Apesar dos aspetos mais economicistas da relação de emprego estarem comprometidos pela lógica institucional, ao nível das unidades e serviços, é ainda possível assegurar alguns incentivos de natureza não monetária (tais como oportunidades para a realização de investigação e flexibilidade para o equilíbrio vida-trabalho, por exemplo) (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). Ou seja, mesmo verificando-se estes constrangimentos de natureza mais tangível, a participação em projetos de investigação científica e a formação interna especializada são incentivos que, indo de encontro à expectativa de oportunidades de desenvolvimento pessoal, ainda são possíveis de colocar em prática (Oliveira & Filipe, 2016, 2017; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013c) e que promovem a motivação intrínseca dos profissionais e a vontade de continuarem a relação de emprego com a organização (Schopman, Kalshoven, & Boon, 2015).

Além disso, mesmo que o seja de forma informal, verifica-se que se procura criar condições para o equilíbrio vida-trabalho e proporcionar um bom ambiente de trabalho e ambiente social, respeito mútuo e *feedback* (Oliveira & Filipe, 2016, 2017; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013c) e, dessa forma, vão sendo minimizados alguns dos constrangimentos de ordem financeira, impeditivos de um contrato psicológico efetivo (De Vos, Buyens, & Schalk, 2003; Lee, Liu, Rousseau, Hui, & Chen, 2011; Pescud et al., 2015). Conclui-se que, apesar de não o ser de forma formal, as expectativas de ambas as partes estão implícitas na relação de emprego estabelecida entre empregado e empregador, mas é necessário torná-las explícitas e renegociar entre as partes os contributos e recompensas esperados de forma recíproca (Oliveira & Filipe, 2016, 2017).

Existem três razões fundamentais que justificam o acréscimo de valor que os ‘contratos psicológicos’ podem permitir às pessoas e, conseqüentemente, à organização: (1) ajudam a compreender e a prever comportamentos, (2) envolvem as pessoas no trabalho e (3) alinham melhor as pessoas com os objetivos estratégicos da organização (Wellin, 2016). Estes benefícios são melhor alcançados mudando, simplesmente, o foco dos contratos psicológicos tradicionais, focados nas expectativas criadas entre os indivíduos e a organização como um todo. Ao usar o conceito de ‘contrato pessoal’, Wellin (2016) encoraja a que a discussão atual se centre nas relações efetivas que se estabelecem entre líderes e seguidores. O mais relevante contrato estabelecido no contexto de trabalho, para a maioria das pessoas, ocorre na relação

com o líder da equipa, uma vez que este corporiza a sua relação com a organização (Wellin, 2016).

Um empregado que constrói confiança através de um desempenho consistente pode utilizar essa confiança na negociação de melhores condições de trabalho ao longo do tempo (Liao, Wayne, Liden, & Meuser, 2017). Ao individualizarem as condições de trabalho de acordo com as necessidades pessoais dos empregados, os empregadores oferecem aos indivíduos uma contribuição especial, frequentemente envolvendo elementos simbólicos e sócio emocionais, tais como confiança, apreciação e personalização (Blau, 1964; Haas & Deseran, 1981; Hornung, Rousseau, & Glaser, 2008). Desta forma, os *I-deals* constituem-se como uma base para a reciprocidade entre os trabalhadores e a organização em que o supervisor negocia o acordo, geralmente atuando como agente da organização (Gouldner, 1960; Levinson, 1965). Os supervisores são parceiros de negociação importantes para os empregados na obtenção de autorização dos *I-deals* em benefício do empregador (Hornung, Rousseau, & Glaser, 2009).

O surgimento dos *I-deals* poderá ser fundamentado com vários fatores e tendências. Por exemplo, poderá associar-se às evidências e discurso de gestão atual sobre a crescente individualização das relações de emprego e a proliferação de diferentes tipos de contratos de trabalho (Bidwell, Briscoe, Fernandez-Mateo, & Sterling, 2013). Mas outros fatores poderão ter determinado o interesse nestes acordos. De forma bastante evidente, os empregados começaram a moldar a relação empregador-empregado uma vez que têm tido uma participação crescente na conceção das práticas de GRH enquanto ‘consumidores’ das mesmas (Meijerink, 2014). Enquanto ‘consumidores’ internos, os empregados não só influenciam o sucesso das práticas, por exemplo através da participação na avaliação de desempenho, como também detêm expectativas quanto às obrigações recíprocas entre eles e o empregador, como parte do seu contrato psicológico (Rousseau, 1989). Consequentemente, poderão envolver-se na negociação de *I-deals* para neles verem refletidos os retornos que esperam obter na relação de emprego; daqui resulta que, quanto maiores forem os contributos percebidos para a organização, maior o conteúdo dos, e o número, de *I-deals* esperados em retorno; na prática, os empregados negociam *I-deals* para melhor ajustarem o conteúdo da relação de emprego às suas circunstâncias pessoais (Norris, 2015). Os empregados poderão estar predispostos a negociar *I-deals* por várias razões, incluindo o reconhecimento do seu próprio valor para a organização, os seus interesses individuais distintos dos dos seus pares, e outros fatores pessoais que os façam afirmar as suas preferências (Rousseau, 2005). Os investigadores

defendem que as organizações utilizam *I-deals* para recrutar, reter e recompensar empregados de 'alto desempenho' (Rosen, Slater, Change, & Johnson, 2013). Para os empregados, esses acordos poderão ser um reflexo do seu valor no mercado ou do valor que um empregador atribui a determinados empregados (Rousseau, 2005; Rousseau, Ho, & Greenberg, 2006).

Num contexto hospitalar, Rousseau e Kim (2006, citados em Hornung, Rousseau, & Glaser, 2009) referem-se a três tipologias de *I-deals*: *I-deals* de desenvolvimento (1) envolvem a utilização de recursos que reforcem ou fortaleçam o envolvimento do trabalhador no trabalho e o apego organizacional (*organizational attachment*) (Shore & Barksdale, 1998; Rousseau, 1995). De acordo com Rousseau (2005), estabelecer este tipo de *I-deals* é uma forma dos supervisores poderem gerir o desempenho e a motivação dos empregados ao responder aos seus interesses e aspirações pessoais. Atribuições individualmente desafiadoras e o reconhecimento do desempenho podem aumentar a motivação dos trabalhadores (Hornung, Rousseau, & Glaser, 2008), ao mesmo tempo que lhes proporcionam uma forma de cumprir eventuais compromissos de desenvolvimento estabelecidos com os trabalhadores (Maurer, Pierce, & Shore, 2002). Os empregados procuram *I-deals* de flexibilidade (2) como uma forma de gerirem o seu trabalho e as suas vidas privadas (Allen, Johnson, Kiburz, & Shockley, 2013; Thornthwaite, 2004). No entanto, o equilíbrio vida-trabalho não é apenas valorizado pelos empregados, constituindo uma preocupação das organizações contemporâneas, uma vez que proporcionam flexibilidade na implementação das práticas de GRH (Adame, Caplliure, & Miquel, 2016; White, Hill, McGovern, Mills, & Smeaton, 2003). O interesse organizacional pelo equilíbrio vida-trabalho baseia-se na necessidade de atrair e reter empregados qualificados e criar condições ótimas para o desempenho sustentável (Meister, Willyerd, & Foss, 2010); proporcionar benefícios para esse equilíbrio pode ser decisivo, quer para o bem-estar dos empregados e suas famílias (Jang, 2009), quer para a atratividade da organização (Thornthwaite, 2004). Desse modo, ter em consideração as implicações das condições de trabalho para o equilíbrio vida-trabalho dos indivíduos deverá ser uma parte integrante nos processos de gestão do desempenho humano e de liderança, particularmente para os gestores de primeira-linha (Ford & Collinson, 2011). Os *I-deals* de carga de trabalho reduzida (3) podem ser concedidos informalmente a trabalhadores seniores ou pessoas com problemas de saúde, empregados com famílias jovens ou com segundas carreiras (Rousseau, 2005). Um determinante central para a sua autorização consiste na avaliação das implicações que a quantidade ou tipo de trabalho com que o empregado contribui tem sobre o desempenho da

organização, devendo, no entanto, reduzir-se as expectativas quanto ao desempenho dos empregados com quem são estabelecidos estes acordos (Rousseau, Ho, & Greenberg, 2006).

### **O papel da liderança e da coordenação relacional efetiva como facilitadores da gestão da mudança e do elevado desempenho humano**

No setor da saúde, uma reestruturação com a dimensão e a complexidade inerentes a um processo de fusão assume-se como particularmente desafiante devido às relações, também elas complexas, que existem entre vários profissionais e destes com os pacientes; tal exige que os gestores, dos vários níveis hierárquicos, tenham que unir esforços para uma efetiva coordenação do seu trabalho. Trata-se de coordenação das relações existentes entre diferentes profissionais (e.g., Gittell, 2002a, 2008, 2009, 2011, 2012, 2016; Gittell, Beswick, Goldmann, & Wallack, 2015; Gittell, Weinberg, Pfefferle, & Bishop, 2008; Gittell et al., 2000; Havens, Vasey, Gittell, & Lin, 2010). As prioridades que governam cada um dos níveis são distintas e, como tal, têm que ser conciliadas para se conseguir o melhor equilíbrio entre eficiência económica e eficiência social (Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a).

De acordo com Gittell (2016), não há outro setor em que a pressão para ‘fazer mais com menos’ seja mais ‘aguda’ do que no setor de cuidados de saúde com a persecução dos três ‘tão-falados’ objetivos de ‘custos baixos’, mais qualidade nos cuidados e aumento da saúde da população. Satisfazer estes objetivos requer mudanças para aumentar a colaboração, coordenação e novos padrões de relacionamentos dentro das organizações de saúde. Gittell defende e demonstra, através de um programa de pesquisa empírica impressionante e estudos de caso ricos e evocativos em organizações do setor da saúde, que a chave mestra para o sucesso é o desencadeamento da ‘coordenação relacional’. A autora dá força ao seu argumento demonstrando a ligação da ‘coordenação relacional’ com um elevado número de resultados, nomeadamente, relacionados com a qualidade e segurança (e.g., aumento da satisfação dos pacientes e utentes, redução de erros), financeiros (e.g., produtividade dos empregados, lucros) e com os empregados (e.g., envolvimento, satisfação no trabalho). Recentemente, no contexto de gestão hospitalar e com dados recolhidos através de questionário aplicado a gestores e representantes de equipa, McDermott e seus colegas (2017) concluíram que a coordenação relacional ajuda os empregados a trabalharem de forma mais efetiva na resolução de problemas identificados no processo de aferição do desempenho inter-funcional contribuindo dessa forma, para a melhoria de resultados, quer dos empregados, quer dos pacientes.

Apesar de ser considerada e referida pela maioria dos gestores, a coordenação relacional não está implementada como uma prática explícita de gestão, sendo, no entanto, considerada de forma informal (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). A comunicação (atempada, efetiva, precisa e para a resolução de problemas), a partilha (de objetivos e de conhecimentos) e o respeito mútuo (Gittell, 2011, 2012) são mecanismos considerados no sentido de dar resposta à necessidade de comunicação constante (Gittell, 2009; Oliveira & Filipe, 2016, 2017) e de ‘alisamento das fronteiras’ entre os vários níveis de gestão, serviços, unidades e domínios de práticas. Particularmente intra-prática clínica e inter-prática clínica/política-de gestão, entre as quais se verificam as maiores tensões e desafios de gestão (Gittell, 2002a; Mørk et al., 2012; Raes, Heijltjes, Glunk, & Roe, 2011), a coordenação relacional é desejada e fundamental. A mudança organizacional precisa de reconciliar diferentes necessidades em diferentes níveis operacionais. Mas não se trata apenas da comunicação entre diferentes níveis de gestão (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). Os vários profissionais de diferentes níveis hierárquicos têm que exercer as suas funções em consonância com a mesma lógica (organizacional). Tal requer um constante diálogo e coordenação de posições entre os médicos-gestores (e.g., das direções de serviço), dos gestores das unidades intermédias e equipa de gestão de topo (Oliveira & Filipe, 2016, 2017; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a).

Na opinião dos gestores, um dos aspetos fundamentais para catalizar um sistema organizacional simplificador dos processos é constituir e desenvolver equipas (Weiss & Hoegl, 2016) e criar a *“identidade do grupo”*, *“onde as sinergias devem ser estabelecidas de forma formal”* (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). Para que *“as coisas funcionem bem”* tem que existir diálogo para obviar à conflitualidade entre diferentes classes de profissionais; trata-se de gerir os *“confrontos intra-prática clínica”*, encontrando modos de aproximação relacional (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). Além disso, têm que ser estabelecidas condições para o diálogo entre a prática clínica e os restantes domínios de práticas (científico, tecnológico, político-de gestão), assim como entre todas estas práticas; o diálogo e a coordenação relacional deverão ser uma constante na definição e implementação de novas políticas e práticas nos restantes domínios de práticas (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). No contexto de gestão de organizações de saúde, Rundall e colegas (2016) defendem que os líderes organizacionais devem tornar-se mais conscientes da coordenação relacional e das suas várias dimensões e tornar-se cientes da influência da coordenação relacional na gestão de cuidados de saúde.

A gestão participativa é entendida pelos gestores entrevistados como uma necessidade para uma coordenação relacional facilitadora de ambientes de trabalho mais 'saudáveis' e relações de emprego mais estáveis, pelo sentido de proximidade e de pertença estabelecida entre os intervenientes de um qualquer grupo de trabalho (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). Em particular a 'comunicação para a resolução de problemas', a 'partilha de conhecimentos' e o 'respeito mútuo' são vetores de coordenação fundamentais para que o bem-estar psicológico dos profissionais não seja comprometido, quer no que se refere à vertente hedónica (satisfação), quer à vertente eudemónica (motivação) e, dessa forma, seja assegurado um maior ajustamento do desempenho dos profissionais às maiores exigências de produtividade e eficiência económica impostas pelas reestruturações (Oliveira & Filipe, 2016, 2017).

Nas suas funções de gestão, particularmente os gestores híbridos, têm que gerir equipas de trabalho complexas, constituídas por profissionais com diferentes competências, qualificações, funções, trajetórias e experiências profissionais (Joffe & MacKenzie-Davey, 2012), de modo a se alcançar uma prestação de cuidados de saúde ótima. Especialmente em organizações de estrutura complexa, as suas principais responsabilidades prendem-se com o alcance dos resultados operacionais de acordo com o planeado e pelo desempenho das equipas que coordenam (van der Voet, Kuipers, & Groeneveld, 2015). Além do papel que representam na gestão das relações de emprego e do contrato psicológico, têm também que assumir novos papéis ao nível da GRH e, em particular, da gestão do desempenho das pessoas que integram as equipas que lideram (Hallier & James, 1997a; Rousseau, 2004; Turnley & Feldman, 2000), o que implica responsabilidades acrescidas de GRH, particularmente de liderança. As práticas são implementadas na organização através das interações sociais entre os indivíduos, fazendo da liderança um facilitador (Martin, Beech, MacIntosh, & Bushfield, 2015) para uma coordenação relacional efetiva não apenas entre diferentes profissionais como também *intra* e *inter* diferentes domínios de práticas (Mørk et al., 2012). Nessa atribuição, e com as exigências de desempenho impostas pelas reformas, têm que ser líderes efetivos (Oliveira & Filipe, 2016, 2017; Oliveira, Raposo, Holland, & Lira de Carvalho, 2017), num contexto em que, como vimos, as relações de emprego sofreram profundas alterações e em que *"mesmo as pessoas mais entusiastas estão a perder o entusiasmo"* (Médica Gestora Operacional 5, Fase 1) (Oliveira & Filipe, 2016, 2017).

Os gestores evidenciaram estilos de liderança mais transformacionais, apesar de se sentirem 'um pouco' forçados pelas reformas da NGP, e as impostas pelas políticas de austeridade, para

a adoção de um estilo de liderança mais transacional (Oliveira & Filipe, 2013, 2016). Especialmente na Fase 1, antes da operacionalização do processo de fusão, verificava-se ainda uma grande orientação para as pessoas, justificada pela menor exigência de esforços no sentido da redução de custos e racionalização de recursos (Oliveira & Filipe, 2013). Na Fase 2, mesmo com a imposição dos critérios de gestão do desempenho mais objetivos, a abordagem de liderança predominante continua a ser a transformacional (Oliveira & Filipe, 2013, 2016). Na Fase 3, relativa à acomodação da fusão, apesar dos discursos evidenciarem uma linguagem mais ‘orientada para as tarefas’ (liderança transacional), comparativamente à Fase 2 (após implementação da fusão) e à Fase 1 (após reorganização interna), continua a ser notória uma maior predisposição dos gestores para a focalização no desenvolvimento das relações com os profissionais que fazem parte da sua equipa (liderança transformacional) (Oliveira & Filipe, 2013, 2016). Discursos como *“são pedidos esforços conjuntos, alguma consonância de atitudes, de espírito, de colaboração”* (Médico Gestor Operacional 3, Fase 1), *“tentar conversas individuais; chamo aqui diversas vezes os meus colaboradores para, individualmente, falar”* (Médico Gestor Operacional 7, Fase 1), *“eu converso e não dou ordens; oiço cada um, depois ponho à consideração”* (Médica Gestora Operacional 1, Fase 1), são evidência disso (Oliveira, Costa, & Filipe, 2013c).

Sendo a maioria dos entrevistados líderes com estilos de liderança mais transformacionais, facilmente compreendem a importância de se gerirem os fatores menos tangíveis da relação de emprego, tais como o bom ‘ambiente de trabalho’, o ‘ambiente social’ ou o ‘equilíbrio vida-trabalho’, sendo esta compreensão fundamental para serem introduzidas inovações na gestão do contrato psicológico e nos processos de coordenação relacional (Bauer & Ergoden, 2015; McDermott et al., 2013). A liderança transacional e com preocupações de eficiência económica da NGP, deverá ser articulada com a liderança transformacional de modo a promover a conciliação entre eficiência económica e eficiência social (Mainemelis, Kark, & Epitropaki, 2015; Oliveira et al., 2014). Nesse sentido, é desejável a conjugação de estilos de liderança direcionados para as relações (liderança transformacional), que abrange ações de como desenvolver boas relações interpessoais, ser amigável e acessível e estar preocupado com problemas pessoais dos funcionários, com estilos mais direcionados para as tarefas (liderança transacional), que se refere às ações de como enfatizar a realização das metas do grupo, definir e estruturar atribuições de trabalho dos membros do grupo e enfatizar o cumprimento de prazos finais (Bass, 1990).

Apesar de ser desejada e necessária a convergência destes dois estilos de liderança, o comportamento orientado para pessoas revela-se como mais efetivo e adequado, particularmente em organizações de serviços em que predominam os ‘trabalhadores do conhecimento’ e em que o trabalho assenta mais nas relações (Wang, Oh, Courtright, & Colbert, 2011). O estilo de liderança transformacional destaca-se também na literatura como ‘facilitador’ para a implementação efetiva da GRH (Ali et al., 2014) que possibilite a redefinição dos modelos de gestão do desempenho para o pleno envolvimento e bem-estar psicológico (Cassar & Buttigieg, 2015; Robertson & Cooper, 2010) e que promovam oportunidades de aprendizagem, desenvolvimento pessoal, segurança e autonomia (Paauwe, 2004, 2009; Pescud et al., 2015). No geral, verifica-se que os gestores, enquanto líderes, têm uma boa relação com os profissionais que lideram e há uma grande consideração individual, estímulo intelectual e reconhecimento dos méritos e oferta de meios para estes desenvolverem as suas capacidades e competências (Oliveira & Filipe, 2013). Além disso, com inspiração e carisma, os gestores tentam desenvolver nos seus subordinados a motivação necessária para o alcance de elevados desempenhos (Yukl, 2012b; Yukl, Gordon, & Taber, 2002). Quanto à liderança de equipas, verifica-se que os gestores procuram promover a empatia, a proximidade e a sinceridade entre os seus membros.

A teoria LMX propõe que os líderes estabelecem relações únicas e uma troca específica com cada um dos seus subordinados, e que a qualidade destas relações de troca líder-membro influencia as responsabilidades dos subordinados, as decisões, o acesso a recursos e o desempenho (Deluga, 1998): com uns estabelecem relações de troca de ‘baixa qualidade’ e com outros, relações de troca de ‘elevada qualidade’ (Graen & Uhl-Bien, 1995). De acordo com Wayne e seus colegas (2009), as relações de troca de ‘baixa qualidade’ representam as ‘relações de troca económica’ (*economic leader-member Exchange – ELMX*) e as relações de troca de ‘elevada qualidade’ representam as ‘relações de troca social’ (*Social Leader-Member Exchange – SLMX*). Ou seja, as trocas de ‘baixa qualidade’ são baseadas nos requisitos formais do contrato de trabalho na relação de emprego em que os empregados fazem o que é esperado deles (contributos) e são adequadamente recompensados (incentivos); pelo contrário, as trocas de ‘elevada qualidade’ vão além do contrato formal de trabalho e são baseadas na confiança, obrigações mútuas e mútuo respeito o que, por sua vez, resulta em envolvimento efetivo (Bauer & Ergoden, 2015; Matta et al., 2015). Enquanto a relação LMX social é caracterizada por uma orientação de longo prazo, em que as trocas entre os subordinados e os líderes se baseiam em sentimentos de obrigação futura difusa, uma relação LMX económica



tem um caráter mais transacional e contratual, é de prazo mais curto e assenta em diferenças de estatuto formal e influência *'top-down'* (Kuvaas, Buch, & Dysvik, 2012; Loi, Mao, & Ngo, 2009).

A pesquisa demonstra que os membros com relações LMX de elevada qualidade têm melhor desempenho, quer objetivo, quer subjetivo (Gerstner & Day, 1997; Dulebohn et al., 2012). Kuvaas e os seus colegas (2012) concluíram que as relações LMX sociais se relacionam positivamente com o desempenho dos seguidores e o *'comportamento de cidadania organizacional'* (OCB), enquanto as relações LMX económicas se relacionam negativamente com estes resultados. Wang e seus colegas (2005) desenvolveram um modelo colocando a LMX como mediador entre a perceção de comportamentos de liderança transformacional e o desempenho na função dos seguidores, bem como os *'comportamentos de cidadania organizacional'*, tendo o efeito mediador da LMX sido comprovado. O estudo de Buch e colegas (2014) replica pesquisa precedente que demonstra que as relações LMX sociais se relacionam positivamente (e as ELMX relacionada negativamente) com o esforço dos seguidores no trabalho. Os autores evidenciaram ainda uma interação entre as relações LMX económicas e a motivação intrínseca, o que sugere que é importante considerar relações LMX sociais quando se trata de promover o esforço no trabalho dos seguidores que exibem níveis de motivação intrínseca inferiores.

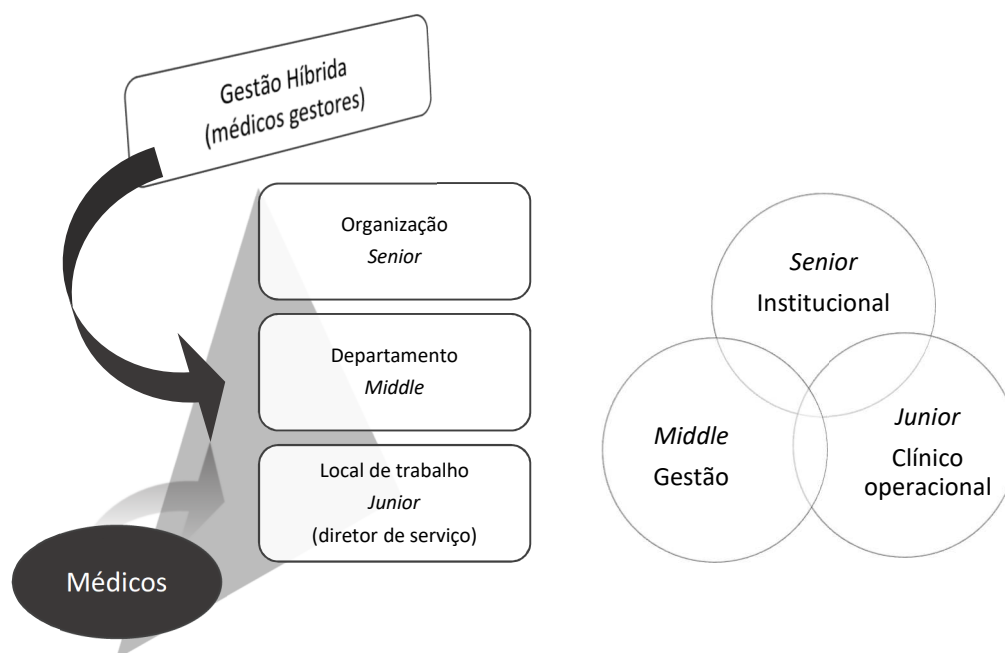
O estudo de Loi e colegas (2009) revelou que, quer a troca social, quer a troca económica se relacionam com o comprometimento afetivo e as intenções de saída da organização, embora em sentidos diferentes: a troca social tem uma relação mais forte com o comprometimento afetivo do que com as intenções de saída, enquanto a troca económica se relaciona mais com as intenções de saída do que com o comprometimento afetivo. Como possível explicação para a obtenção destes resultados, os autores apontam as características únicas da troca social (i.e., respeito mútuo e obrigações *open-ended*), que são mais relevantes para os empregados com maiores ligações afetivas e emocionais com a organização, enquanto a troca económica é mais instrumental, orientada para o curto prazo e, dessa forma, tem um maior impacto no desapego afetivo e emocional dos empregados face à organização. A maior ou menor *'perceção de suporte organizacional'* (POS), o grau em que os empregados acreditam que a organização valoriza os seus contributos e se preocupa com o seu bem-estar e o preenchimento das necessidades socioemocionais (Eisenberger, Fasolo, & Davis-LaMastro, 1990; Eisenberger, Armeli, Rexwinkel, Lynch, & Rhoades, 2001), pode também justificar a entrega afetiva e

emocional por parte dos indivíduos e, dessa forma, influenciar a natureza das trocas estabelecidas entre os empregados e a organização; quando a organização investe nos empregados ou os reconhece pelo seu trabalho, encoraja também o desenvolvimento de fortes relações de troca sociais (Wayne, Shore, & Liden, 1997; Wayne, Shore, Bommer, & Tetrick, 2002)

A crescente exigência de aumento do desempenho organizacional, em termos de qualidade do serviço e eficiência económica, exige que os profissionais das organizações de saúde (em especial médicos e enfermeiros) se envolvam cada vez mais em funções de gestão (Ehrenhalt, 2012; Oliveira, Raposo, Holland, & Lira de Carvalho, 2017). Nesse sentido, nestas organizações encontramos profissionais que exercem apenas funções de gestão (p.e., equipa de gestão de topo) e profissionais (médicos e enfermeiros) que executam as suas funções clínicas a par das funções de gestão (gestão híbrida) (McGivern et al., 2015; Spyridonidis, Hendy, & Barlow, 2015). A conciliação da função de gestão com a função clínica tem-se revelado difícil devido às tensões e conflitos percebidos entre os valores clínicos e os valores de gestão (McCann, Granter, Hassard, & Hyde, 2015; Mahon & Young, 2006), muito em particular no que respeita às prioridades que governam cada uma destas áreas (Oliveira & Filipe, 2015a; Oliveira, Raposo, Holland, & Lira de Carvalho, 2017). Entre estes dois domínios, temos as prioridades económicas e as prioridades clínicas que se confrontam para o alcance do equilíbrio entre a lógica organizacional e a lógica operacional, com prioridades distintas (Oliveira & Raposo, 2016; Oliveira et al., 2014). Procurámos compreender qual o modelo de gestão que, na perspetiva dos gestores, seria o mais adequado para uma coordenação relacional efetiva, não apenas no sentido horizontal (entre diferentes indivíduos, unidades e serviços), como também no sentido vertical (entre diferentes níveis hierárquicos e níveis de lógicas – institucionais, organizacionais e operacionais) (Oliveira & Filipe, 2015b). A perceção dos profissionais de saúde entrevistados é a de que o modelo de gestão dos hospitais é ainda um “*modelo médico*” (Oliveira & Filipe, 2015b). No entanto, pelos discursos de alguns dos gestores, é possível concluir que o melhor modelo de gestão hospitalar é aquele que permitir o equilíbrio entre quem faz a gestão das prioridades económicas e quem faz a gestão das prioridades clínicas; ou seja, o modelo de gestão deverá ser configurado no sentido da conciliação entre os valores clínicos e os valores de gestão (Oliveira & Filipe, 2015b). Tal exige a participação ativa e efetiva de profissionais de saúde na formulação estratégica das políticas a implementar a nível operacional (McCann, Granter, Hassard, & Hyde, 2015; Oliveira & Raposo, 2016; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a).

Na generalidade, os gestores concordam que a gestão de topo (*senior*) deveria ser exercida por uma equipa multidisciplinar constituída por profissionais com formação em gestão (ou área afim) e profissionais de saúde, para fazer a ligação com os níveis clínicos inferiores (Oliveira & Filipe, 2015b). Os serviços e os níveis intermédios de gestão deveriam ser geridos por profissionais com conhecimento da área clínica (médico, enfermeiro ou técnico de saúde), no entanto, com formação em gestão (Oliveira & Filipe, 2015b). Em termos gerais, o modelo de ‘gestão híbrida’ é o mais referenciado e recomendado: os profissionais entrevistados admitem que os diretores de serviço devem ser preferencialmente profissionais de saúde (que, eventualmente, adquiram competências na área da gestão) e os que gerem a estrutura, os que estão ‘acima dos serviços’, poderia ser alguém não-médico (Oliveira & Filipe, 2015b). Para uma coordenação relacional vertical efetiva, os dados apontam para a necessidade de existirem vários níveis de gestão e, em cada um desses níveis, a gestão incluir os profissionais de saúde; se os profissionais não forem da área clínica, o modelo, representado na **Figura 69**, é considerado menos eficaz (Oliveira & Filipe, 2015b).

Figura 69 – Modelo de gestão hospitalar para uma coordenação relacional efetiva



Fonte: elaboração própria

Gratton (2011) argumenta que, se as pessoas não forem capazes de estar também continuamente em mudança, adaptando-se às potenciais novas exigências, os seus empregos poderão ficar comprometidos, pelo que a mudança, para ser efetiva, tem que ocorrer,

igualmente, a nível individual. Os empregados que rejeitam ou não aceitam a mudança e a transição para um novo estado de funcionamento organizacional podem optar por sair da organização (Cameron & Green, 2015) ou, em alguns casos, tentar mesmo ‘sabotar’ as iniciativas relacionadas com a mudança e, dessa forma, comprometer o seu sucesso (Steigenberger, 2015). Esta dificuldade de aceitação pode ser motivada por várias razões, nomeadamente, devido ao que aconteceu numa situação semelhante no passado, aos sentimentos das pessoas em relação ao cenário da mudança que é proposto, ou mesmo devido ao que conhecem sobre o processo de mudança (Helpap & Bekmeier-Feuerhahn, 2016; Kotter, Schlesinger, & Sathe, 1986). Mas, como vimos, uma das principais motivações para a resistência à mudança relaciona-se com a percepção de não consideração dos aspetos psicológicos e das dimensões humanas envolvidas na mudança (Helpap & Bekmeier-Feuerhahn, 2016).

## **5.2. CONTRIBUTOS E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO**

### **Para a gestão da mudança e da transição organizacional**

As organizações públicas, assim como as privadas, devem estar preparadas para rápidas adaptações às mudanças que constantemente ocorrem, quer no seu ambiente interno, quer externo (Burnes, 2014; Cameron & Green, 2015; Ewenstein, Smith, & Sologar, 2015; Hayes, 2014). Devido ao *gap* eventualmente existente entre as intenções e as realidades da mudança, a coordenação entre lógicas organizacionais e operacionais é, não só desejável, como necessária (Oliveira et al., 2014; Oliveira & Filipe, 2016, 2017). Para que as mudanças organizacionais sejam efetivas e as reestruturações produzam os efeitos desejados, a lógica institucional pode ser melhorada ao se reconhecer que as percepções sobre a mudança na lógica organizacional por parte dos gestores de topo, que nas organizações públicas resultam das mudanças nas lógicas institucionais, têm que ser reconciliadas com as lógicas operacionais percecionadas pelos gestores intermédios e de primeira-linha (Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a). As intenções definidas a nível estratégico têm que ser implementadas a nível operacional, pelo que é fundamental encarar a mudança com uma atitude de solidariedade entre os diferentes níveis organizacionais (Ewenstein, Smith, & Sologar, 2015). Apesar de serem os responsáveis pela implementação da mudança nos níveis inferiores e pelo desempenho dos profissionais e equipas que lideram (facto que compromete o desempenho organizacional), os gestores entrevistados referem que, por vezes, não recebem o suporte organizacional adequado

(Oliveira & Filipe, 2016, 2017), tal como se evidencia também na literatura (e.g., Denis & van Gestel, 2016; Paton & McCalman, 2008; Raes, Heijltjes, Glunk, & Roe, 2011). Daqui decorre que, dado que quem tem que implementar a mudança nos níveis inferiores são os gestores intermédios e muito em especial os diretores de serviço (para que a lógica operacional vá de encontro à lógica organizacional) (Raes, Heijltjes, Glunk, & Roe, 2011; von Knorring, Alexanderson, & Eliasson, 2016), e uma vez que são eles que ‘conhecem o terreno’ em termos de necessidades clínicas (principal vetor de atuação destas organizações) deverão também eles ter um papel cada vez mais participativo na adequação das definições realizadas pela equipa de gestão de topo, elo de ligação com as dinâmicas associadas à lógica institucional (Oliveira & Raposo, 2016; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a; Oliveira et al., 2014).

Com o nosso estudo, evidenciou-se também que a complexidade inerente às organizações públicas (e organizações complexas em geral) (van der Voet, Kuipers, & Groeneveld, 2015) se acentua devido à existência de diferentes domínios de práticas, que se confrontam nos seus limites de atuação. A existência de múltiplos confrontos/barreiras entre diferentes domínios de práticas (i.e., clínicas, científicas, tecnológicas e políticas-de gestão) (Mørk et al., 2012) e múltiplas lógicas (i.e., institucionais, organizacionais e operacionais) (Lok, 2010; Oliveira et al., 2014) obriga a uma análise profunda e crítica sobre os desafios associados aos processos de reestruturação organizacional, devido às tensões percecionadas entre os valores clínicos e as necessidades impostas pelos novos paradigmas de gestão (McGivern et al., 2015; O'Donnell, O'Brien, & Junor, 2011). Estes limites têm que ser bem definidos, bem como os pontos de interação dos mesmos. A falta de clareza na definição de funções, tarefas e responsabilidades pode pôr em causa a eficácia com que os processos de mudança são postos em prática (Ewenstein, Smith, & Sologar, 2015). Nesse sentido, para a implementação efetiva de novas práticas, sejam elas de gestão ou aquelas inerentes às concretas especificidades da organização em causa (p.e., as práticas clínicas em organizações de saúde ou as práticas de ensino em organizações de educação), é necessário reconhecer a diversidade existente ao nível operacional, motivada por diferentes prioridades e objetivos de desempenho e por diferentes lógicas de atuação (Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a). Bass (1998) argumenta que, particularmente em processos de fusão organizacional, os empregados da organização adquirida poderão ser afetados com perda de identidade e propósito de envolvimento. Demissões, saídas forçadas e ameaças à própria segurança dos indivíduos poderão também ocorrer (Kavanagh & Ashkanasy, 2006). Tal poderá resultar em ansiedade, raiva, depressão e sentimentos de abandono e impotência (Bellou, 2006). Na organização ‘adquirida’ as pessoas

poderão ficar obcecadas com o desejo de sobrevivência (Marrewijk, 2016). Devido ao facto de a quebra do contrato psicológico colocar em causa a própria mudança (Bankins, 2015; Wellin, 2016), as organizações terão que encontrar os meios adequados para reduzirem no empregado o sentimento de perda, de frustração e a percepção de quebra do contrato psicológico (Conway, Kiefer, & Briner, 2013; Conway et al., 2014). De acordo com Senge e seus colegas (1999), a mudança deverá também ter em consideração os valores, os medos, os comportamentos e as aspirações de todos os *'stakeholders'* envolvidos no processo de mudança. Neste contexto, uma gestão da mudança efetiva deverá ser capaz de fazer com que os indivíduos evoluam favoravelmente de sentimentos negativos, tais como medo e ansiedade, para sentimentos positivos sobre as mudanças que estão a ser efetuadas (Cameron & Green, 2015; Myers et al., 2012).

### **Para o estudo da GERH e da gestão do desempenho humano**

A obtenção dos resultados organizacionais de acordo com os objetivos contratualizados com as entidades reguladoras passa, necessariamente, pela obtenção de elevados desempenhos ao nível operacional, pelos indivíduos e equipas (Bowen & Ostroff, 2004; Ostroff & Bowen, 2000). Mais do que qualquer outro tipo de organização, as organizações de serviços públicos são trabalho-intensivas, em que predominam os *'trabalhadores do conhecimento'* (Joo, 2010; Rust & Huang, 2014; Stone & Deadrick, 2015), pelo que o sucesso das reformas e o desempenho organizacional dependem do comprometimento das pessoas com o processo de mudança e da transformação das suas condições de trabalho (Dubois, Nolte, & McKee, 2006; Ewenstein, Smith, & Sologar, 2015; Martineau & Martínez, 1998; Stone & Deadrick, 2015). Paauwe (2004) afirma que o sistema de GRH deverá ser um *'facilitador'* nesses processos de mudança, devendo ser *"baseado não apenas no valor acrescentado, mas também em valores morais. Devem combinar racionalidade económica e racionalidade relacional"*<sup>82</sup> (Paauwe, 2009, p. 138). Tal implica *"trazer de volta os empregados à equação entre a GRH e vários tipos de resultados, quer individuais, quer organizacionais, 'condição essencial' para fazer evoluir este campo como uma disciplina respeitada"*<sup>83</sup> (ibid., p. 134).

---

<sup>82</sup> Tradução livre de: "based not only upon added value, but also on moral values. It should combine economic with relational rationality" (Paauwe, 2009, p.138).

<sup>83</sup> Tradução livre de: "Bringing employees back into the equation between HRM and various kinds of both individual and organizational level outcomes, including financial performance, is a *'conditio sine qua non'* for advancing the field as a respected discipline" (Paauwe, 2009, p. 134).

Além disso, um ambiente externo incerto, conjugado com as mudanças nas competências pessoais que as reestruturações exigem, coloca cada vez mais em evidência a importância das funções de GRH (Maner & Mead, 2010; Northouse, 2015; Pynes, 2004). Acresce ainda que, uma força de trabalho competente e motivada, que forneça a rapidez e a flexibilidade necessárias às exigências do mercado, aumenta a importância estratégica dos RH e da sua gestão efetiva para o alcance de um elevado desempenho organizacional (Armstrong & Taylor, 2014; Kaufman, 2015; Ulrich, 2013).

A adoção de novas práticas de gestão ou o reforço de práticas existentes (de gestão do desempenho, em concreto) exige que se olhe para as organizações, as suas pessoas e equipas, com abordagens estratégicas inovadoras de modo a atrair, desenvolver, motivar e reter os RH chave para um elevado desempenho organizacional (Delahaye, 2015; Flinchbaugh et al., 2016; Weiss & Hoegl, 2016). Se as pessoas são consideradas o recurso mais importante para as organizações, as suas capacidades e necessidades deveriam ser integradas nos processos de planeamento estratégico organizacional (Weiszbrod, 2015). Uma nova abordagem estratégica de GRH deverá gerar rentabilidade através da ênfase nos interesses comuns e no ganho mútuo na relação de emprego (Kaufman, 2015). Como resultado, os gestores, agora mais do que nunca, têm que ‘pensar’ de forma integrada e traduzir os seus conhecimentos em estratégias efetivas (Cameron & Green, 2015; Oliveira & Filipe, 2016, 2017). Mas para tal, é fundamental aprofundar a compreensão dos modelos mais adequados de gestão e dos sistemas de práticas de GRH e de gestão do desempenho humano, em particular, que facilitem o elevado desempenho organizacional (Buick et al., 2015; Delahaye, 2015; Katou, Budhwar, & Patel, 2014).

Para fazerem face aos desafios com que se confrontam e para aumentarem a qualidade percebida dos seus serviços, as organizações públicas, em geral, terão que adotar uma GERH que se revele eficaz (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). Tal requer que os objetivos individuais e de equipas estejam em consonância com uma estratégia de gestão do desempenho humano que promova o elevado desempenho e o bem-estar psicológico dos trabalhadores, ou seja, não apenas em termos de eficiência económica, como eficiência social (Oliveira & Filipe, 2014a, 2014b, 2014c, 2015a, 2016; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a; Pescud et al., 2015; Robertson & Cooper, 2010). Para a sua conciliação é fundamental que a gestão do desempenho humano se redirecione para modelos que privilegiem a gestão dos comportamentos e das expectativas (McCann, Granter, Hassard, & Hyde, 2015). Profissionais motivados e satisfeitos, com elevado

comprometimento, envolvimento e bem-estar psicológico são a chave para o alcance dos desempenhos de ordem económica objetivados pela mudança de paradigmas e lógicas de gestão do desempenho (organizacional e humano) (Anderzén et al., 2015; Pescud et al., 2015; Rayton & Yalabik, 2014). A fim de proporcionar os seus potenciais benefícios, o envolvimento e bem-estar psicológico deverá ser explicitamente incorporado num sistema integrado de práticas, políticas e procedimentos de GRH (Guest, 2014).

Voltamos a frizar que não importa apenas que “*sejam tratados o maior número de doentes*”; é preciso que se proporcionem condições para providenciar “*serviços de qualidade*”, centrados nos utentes, e que estes “*sejam bem tratados*” (Oliveira & Filipe, 2014a, 2014b, 2014c, 2015a; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013c). Para tal, uma das condições essenciais é que os RH estejam bem motivados e operem no contexto de modelos de gestão que façam uma gestão efetiva das suas expectativas (Oliveira & Filipe, 2015b), otimizem o seu desempenho e que promovam, além do comprometimento e simples envolvimento, o pleno envolvimento e o seu bem-estar psicológico (Guest, 2004; Paauwe, 2009; Pescud et al., 2015; Rayton & Yalabik, 2014; Robertson & Cooper, 2010).

Perante as dificuldades de gestão percecionadas pelos gestores, este estudo procura ser também um contributo prático para a identificação dos processos de gestão de desempenho humano e de coordenação mais adequados para a reconciliação de diferentes lógicas e respetivas prioridades, bem como diferentes domínios de práticas (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). Num estudo recente sobre os gestores *senior* e os gestores de GRH, Guest e Conway (2011) concluíram que quando a presença das práticas era comparada com a sua eficácia, era a eficácia da sua implementação que tinha um efeito mais forte sobre a maioria dos resultados (e.g., produtividade do trabalho, desempenho financeiro, qualidade dos produtos/serviços) – ou seja, na determinação dos resultados, a eficácia da implementação das práticas de GRH é mais importante do que a simples existência das mesmas. O reconhecimento de divergências entre a retórica e a realidade da GRH dá-nos pistas para a necessidade de envolver os gestores intermédios e de primeira-linha na configuração estratégica de políticas e práticas de GRH, particularmente, de gestão do desempenho humano, quer a nível organizacional, quer mesmo a nível institucional (McCann, Granter, Hassard, & Hyde, 2015; Oliveira & Filipe, 2016, 2017; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a). Constitui ainda um contributo para a prática da GRH em organizações complexas (não apenas de serviços públicos) ao tentar compreender e identificar



as práticas que, definidas ao nível organizacional, são possíveis de implementar efetivamente a nível operacional (Oliveira & Filipe, 2016, 2017).

A função de GRH pode tornar-se um valioso membro das próprias equipas de gestão, dando relevância prática às preocupações e frustrações dos gestores, bem como às opiniões dos empregados em geral, pelo que se deve focalizar no desenvolvimento e implementação de práticas de GRH, em alinhamento com a estratégia organizacional, orientadas para o desempenho organizacional (Albrecht, Bakker, Gruman, Macey, & Saks, 2015; Delery & Gupta, 2016; Oliveira & Filipe, 2016, 2017). Apenas com esta consciência e alinhamento estratégico, será possível atrair, reter, motivar e desenvolver os RH de modo a que estes se tornem fonte de vantagens competitivas sustentáveis e resultem em elevados desempenhos humano e organizacional (Armstrong & Taylor, 2014; Boxall & Purcell, 2008; Gratton, Hailey, & Truss, 2000; Storey, 2014; Ulrich, 2013). De acordo com Gollan (2005), a gestão de pessoas e o desenvolvimento de políticas e práticas têm que ser integrados para o alcance de um desempenho organizacional sustentável, bem como resultados de RH desejáveis (tais como equidade, desenvolvimento pessoal e bem-estar psicológico) (Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a; Stone & Deadrick, 2015). Esta associação implica que a GRH invista no desenvolvimento das capacidades e na motivação dos colaboradores, garantindo que a cultura da organização seja gerida de modo a encorajar o aumento da satisfação, confiança e comprometimento, ao mesmo tempo que promove o cumprimento da sua missão e objetivos (Alvesson & Sveningsson, 2015; Oliveira & Filipe, 2015b; Weiszbrod, 2015).

### **Para o estudo das relações de emprego e do contrato psicológico**

A literatura aponta para a necessidade de se repensarem os modelos conceptuais explicativos dos fatores envolvidos nas relações de emprego, uma vez que os que têm servido para explicar essas relações ao longo do tempo, estão a deixar de ser capazes de explicar o comportamento associado às relações de emprego contemporâneas nas organizações (Guest, 2004). Num sistema permanentemente em turbulência, são precisos modelos conceptuais diferentes que permitam analisar a mudança da relação de emprego e as suas consequências, quer para o empregado, quer para o empregador. Por exemplo, em termos coletivos, é defendido e argumentado que ter em consideração apenas uma orientação económica no que à relação de emprego se refere, desgasta o recurso humano por individualizar e estreitar os relacionamentos organizacionais e interpessoais (Bolton & Houlihan, 2009). Nesse sentido,

deve-se procurar compreender quais os incentivos que, de natureza menos tangível (e.g., equilíbrio vida-trabalho, bom ambiente de trabalho), contribuem para uma maior percepção de reciprocidade entre empregado e empregador e maiores níveis de bem-estar psicológico nas relações de emprego (Cassar & Buttigieg, 2015; De Vos, Buyens, & Schalk, 2003; Lee, Liu, Rousseau, Hui, & Chen, 2011).

Ao explorar as interpretações, expectativas e percepções dos gestores, consideramos que o nosso estudo dá um contributo importante para o estado atual da literatura sobre as relações de emprego e contrato psicológico, em particular sobre os desafios da sua implementação e da satisfação das expectativas dos profissionais (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). Primeiro, porque a análise da percepção sobre a importância da gestão do contrato psicológico na perspetiva dos gestores intermédios e de primeira-linha, oferece uma visão integradora da perspetiva da organização, que tem sido negligenciada em termos de investigação (Coyle-Shapiro & Kessler, 2000; Guest, 2004). Segundo, porque os resultados apontam para a necessidade de se considerar explicitamente a gestão das expectativas dos profissionais como uma prática de GRH transversal a todos os níveis de lógicas, domínios de práticas, unidades, serviços, equipas e indivíduos (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). Ou seja, para que a implementação da gestão do contrato psicológico seja efetiva, a gestão das expectativas dos profissionais deverá ser levada ao nível da governação das organizações públicas, não devendo ser apenas do interesse dos gestores a nível operacional, mas fundamentalmente, ser considerada como prática de gestão da organização e do sistema (ministérios e serviços reguladores) como um todo (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). Estas conclusões são igualmente válidas para outros setores (públicos), tais como o da educação e o judiciário, em que práticas e políticas aplicáveis às organizações tuteladas dependem da definição ao nível institucional (e.g., Ministério da Educação e Ministério da Justiça) (Oliveira & Filipe, 2016, 2017).

Uma vez que a literatura sugere que existe uma relação entre as atribuições da mudança de práticas (de GRH) e o desempenho organizacional (Nishii, Lepak, & Schneider, 2008), pode concluir-se que, apesar da lógica de eficiência económica ter assumido grande relevância ao nível institucional e organizacional, tal não deverá comprometer a atribuição de 'qualidade dos serviços prestados' e o 'bem-estar psicológico' dos trabalhadores, ao nível operacional. Trata-se, portanto, de gerir as atitudes e os comportamentos dos profissionais de modo a que as atribuições feitas à mudança de práticas (de GRH e de gestão do desempenho humano e organizacional), sejam as de promoção do seu bem-estar psicológico e de uma relação de pleno

envolvimento com os objetivos organizacionais (Pescud et al., 2015; Rayton & Yalabik, 2014; Robertson & Cooper, 2010). Compensar a resistência a nível operacional, induzida pelo modelo organizacional da NGP, implica que seja dada permissão e autonomia aos médicos, enquanto gestores de unidades e serviços, para apoiarem e recompensarem o propósito de envolvimento e o comprometimento vocacional, de tal forma que resulte em maior bem-estar psicológico dos profissionais de saúde, bem como em maior satisfação dos pacientes (Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a, 2013b).

Para a atração e retenção de profissionais, as estratégias de recrutamento e seleção devem ser inovadoras, devem ser oferecidas oportunidades de desenvolvimento e progressão na carreira, os contratos de trabalho devem ser flexíveis e o sistema recompensar os profissionais que demonstrem desempenhos superiores, a avaliação do desempenho ser desenhada no sentido de promover os objetivos e valores da organização (Delahaye, 2015; Delery & Gupta, 2016). No entanto, dada a impossibilidade de serem proporcionados incentivos de natureza financeira, deve procurar-se o desenvolvimento de ambientes de trabalho positivos, em que as pessoas se sintam valorizadas, respeitadas e apreciadas e sejam capazes de desempenhar as suas funções com um elevado comprometimento e desempenho, para o que contribui o respeito mútuo, o ambiente social e de trabalho, a criação de condições para o equilíbrio psíquico-emocional dos profissionais (Hayes et al., 2012; McCann, Granter, Hassard, & Hyde, 2015; Oliveira, Holland, & Filipe, 2017). Nesse sentido, mais atenção deve ser dada aos conflitos entre eficiência económica e eficiência social, promovendo o equilíbrio vida-trabalho e a redução do cansaço e absentismo, p.e., através da compensação das horas extraordinárias ocasionais, com períodos de descanso adequados (Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a, 2013b).

### **Para o estudo da liderança e qualidade das relações de troca líder-membro**

De acordo com os autores do *World Health Report* (Chen et al., 2006) os profissionais de saúde respondem positivamente a um conjunto de incentivos não-financeiros que podem ser coletivamente conseguidos através do exercício de uma boa gestão e liderança, competências estas que beneficiam os profissionais de saúde em todos os níveis do sistema organizacional. Os gestores procuram, em contextos de mudança, respostas alternativas para ganhar o comprometimento e envolvimento dos trabalhadores e, dessa forma, encontrar um maior equilíbrio entre eficiência económica e eficiência social, bem como a implementação efetiva das mudanças objetivadas (Oliveira et al., 2014; Rayton & Yalabik, 2014). Tal exige a

coordenação, cooperação, esforço e aprendizagem de todos os agentes envolvidos nos vários domínios de atuação organizacional e operacional, através da conciliação de estilos de liderança transacionais e transformacionais; em conjunto, estes dois estilos de liderança, concentrados num gestor de forma equilibrada, permitem quebrar as tensões entre os objetivos economicistas e os sociais (Oliveira et al., 2014).

Desde a adoção da NGP como o novo paradigma para a gestão do setor público, tem sido dada cada vez mais atenção às lógicas institucionais e à forma como as prioridades defendidas a nível governamental podem ser adotadas retoricamente pela gestão de topo das organizações públicas (Oliveira & Holland, 2013; Oliveira et al., 2014; Osborne & Brown, 2005; O'Donnell, O'Brien, & Junor, 2011; Pollitt, 2004). A implementação efetiva da mudança de práticas de gestão do desempenho passa pela adequada gestão do 'interface cognitivo' (Andreasson, Eriksson, & Dellve, 2016; Raes, Heijltjes, Glunk, & Roe, 2011) entre os gestores (apenas com prioridades económicas) e os 'gestores híbridos' (Oliveira, Raposo, Holland, & Lira de Carvalho, 2017). Na conciliação das diferentes prioridades subjacentes às lógicas organizacionais e operacionais, reclama-se da falta de gestão participativa e de suporte por parte da equipa de gestão de topo, que desempenha a sua função *"à margem da opinião médica"* (Médico Gestor Operacional 3, Fase 1) ao *"ignorar um bocadinho o que é a vida do dia-a-dia das pessoas e não valorizar esses aspetos clínicos"* (Médico Gestor Operacional 4, Fase 1); os médicos poderiam apoiá-los *"num sentido real, diário, prático e não apenas ouvir só para dizer que não deixa de ouvir"* (Médico Gestor Operacional 3, Fase 1) (Oliveira & Filipe, 2015b; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a). A combinação dos desafios clínicos e organizacionais, exige um constante diálogo, uma comunicação efetiva entre aqueles diferentes níveis de gestão e entre os profissionais dos diferentes domínios de práticas, o que aumenta a necessidade de uma coordenação relacional (quer horizontal, quer vertical) e de uma liderança efetiva, em todos os níveis organizacionais (Gittell, 2009, 2011, 2012; Gittell, Seidner, & Wimbush, 2010; Gittell, Beswick, Goldmann, & Wallack, 2015; Gittell, Weinberg, Pfefferle, & Bishop, 2008; McAlearney, 2006). Nesse sentido, procurou-se dar um contributo, ainda que muito modesto, para o estudo da liderança e da coordenação relacional enquanto facilitadores para a reconciliação de prioridades, lógicas, domínios de práticas e expectativas, dentro e fora das fronteiras intra e inter organizacionais, muito em especial, das organizações de serviços públicos hospitalares e em processos de reestruturação organizacional (Oliveira & Filipe, 2016, 2017).

No contexto de realização do nosso estudo, tratando-se de uma organização complexa e de prestação de serviços com elevado impacto social, é necessário ter ainda em consideração que as lógicas institucionais que regulam as lógicas organizacionais, por vezes, deixam pouca margem para a flexibilidade que, na maioria dos processos de mudança, é necessária para a conciliação das diferentes lógicas de gestão (McCann, Granter, Hassard, & Hyde, 2015). Daqui resulta a importância de compreender a relação GRH-desempenho organizacional numa dupla perspetiva: (1) individual e de equipa, em que o enfoque da GRH deve ser a gestão das relações de emprego, promovendo a gestão efetiva dos contratos psicológicos, em termos de incentivos do empregador ao empregado e os contributos do empregado para com o empregador; e (2) organizacional, em que a GRH procura ser um contributo para a reconciliação de diferentes lógicas e para o ‘alisamento’ das fronteiras (*boundaries*) inter e intra-práticas (não só de gestão como também as práticas específicas inerentes às atividades da organização) (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). A implementação de práticas de GRH que se ajustem a estas duas perspetivas passará, inevitavelmente, pela redefinição dos modelos de liderança (não só individual como de equipas), para sistemas que promovam a qualidade das relações entre líderes e seguidores (Flinchbaugh et al., 2016; Storey, 2016). Dessa forma, potencialmente, contribui-se para o desenvolvimento de ambientes de trabalho que deem um maior sentido de pertença e integração aos profissionais, não apenas nos serviços e unidades em que desempenham as suas funções, mas na organização como um todo, como o demonstram vários autores e estudos (e.g., Barling, Weber, & Kelloway; 1996; Bass, 1999; Judge & Piccolo, 2004; Kane & Tremble, & Trueman, 2000; Storey, 2016). Tal exige uma ‘abordagem estratégica compreensiva’, um equilíbrio entre liderança, comprometimento dos gestores e o envolvimento dos níveis inferiores (Longo, 2007), que promova o desempenho dos seguidores em termos de produtividade, mas com respeito pelo bem-estar psicológico (Pescud et al., 2015). Nesse sentido, os gestores deverão preocupar-se com os aspetos motivacionais e encontrarem novas formas de motivação (Berman et al., 2010; Storey, 2016).

Para que as reestruturações organizacionais sejam de facto implementadas é fundamental que as diferentes lógicas (i.e., institucionais, organizacionais e operacionais) se aproximem mais em termos de prioridades de atuação e meios de ação (Oliveira & Filipe, 2014a, 2014b, 2014c, 2015a; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a, 2013b). Mesmo ao nível dos diferentes domínios de práticas, ao identificarmos ‘confrontos’, quer intra-práticas, quer inter-práticas, concluímos que o suporte institucional e organizacional será fundamental para que a nível operacional se consigam implementar essas mudanças (Ewenstein, Smith, & Sologar, 2015; Kurtessis et al.,

2015). As práticas de coordenação relacional são consideradas, mas apenas de forma implícita (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). Para que os benefícios associados a melhores níveis de comunicação, partilha e respeito mútuo sejam sustentáveis e resultem em desempenho organizacional superior, as práticas de coordenação relacional deverão ser consideradas de forma explícita e transversalmente a todos os níveis organizacionais e domínios de práticas (Oliveira & Filipe, 2016, 2017), nas suas várias vertentes (i.e., partilha de objetivos, partilha de conhecimentos, respeito mútuo, comunicação frequente, comunicação atempada, comunicação precisa e comunicação para a resolução de problemas) (Gittell, 2011). Tal requer autonomia relativa ao nível operacional e uma liderança efetiva, intra e inter equipas, unidades e serviços (Oliveira & Filipe, 2016, 2017; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a).

Em situações em que é necessário grande conhecimento para a tomada de decisão e em que os membros da equipa possuem elevado conhecimento, para uma bem-sucedida troca de informação e boas decisões de equipa, todos os membros devem partilhar o seu conhecimento e as suas visões (Meyer et al., 2016). Por outras palavras, todos os membros da equipa devem, com respeito mútuo, participar na troca de informação, partilha de objetivos e de conhecimentos, através de comunicação frequente, atempada, precisa e isenta de erros (Gittell, 2011, 2012). ‘Abrir espaço’ para a participação dos membros da equipa na tomada de decisão da equipa é o aspeto central do estilo de liderança participativo, *“tomada de decisão conjunta, ou pelo menos partilha de influência na tomada de decisão, entre um superior e os seus subordinados”*<sup>84</sup> (Somech & Wenderow, 2006, p. 747). Os líderes participativos atribuem grande valor ao conhecimento dos seus seguidores, procuram um contacto frequente para a partilha desse conhecimento e utilizam o conhecimento dos seus empregados na tomada de decisão (Raes, Heijltjes, Glunk, & Roe, 2011). Nesse sentido, os líderes participativos não só estimulam a partilha de maiores níveis de informação, como também satisfazem elevadas necessidades dos membros da equipa, tais como autonomia e respeito, aumentando, dessa forma, a satisfação no trabalho, particularmente em contextos em que as tarefas são complexas e a informação é heterogénea (Meyer et al., 2016).

As maiores exigências em termos de desempenho organizacional implicam também maiores exigências em termos de desempenho individual e de equipas o que, por sua vez, exige reconfigurações da teia de relações existente entre os vários ‘atores’ organizacionais

---

<sup>84</sup> Tradução livre de: “joint decision making, or at least shared influence in decision making, by a superior and his or her employees” (Somech & Wenderow, 2006, p. 747).

(Flinchbaugh et al., 2016). Tal exige que os gestores tenham competências de formação de equipas, para o desenvolvimento e crescimento profissional dos empregados, compromisso com a cultura organizacional instalada e com a qualidade (Alvesson & Sveningsson, 2015). No setor público da saúde, estas mudanças exigiram que os profissionais (clínicos e não clínicos) desenvolvessem novas capacidades e conhecimentos, o que aumentou a pressão para uma melhor preparação dos líderes, a todos os níveis (Bartram & Dowling, 2013; Dussault & Dubois, 2003; Flinchbaugh et al., 2016; Storey, 2016). No entanto, apesar de demonstrarem a importância de possuírem conhecimentos nessa área, alguns dos gestores referem-se à falta de competências de liderança individual e de equipas (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). A formação destes profissionais, em termos de preparação para cargos de gestão, tem-se limitado a conceitos teóricos que não têm efeitos imediatos na prática (Chen et al., 2006; Weiszbrod, 2015). A falta de formação em gestão pode traduzir-se numa menor preparação para a liderança e revelar-se como um obstáculo não à gestão dos serviços em si, mas ao processo de articulação e coordenação relacional com outros níveis de gestão, ou seja, coordenação vertical (Bos-Nehles et al., 2013; Storey, 2016; Vinger & Cilliers, 2006). De acordo com Chen e seus colegas (2006), a formação em gestão e uma melhor preparação dos líderes tem que fazer parte da estratégia destas organizações, no sentido de assegurarem o aumento de eficiência económica na prestação de cuidados de saúde, sem desconsiderarem, no entanto, os fatores de motivação e de satisfação, quer dos profissionais, quer dos utentes e uma resposta social assente na sustentabilidade organizacional e, conseqüentemente, do sistema de saúde em sentido lato.

De acordo com Allinson e seus colegas (2001) a compreensão, pelos gestores, das implicações das diferenças entre os vários estilos de liderança pode ser uma base para fomentar melhores relações de trabalho entre líderes e seguidores. Para um maior equilíbrio entre o estilo de liderança transformacional e transaccional (este também necessário para atingir os resultados objetivados com as reestruturações) e para que os mecanismos de coordenação relacional sejam também transversais a todas as unidades, serviços, bem como domínios de práticas (intra-práticas e inter-práticas) e diferentes níveis de lógicas (i.e., institucionais, organizacionais e operacionais) (Oliveira & Filipe, 2016, 2017) é essencial que a formação dos gestores-líderes se direcione para modelos que fomentem o desenvolvimento das relações, não apenas com os seus subordinados como também com os seus pares de diferentes níveis da estrutura organizacional (Chen et al., 2006; Denis & van Gestel, 2016; Martin, Beech, MacIntosh, & Bushfield, 2015; Weiszbrod, 2015), de modo a aumentar a qualidade da relação de troca líder-

membro (LMX) e, dessa forma, induzir o elevado desempenho humano. Sugerimos que os programas de liderança direcionados para líderes de equipas complexas e multidisciplinares deverão focar-se na formação simples, mas de comportamentos de liderança efetivos, tais como ‘colocação de questões’ (Meyer et al. 2016), reciprocidade e coordenação relacional (Gittell, 2011, 2012), em vez de se focarem em teorias complexas de liderança, frequentemente com vagas, sobrepostas e grandes definições de estilos de liderança, de pouco sentido prático (Yukl, 1999).

Matzler e colegas (2015), argumentam que as relações LMX de natureza social, em oposição às económicas, se relacionam positivamente com o desempenho dos subordinados, uma vez que as relações de troca de ‘elevada qualidade’ aumentam os níveis de envolvimento dos seguidores no trabalho. Empregados envolvidos têm maiores níveis de energia, são mais entusiásticos, são inspirados e sentem-se orgulhosos pelo seu trabalho. Dependendo as atitudes e comportamentos dos profissionais das atribuições que fazem relativamente às intenções de implementação das práticas de GRH, a implementação de adequados sistemas de comunicação e de uma cultura de aprendizagem é desejável (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). Os problemas precisam de ser diagnosticados e as estratégias implementadas, pelo que os departamentos de GRH devem estar ligados com a estratégia da organização e as atividades de GRH integradas nas funções diárias dos gestores (Delahaye, 2015; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a; Pynes, 2004), numa perspetiva sistémica de integração (Delery & Gupta, 2016).

### **Modelo integrativo para a efetiva implementação da gestão do desempenho humano**

Os resultados indicam que coordenação relacional efetiva – e a aprendizagem – entre as unidades e os serviços foram procuradas pelos profissionais de saúde como gestores, mas comprometidas pela intensidade das pressões para a eficiência económica, em termos de aumento do *turnover* dos pacientes e pela fusão de hospitais e serviços, sem a devida consulta. Sugerem a necessidade de alargar a coordenação relacional da ligação horizontal entre unidades e serviços para uma coordenação relacional *base-up*, com autoridade suficiente para os gestores operacionais se ‘fazerem ouvir’ em níveis mais elevados sobre a medida em que as pressões para a eficiência económica comprometeram a eficiência social na prestação do serviço aos pacientes e o bem-estar psicológico dos profissionais de saúde, bem como permitir um maior grau de autonomia relativa para esses gestores, como líderes ao nível operacional, nas decisões sobre como implementar, quer a mudança, quer as práticas de GRH.



A principal responsabilidade pelo desenvolvimento das políticas e práticas de GRH pertence à gestão de topo, em coordenação com o departamento de RH (a existir) e a gestão intermédia (Currie & Procter, 2001), podendo ser chamada a intervir no sentido de implementar medidas corretivas e adaptar a estratégia, sempre que necessário (Walker & Boyne, 2006). No entanto, seguindo as diretivas estratégicas da gestão de topo e da própria função de GRH, são os gestores de primeira-linha os responsáveis pela implementação das práticas de GRH a nível operacional (Raes, Heijltjes, Glunk, & Roe, 2011). Uma vez que são os gestores de primeira-linha que têm a responsabilidade última, quer pelos processos, quer pelos resultados da organização (Ulrich, 1998), deverão ser estes a dar o exemplo sobre a forma como as atividades de GRH se integram na gestão organizacional (McDermott et al., 2013). Para levarem a cabo essa missão e para a eficácia da GRH, o bom desempenho dos gestores de primeira-linha é fundamental, devendo, nas palavras de Ulrich (1998), tornar-se '*HR champions*'.

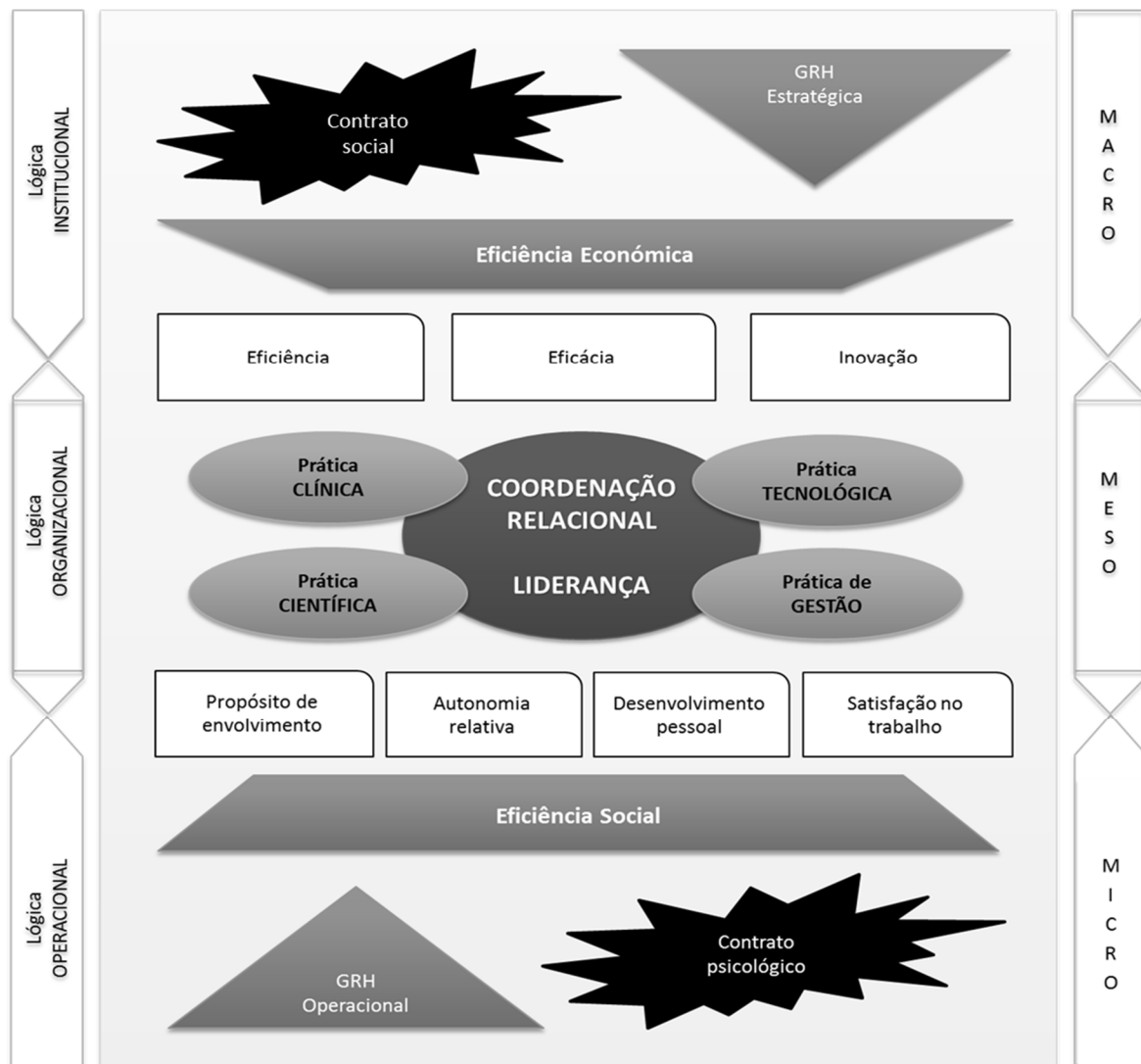
No entanto, de acordo com Bos-Nehles e seus colegas (2013), estes profissionais têm-se demonstrado relutantes, pouco motivados ou mesmo incapazes de assumir eficazmente esse novo papel, não apenas pelos obstáculos que experienciam no cumprimento dessa função ao nível operacional, como também pela falta de coordenação e envolvimento que, por vezes, se verifica no processo de definição das práticas de GRH, à margem da opinião de que tem que implementar as práticas a nível operacional. Vinger e Cilliers (2006) consideram que existe uma crescente incapacidade por parte dos gestores de primeira-linha de desenvolverem e reforçarem os seus papéis e propósitos de implementação das práticas de GRH. Estes poderão sentir-se mais constrangidos no papel mediador que estabelecem com os empregados de primeira-linha, particularmente em organizações públicas, conforme referem Brewer e Walker (2013). Os gestores intermédios, uma vez que estão envolvidos, quer no desenvolvimento, quer na implementação da GRH (Currie & Procter, 2001), deverão constituir-se como '*modelos*' a seguir pelos gestores de primeira-linha, demonstrando o seu comprometimento com a GRH (Jackson & Humble, 1994; Hutchinson & Purcell, 2007). Além disso, estão mais próximos da gestão de topo e, dessa forma, mais próximos também dos profissionais/gestores de RH (Currie & Procter, 2001), confrontando-se com objetivos, exigências e expectativas diferentes que vêm '*de cima*' e '*de baixo*' (Hallier & James, 1997a). Nesta ligação, a literatura (e.g., Coyle-Shapiro & Kessler, 2000; Rousseau, 2004; Turnley & Feldman, 2000) atribui-lhes o papel de representantes da organização na definição e regulação das expectativas dos seus subordinados e gestão das relações de emprego.

Tendo em consideração a importância da liderança e da coordenação relacional na facilitação da mudança e da reconciliação de diferentes prioridades e lógicas de gestão, bem como da gestão das expectativas dos profissionais (i.e., o conteúdo do contrato psicológico), no contexto de mudança de lógicas, particularmente de gestão do desempenho humano e perante confrontos múltiplos intra e inter-práticas, na **Figura 70** apresentamos um modelo conceptual integrativo para a gestão da mudança de lógicas de gestão do desempenho em hospitais.

No modelo, consideramos diferentes níveis de lógicas de gestão do desempenho, que variam entre maiores níveis desejados de eficiência económica a nível institucional (macro), até maiores níveis de eficiência social, principal lógica de desempenho a nível operacional (micro). Ao nível da lógica organizacional (meso) procura-se o equilíbrio entre eficiência económica e eficiência social. Consideramos a importância da coordenação relacional e da liderança (transaccional, transformacional e LMX) para a implementação da gestão do contrato psicológico como prática de gestão das organizações públicas de saúde definida a nível macro (enquanto prática transversal à GRH estratégica e GRH operacional e aos diferentes domínios de práticas) e obtenção de elevado desempenho, quer organizacional, quer humano (eficiência económica e eficiência social).

Integramos ainda no nosso modelo o conceito de contrato social, num sentido abrangente, estabelecido a nível macro, pelo seu princípio unificador de um conjunto de regras ou leis pelas quais uma sociedade deve governar a si mesma. A 'teoria do contrato social' também tem sido aplicada a contextos organizacionais, onde é usada para orientar práticas e políticas de gestão (Keeley, 1988). Jean-Jacques Rousseau (1762/1962) queria que o seu contrato social fosse escrito, para que pudesse haver um termo de referência para aqueles que, mais tarde, viessem desafiá-lo. Mas ele também reconheceu que o diálogo que poderia promovê-lo identificaria e materializaria o que, de outra forma, seriam valores tácitos, usando explicitamente a palavra 'tácito' em relação aos valores e enfatizando o diálogo como um meio de fazer emergir o que as pessoas sabiam que valorizavam, mas não tinham pensado sobre como poderiam alcançá-lo (Rousseau, 1762/1962, cap. VII). Isso aconteceu muito antes da teoria de gestão mais recente que evidencia o conhecimento tácito na teoria da análise do discurso com base na '*grounded theory approach*' (Strauss, 1987; Strauss, 1987; Strauss & Corbin, 1990, 1998), procedimento que adotámos no estudo de caso, na análise do discurso dos gestores organizacionais e operacionais em termos de coordenação relacional.

Figura 70 – Modelo integrativo de gestão do desempenho humano



Fonte: adaptado de Oliveira, Holland, & Filipe (2016)

E que acrescenta uma dimensão à literatura da coordenação relacional de Gittell (2009, 2011, 2012, 2016) e ‘*boundary spanning*’ de Mørk e colegas (2012), que tivemos também em consideração. No sentido de que a coordenação relacional é o que Rousseau (1762/1962) buscava alcançar entre aqueles que podiam concordar com um contrato social e, assim, conseguir uma reconciliação cooperativa de diferenças, em vez de conflito. E que não estaria limitado apenas às relações diádicas entre dois indivíduos, como um empregador e um empregado, ou um gestor de linha e um empregado, nos termos do contrato psicológico de Denise Rousseau (1989, 2004), mas que diria respeito a toda uma sociedade. E o que sugerimos é que tal tem que ser recuperado no sentido de que, para que a gestão da mudança na saúde seja eficaz, precisa de uma coordenação relacional entre os níveis operacional e organizacional

em que aqueles que sabem pela experiência direta ‘o que está certo’, ‘menos certo’ ou ‘errado’, pode ser expressa – como também na preocupação de Rousseau em expressar o que são valores confirmados ou contraditórios – em níveis mais elevados (Holland, 2015, 2017).

No sentido de Mørk e colegas (2012), dentro dos hospitais, a coordenação precisa ser horizontal. No entanto, na prática, no *National Health Service* (NHS) britânico e depois inglês, tal tem ocorrido no sentido *top-down* com a imposição de protocolos de desempenho sem a aprendizagem organizacional que é necessária para que qualquer estratégia de gestão de mudança seja eficaz. Ao mesmo tempo, deixando de ‘aprender’ a partir dos níveis operacionais sobre o que pode estar a ‘correr bem’, na prática comprova-se como errado em termos de eficiência social quer para os profissionais de saúde quer para os pacientes e, assim, ocorre uma violação, quer dos contratos sociais, quer dos contratos psicológicos.

### **5.3. LIMITAÇÕES DO ESTUDO E PISTAS DE INVESTIGAÇÃO FUTURA**

#### **Limitações do estudo**

Apesar dos contributos e implicações que apresentámos, ao estudo de caso realizado poderão ser atribuídas diversas limitações.

Para captar a perspetiva do empregador e as obrigações mútuas implícitas na relação de emprego, a organização em estudo teve que ser personificada, admitindo-se, portanto, que os empregados veem as ações dos agentes da organização como as ações da própria organização (Rousseau, 1989). Ao decidirmos analisar os discursos dos gestores (intermédios e de primeira-linha) enquanto representantes da organização, corremos o risco de enviesamento da informação. Estes gestores são, simultaneamente, empregados e agentes da organização podendo, dessa forma, ter dificuldade em satisfazer, simultaneamente, os seus próprios interesses e os da organização, ou mesmo com outras obrigações formais, dada a sua posição: como empregados têm a sua própria relação de emprego com a organização e, ao mesmo tempo, representam a organização no processo de gestão da relação de emprego com os seus subordinados (Hallier & James, 1997a; Tekleab & Taylor, 2003). Acresce ainda que, para concluirmos sobre os incentivos proporcionados pela organização, considerámos o contrato psicológico como um conjunto uniforme de expectativas partilhadas entre todos os empregados. Uma organização é um coletivo de expectativas múltiplas e diversas, detidas por

um grande número de atores, pelo que dentro da mesma organização, poderão gerar-se expectativas bastante diferentes (Anderson & Schalk, 1998).

A gestão do contrato psicológico não é, no Centro Hospitalar, considerada como uma prática explícita de GRH, não o sendo também de forma implícita (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). No entanto, é reconhecida a importância de o contrato psicológico ser considerado. Para que o mesmo seja efetivamente implementado, a sua explicitação como prática de GRH deverá ser feita, de forma transversal, a todos os indivíduos, serviços, domínios de práticas e níveis de gestão, para o que é fundamental a sua institucionalização, como prática efetiva do sistema e sua aplicação a todo o Serviço Nacional de Saúde (SNS) (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). No entanto, a aplicação prática que apresentamos não é isenta de críticas. De acordo com Conway e Briner (2005), um contrato formal e explícito que define os termos da relação entre o empregado e a organização (o que é esperado que o empregado faça e o que a organização dará em troca) parece ser melhor rotulado como um contrato de trabalho tangível ou legal do que como um contrato psicológico. Ao propormos que os termos de troca inerentes à relação de emprego no âmbito do contrato psicológico sejam explicitados entre a organização e os seus empregados, contradizemos a lógica de termos de troca implícitos que é atribuída ao contrato psicológico na literatura. De facto, o conceito foi definido por vários autores (e.g., Herriot & Pemberton, 1997; Morrison & Robinson, 1997; Rousseau, 1995) com recurso a expressões tais como ‘crenças’ e ‘perceções’. Apesar de ser geralmente aceite que o contrato psicológico compreende quer promessas implícitas, quer promessas explícitas (Conway & Briner, 2005), vários autores defendem que um contrato psicológico abrange, predominantemente, promessas implícitas, não escritas e formalizadas em qualquer documento. Ou seja, entre empregador e empregado existe um contrato de trabalho implícito na medida em que não é formulado claramente, e é sugerido apenas de forma vaga. Por exemplo, Schein (1965) referiu que as expectativas contidas no contrato psicológico “*não são escritas em nenhum contrato formal entre o empregado e a organização*” (p. 11). Rousseau (1995) também define contrato psicológico referindo-se a um acordo implícito entre o indivíduo e a organização. Mais recentemente, Guest e Conway (2002), referem-se às “*promessas e obrigações recíprocas implícitas nessa relação*” (p. 22). No entanto, foi defendido que uma das formas de melhorar a gestão do contrato psicológico é tornando-o mais explícito (Herriot & Pemberton, 1995). A questão que se poderá colocar é se ao fazê-lo não se corre o risco de transferir a gestão do contrato psicológico do domínio psicológico e implícito para o domínio dos contratos formais e explícitos, tal como argumentado por Guest (1998). E esse parece ser um assunto que merece

ainda algum debate para definir os limites da conceptualização do contrato psicológico a este nível: quão explícita deverá ser uma promessa para deixar de ser considerada parte do contrato psicológico e passar a ser parte integrante do contrato de emprego legal e formal (Conway & Briner, 2005; Sels, Janssens, van den Brande, 2004; Wellin, 2016).

Outra das limitações do nosso estudo prende-se com a metodologia utilizada para recolha de dados. Os dados obtidos através de entrevistas representam percepções, opiniões e crenças sobre o tópico com que os entrevistados foram confrontados no momento da entrevista (Creswell, 2012) e, como tal, imbuídos da carga emocional associada aos momentos de mudança organizacional em que os dados foram recolhidos (Duarte, 2004; Kvale, 2008). Nesse sentido, os discursos ilustrativos dos gestores com os quais fundamentámos a nossa análise devem ser lidos com o grau de subjetividade implícito aos estudos de caso de base qualitativa. Os dados qualitativos recolhidos no estudo não são passíveis de tratamento estatístico com vista ao estabelecimento de relações e referências cruzadas entre as categorias e subcategorias identificadas (Oliveira & Filipe, 2015b). Por exemplo, entre os estilos de liderança (mais transacionais ou transformacionais) evidenciados pelos gestores e a importância dada a cada um dos incentivos inerentes ao contrato psicológico, ou entre o estilo de liderança e as prioridades que cada um dos gestores coloca relativamente ao desempenho das respetivas unidades e RH que lideram. Para ultrapassar esta limitação, foi desenvolvido um questionário (já aplicado e cujos resultados serão apresentados noutra investigação) que permitirá operacionalizar o modelo de gestão do desempenho proposto e a integração de todos os aspetos que lhe subjazem num modelo conceptual estruturado (Oliveira & Filipe, 2015b, 2016, 2017). Nesse sentido, deverá permitir aferir sobre a relação existente entre: (1) aspetos atitudinais e comportamentais (p.e., satisfação, envolvimento, comprometimento) e desempenho dos funcionários (bem como da unidade ou serviço em que exercem as suas funções) e ligações com a liderança e gestão do contrato psicológico, (2) percepções de desempenho individual vs desempenho individual real e (3) atribuições da mudança de lógicas e de práticas: eficiência - redução de custos, aumento da qualidade, bem-estar psicológico e cumprimento da legislação. No questionário a aplicar aos gestores serão ainda recolhidos dados sobre (4) os vetores de coordenação relacional que estão presentes nas suas dinâmicas de gestão e quais os mais valorizados para se conseguir um 'esbatimento' de fronteiras efetivo e conciliador das opiniões dos diferentes intervenientes nos processos de gestão, em especial no que se refere à prática clínica. Serão ainda consideradas questões relacionadas com (5) os

confrontos intra-práticas e inter-práticas de modo a concluir sobre a subsistência (ou não) de desafios ao nível das fronteiras existentes, explícitas ou implícitas.

### **Pistas de investigação futura**

O nosso trabalho de investigação foi, entre outros fatores, motivado pelos estudos recentes que dão conta que, apesar dos gestores advogarem elevado comprometimento com a estratégia organizacional de GRH, a nível operacional, a prática (gestão intermédia e de primeira-linha) tem revelado discrepâncias entre a retórica e a realidade (Legge, 2005). A estratégia organizacional de GRH poderá dar um sinal positivo sobre as boas práticas de GRH (*intended HRM practices*); no entanto, existem ainda muitas dúvidas se as mesmas são implementadas e efetivamente aplicadas e se surtem os resultados de desempenho desejados (Legge, 2005). Na literatura, apela-se a que este paradoxo seja compreendido em maior profundidade (Guest, 2011; Katou, Budhwar, & Patel, 2014; Legge, 2005), através de estudos que explorem as ligações entre a GRH (estratégica) e a GRH implementada a nível operacional pelos gestores intermédios e de primeira-linha, particularmente no que se refere aos desafios e facilitadores de coordenação e de implementação (Bos-Nehles, van Riemsdijk, & Kees Looise, 2013; Guest, 2011; Raes, Heijltjes, Glunk, & Roe, 2011).

Nesse sentido, consideramos relevante a realização de estudos que permitam uma melhor compreensão dos desafios que se colocam ao nível da GRH, em particular da gestão do desempenho humano, e sobre o que está a bloquear, a nível operacional, a implementação efetiva das políticas e práticas definidas em termos estratégicos, a nível organizacional e institucional (Andreasson, Eriksson, & Dellve, 2016; Delahaye, 2015). Conforme discutimos, apesar dos vários modelos conceptuais e empíricos que colocam as atitudes e os comportamentos dos profissionais como mediadores na explicação da relação GRH-desempenho, e que demonstram que trabalhadores mais satisfeitos, motivados e com elevado bem-estar psicológico, evidenciam maior nível de envolvimento e maiores desempenhos (Donald et al., 2005; Robertson & Cooper, 2010; Wright & Cropanzano, 2000), a literatura (e.g., Guest, 2011; Katou, Budhwar, & Patel, 2014; Legge, 2005; Paauwe, 2009; Paauwe, Wright, & Guest, 2013; Stone & Deadrick, 2015) reconhece que muito ainda está por explorar para melhor se compreender os processos que conduzem a essa relação positiva. Em particular, tem-se apelado à realização de estudos compreensivos que identifiquem os fatores que condicionam

(ou não) a sua efetiva implementação (e.g., Buick et al., 2015; Guest, 2011; Katou, Budhwar, & Patel, 2014).

Apesar de serem propostas como o mecanismo mediador na relação GRH-desempenho organizacional, as percepções sobre a força da GRH (e.g., Dello Russo, Mascia, & Morandi, 2016; Ostroff & Bowen, 2016) e as atribuições dos empregados sobre a GRH (e.g., Chen & Wang, 2014; Katou, Budhwar, & Patel, 2014; Nishii & Wright, 2008; Sanders & Yang, 2016; Tandung, 2016), continuam a ser áreas de estudo pouco desenvolvidas e que requerem maior investigação. Tal como questionado por Guest (2011): *“através de que processos a GRH tem um impacto sobre o desempenho?”*<sup>85</sup> (p. 7). Para responder a esta questão, Guest (2011) sugere que os modelos de investigação devem considerar *“explicações alternativas explícitas em vez de se focarem apenas na GRH e resultados”*<sup>86</sup> (ibid., p. 7). Outras das questões que tem sido colocada relaciona-se com as alternativas à GRH de elevado comprometimento: *“se não são as práticas de GRH de elevado comprometimento, então que outras formas de gerir os RH conduzem a elevados desempenhos e a outros resultados positivos?”*<sup>87</sup> (ibid., p. 7).

Com o nosso estudo demos apenas um contributo muito modesto para essa explicação, considerando a liderança (transacional, transformacional) e a coordenação relacional como mediadores na relação entre o contrato psicológico (antecedente) e um elevado desempenho humano o organizacional (resultados). Recentes quadros teóricos enfatizam que, em especial, as percepções dos empregados sobre a forma e intenções de implementação das práticas de GRH são importantes para direcionar as suas reações (atitudes e comportamentos) e, conseqüentemente, o seu desempenho e o da organização, pela via das interpretações que aqueles fazem do clima organizacional (Bowen & Ostroff, 2004; Ostroff & Bowen, 2016). Apesar de reconhecido como um forte mediador entre a GRH e o desempenho organizacional, existe pouca investigação e entendimento sobre a forma como o clima organizacional se desenvolve (Bowen & Ostroff, 2004). Nesse sentido, continua a ser relevante a realização de estudos de natureza qualitativa e compreensiva que procurem respostas e ofereçam evidência empírica sobre os processos que, na perspetiva dos responsáveis pela gestão do desempenho humano

---

<sup>85</sup> Tradução livre de: “what is the process whereby HRM have an impact on performance?” Guest (2011, p. 7).

<sup>86</sup> Tradução livre de: “explicitly alternatives explanations rather focussing just on HRM and outcomes” (Guest, 2011, p. 7).

<sup>87</sup> Tradução livre de: “if not a form of high commitment HRM, then what other ways of managing the workforce lead to high performance and other positive outcomes?” (Guest, 2011, p. 7)



(gestores intermédios e de primeira-linha) e em organizações complexas (van der Voet, Kuipers, & Groeneveld, 2015), desafiam (ou não) a implementação efetiva de práticas de GRH que contribuam para um clima organizacional que suporte a gestão do desempenho organizacional na perspetiva da gestão das expectativas e do contrato psicológico (Cassar & Buttigieg, 2015; Kurtessis et al. 2015).

O comportamento de liderança é comumente definido e operacionalizado através de perceções de resultados favoráveis (Meyer et al., 2016). Por exemplo, o comportamento de liderança transformacional, como vimos, tem sido definido como o comportamento do líder que muda a estrutura de motivos dos seguidores de tal forma que estes aceitam as metas definidas pelo seu líder ou da sua própria organização, o que resulta num esforço extra (Judge & Piccolo, 2004; van Knippenberg & Sitkin, 2013). De acordo com Meyer e colegas (2016) e Boer e colegas (2016), embora úteis, tais definições não deixam claro quais os comportamentos específicos que ajudam a alcançar esses resultados. Tal como referem van Knippenberg e Sitkin (2013), a questão ‘quais os comportamentos específicos’ que levam à eficácia de equipa e atribuições positivas numa situação específica, como a tomada de decisão da equipa, permanece praticamente sem resposta. Para responder a este *gap* na investigação, Meyer e seus colegas (2016) propõem que o comportamento do líder seja estudado ao nível micro, ou seja, de tal forma que o comportamento do líder se refira mesmo aos comportamentos do líder que podem ser observados de forma objetiva; o que implica que a conduta observável e a interação do líder com os membros da equipa sejam colocadas no centro do processo.

As políticas de GRH e as estratégias para a implementação da mudança de práticas tendem a ser desenhadas ‘*top down*’ (Al-Haddad & Kotnour, 2015). Guest e Bos-Nehles (2013) e Paauwe, Wright e Guest (2013) defendem que um clima de GRH ‘forte’ precisa de relacionar os níveis operacionais com os resultados. Guest e Bos-Nehles (2013) referem que a investigação em várias organizações aponta para a existência de variação, quer nas perceções de GRH, quer na sua eficácia; no entanto, a investigação tem dado menos atenção à variação dentro da própria organização. No nosso estudo, as entrevistas foram realizadas apenas com gestores intermédios e de primeira-linha, o que constitui também uma limitação. A gestão de topo deverá também ser considerada no sentido de se poder concluir sobre a exigência de divergências entre intenções (em termos estratégicos), realidades (de implementação ao nível tático) e de retóricas (perceções dos gestores) no que respeita aos processos de reconciliação e gestão das diferentes práticas, em particular de gestão do desempenho humano, gestão das

expectativas dos profissionais e equipas (em comparação com a gestão da sua produtividade e desempenho) e gestão das relações (em termos de coordenação relacional intra e inter-práticas) para o desenvolvimento de um clima organizacional facilitador de um elevado desempenho organizacional.

Qualquer reestruturação implica, necessariamente, mudança das práticas políticas-de gestão, mas também das práticas substantivas. Devido aos efeitos negativos que a mudança poderá ter sobre os empregados e a relação de emprego (p.e., aumento da insegurança e incerteza) e, conseqüentemente, sobre os seus desempenhos e bem-estar psicológico, um dos maiores desafios que se coloca às organizações, é a criação e manutenção de um clima organizacional apropriado para a implementação da mudança (Applebaum, St-Pierre, & Glaves, 1998; Robertson & Cooper, 2010). Nesse sentido, é de interesse identificar e compreender de que forma as diferentes perceções da mudança para os gestores de topo, gestores intermédios e de primeira-linha, podem facilitar ou frustrar a mudança em si mesma (Al-Haddad & Kotnour, 2015; van der Voet, Kuipers, & Groeneveld, 2015). Em concreto, deverão ser conduzidos estudos que identifiquem a natureza dos desafios (e facilitadores) que bloqueiam (ou não) o desenvolvimento de um clima e ambientes organizacionais favoráveis à reconciliação de lógicas e de domínios de práticas (McCann, Granter, Hassard, & Hyde, 2015).

Quanto à conciliação das lógicas organizacionais e operacionais, para a efetiva implementação estratégica global (e também da GRH), Raes e colegas (2011) sugerem que é preciso um maior entendimento sobre as perceções da equipa de gestão de topo e dos gestores intermédios sobre a ‘flexibilidade cognitiva’ (*cognitive flexibility*) e ‘negociação integrativa’ (*integrative bargaining*), que deverá existir no relacionamento entre diferentes níveis de gestão. Os autores propõem que tal seja obtido através de entrevistas que explorem as potenciais diferenças de posicionamento destes profissionais, perante o desafio de gerir RH, quando diferentes lógicas de gestão conflituam. Os mesmos autores propõem ainda que a aplicação desta técnica deve ser feita, preferencialmente, a apenas uma organização, de modo a estudá-la em profundidade e assim concluir sobre as mudanças de discurso e perceções ao longo do tempo.

Cerca de 90% dos estudos empíricos sobre as expectativas inerentes às relações de emprego (contrato psicológico) têm utilizado estratégias quantitativas de recolha de dados para estabelecer relações quantitativas entre variáveis, concluindo sobre a sua significância estatística e utilizando técnicas de análise de dados, tais como a regressão múltipla e a correlação (Conway & Briner, 2005). A utilização de metodologias de investigação alternativas

e a aplicação de teorias explicativas complementares é potencialmente benéfica para um melhor entendimento sobre a forma como o contrato psicológico se forma e sofre alterações ao longo do tempo (Conway & Briner, 2005; Coyle-Shapiro & Parzefall, 2008). Além do mais, sendo a essência das relações de emprego tão subjetiva e diferente para cada indivíduo (Rousseau, 1995), que existe “*nos olhos do seu detentor*” (Rousseau & McLean Parks, 1993, p. 18), consideramos que as entrevistas são fundamentais para compreender de que forma os gestores (enquanto representantes da organização) percebem e descrevem os aspectos chave inerentes à gestão dos incentivos e do desempenho dos indivíduos das equipas que lideram (Bryman, 2004, 2012), pelo que mais investigação assente em estratégias qualitativas deverá ser conduzida, tal como sugere, também, Oliveira (2013).

Grande parte da literatura sobre a relação empregado-organização tem-se centrado ao nível de análise do indivíduo e tem ignorado, ou pelo menos dado pouca importância, ao contexto organizacional interno e externo em que essa relação ocorre (Coyle-Shapiro & Shore, 2007). No seu livro “*Promises, morals and the law*”, Atiyah’s (1981, citado em Rousseau, 1998a) refere que todas as promessas e obrigações associadas têm que ser analisadas tendo em consideração o contexto social em que surgem. É o grupo social que cria as regras nas quais os julgamentos das promessas e obrigações são baseados (Rousseau, 1998a). De acordo com Rousseau (1995), o contrato psicológico depende do contexto em que se estabelece a relação de emprego, não existindo de forma isolada relativamente aos indivíduos e organizações. O contexto facilita não só a definição do conteúdo da troca que enforma o contrato psicológico, mas também as respostas a ele (Guest, 2004; Wellin, 2016). O nosso estudo foi realizado no setor da saúde. O setor judiciário, no qual têm vindo a ser introduzidos os princípios subjacentes ao paradigma da NGP (Barzelay, 2001; da Cunha, 2016; Hughes, 2012), constitui-se como um contexto interessante para a realização de estudos sobre os impactos da mudança organizacional sobre a percepção de cumprimento, ou quebra, dos termos de troca inerentes à relação de emprego.

A relação entre a reforma do setor da saúde e as questões relacionadas com a GRH que surgem no âmbito desse processo tem merecido bastante destaque em termos de investigação nas últimas décadas (e.g., Bartram & Dowling, 2013; Brunetto et al., 2012; Catto, 2003; Dieleman & Hilhorst, 2011; Dubois & Singh, 2009; Kabene, Orchard, Howard, Soriano, & Leduc, 2006; Macfarlane et al., 2011; Martineau & Martínez, 1997; Martínez & Martineau, 1998; Riley, 2014; West et al., 2002). No entanto, grande parte destes estudos tem-se focado na forma como os novos processos implementados têm modificado o modo como os trabalhadores da área da

saúde interagem no seu local de trabalho. Mas pouco trabalho tem sido efetuado com o objetivo de explorar as reações dos trabalhadores do setor da saúde a essas reformas (Rigoli & Dussault, 2003; Schopman, Kalshoven, & Boon, 2015). Acresce ainda que, apesar da crescente importância que tem sido atribuída ao desenvolvimento das práticas de liderança em vários setores, pouco se sabe sobre o desenvolvimento das práticas de liderança nas organizações de saúde (Denis & van Gestel, 2016; Martin, Beech, MacIntosh, & Bushfield, 2015; McAlearney, 2006; Shanafelt et al., 2015; Weiszbrod, 2015). Encontramos ainda evidência em Brown, Waterhouse e Flynn (2003) de que a interação entre as influências individuais e organizacionais e o efeito combinado da liderança, contexto e tipo de mudança quando subculturas interagem, não tem sido explorada em profundidade. Nesse sentido, alguns autores (e.g., Johansson et al., 2013; Kumar & Singhal, 2012; Marrewijk, 2016; Roe, Gockel, & Meyer, 2012; van der Voet, Kuipers, & Groeneveld, 2015) têm apelado a que o seu estudo seja efetuado de forma dinâmica e longitudinal, captando a evolução ao longo do tempo, em organizações complexas.



## CONCLUSÃO

A introdução do paradigma da Nova Gestão Pública (NGP) implicou um maior controlo sobre o desempenho das organizações de serviços públicos, em vários países, a nível mundial (Hood, 1991, 1995; Pollitt, 1995, 2004) e, apesar da qualidade dos serviços prestados e a satisfação dos utentes continuarem a ser as lógicas centrais da gestão do seu desempenho (Harding & Preker, 2000; Levy, 2010; Oliveira & Holland, 2007; Oliveira & Raposo, 2016), foram colocados grandes constrangimentos ao nível da eficiência económica e da produtividade dos serviços (Hughes, 1998, 2012; Kuipers et al., 2014; Osborne, 2010; Osborne & Brown, 2005; Pollitt & Bouckaert, 2011). No setor da saúde, estas reformas têm sido altamente controversas não só em termos de eficiência económica (desempenho), mas também de eficiência social (bem-estar psicológico dos trabalhadores, satisfação dos utilizadores e expectativas sociais). As políticas da NGP têm sido profundamente criticadas pelo facto de imporem a coordenação e o cumprimento *top-down*, com pouca preocupação em aprender com os trabalhadores sobre o que ‘funciona bem’, ‘menos bem’ ou o que é contraproducente nos níveis operacionais. O resultado tem sido uma quebra percebida da coordenação relacional e do contrato psicológico entre os trabalhadores e os governos.

No espaço europeu, e nos anos mais recentes, o contexto de austeridade e de compromisso com os pedidos de ajuda externa a que vários países recorreram (Blyth, 2013; Karanikolos et al., 2013; Legido-Quigley et al., 2016), colocou ainda maiores restrições a estes níveis e um maior controlo sobre os gastos e racionalização de recursos foram impostos às organizações públicas (Oliveira, Holland, & Filipe, 2017; Oliveira, Holland, Costa, & Lira de Carvalho, 2014), nomeadamente do setor da saúde (Barros, 2012; Brignall & Modell, 2000; Fraser, Encinosa, & Glied, 2008; IHI, 2005; Oliveira et al., 2014; Radnor, Holweg, & Waring, 2012; Schmitt, 2010). Para dar resposta à multiplicidade de objetivos exigidos e, dependendo o desempenho das organizações do desempenho das pessoas que as constituem (Harter, Schmidt, & Hayes, 2002; Harter, Schmidt, Killham, & Agrawal, 2009; Paauwe, 2009), a GRH e, em particular, a gestão do desempenho humano teve que ser direcionada para sistemas promotores de um desempenho superior em termos de eficiência económica e produtividade (Buick et al., 2015; Doherty, Horne, & Wootton, 2014; Haynes, 2015; Oliveira et al., 2014; Pollitt & Bouckaert, 2011).

Uma das principais conclusões que deriva do nosso estudo prende-se com a dificuldade de conciliação destes múltiplos objetivos por parte dos gestores intermédios e de primeira-linha

a nível operacional (Oliveira & Filipe, 2014a, 2014b, 2014c, 2015a), colocando a controvérsia entre as lógicas de eficiência económica e de eficiência social no centro do debate sobre a gestão do desempenho destas organizações (McCann, Granter, Hassard, & Hyde, 2015; Oliveira & Raposo, 2016; Oliveira, Holland, & Filipe, 2017; Oliveira et al., 2014). A literatura tem demonstrado que considerar o desempenho humano apenas numa lógica economicista, poderá colocar em causa os princípios de base social (i.e., contrato social) a que estas organizações têm que prioritariamente responder (em termos de satisfação dos utentes e bem-estar psicológico dos profissionais) (De Simone, 2015; Markos & Sridevi, 2010; Oliveira & Holland, 2016; Oliveira et al., 2014; Pescud et al., 2015).

A longo prazo, os benefícios para as organizações residem no bem-estar psicológico dos seus profissionais (Oliveira & Filipe, 2015b, 2016), tal como tem vindo a ser evidenciado na literatura (e.g., Anderzén et al., 2015; Pescud et al., 2015). Certamente que os empregados retirarão benefícios do facto de estarem comprometidos e envolvidos com o seu trabalho e de se sentirem positivos em relação à organização em que trabalham (Delahaye, 2015). Concretamente em contextos de mudança e reestruturação organizacional, as pessoas com maiores níveis de bem-estar psicológico aprendem e resolvem os problemas de forma mais efetiva, são mais entusiastas em relação à mudança, aceitam-na melhor e relacionam-se com os outros de forma mais positiva (Pescud et al., 2015). O desenvolvimento do bem-estar psicológico dos trabalhadores depende de dois fatores chave. O primeiro é o impacto benéfico que as experiências emocionais positivas têm sobre o crescimento desse bem-estar (Weiszbrod, 2015); segundo, é que um completo ‘sentido de propósito’, que direcione e dê significado às ações das pessoas, melhora o impacto que as emoções positivas possam ter sobre o seu bem-estar psicológico e, conseqüentemente, sobre o desempenho individual e organizacional (Anderzén et al., 2015; Cassar & Buttigieg, 2015). Esse processo exige que se adotem novas perspetivas de gestão e de liderança, ou seja, novas abordagens para gerir os RH (Oliveira & Filipe, 2016, 2017), que lhes deem sinais de que são fundamentais para o sucesso da organização e para a prossecução dos seus objetivos e não apenas ‘máquinas’ indiferenciadas que aderem incondicionalmente aos objetivos da organização (Pescud et al., 2015; Storey, 2016). Neste contexto, o suporte organizacional materializado numa liderança orientada para uma maior qualidade das relações (transformacional e LMX) e a coordenação relacional efetivas são fundamentais na relação mediadora entre os sistemas de GRH e os resultados organizacionais pretendidos (Oliveira & Filipe, 2016, 2017).

Na atual situação económica de austeridade, ter a força de trabalho envolvida pode resultar em vantagens competitivas uma vez que o envolvimento no trabalho é um estado ativo positivamente relacionado com importantes resultados, tais como o desempenho, o comprometimento e a saúde (Christian, Garza, & Slaughter, 2011; Hayes, Caldwell, Licon, & Meyer, 2015). Uma adequada gestão do relacionamento emocional entre os empregados e a organização contribui para maiores níveis de satisfação, bem-estar psicológico, motivação e empenhamento, sendo esta ligação pessoa-organização fundamental para manter os funcionários 'felizes' (Delahaye, 2015; Pescud et al., 2015; Weiszbrod, 2015), numa altura em que os incentivos monetários não têm já o mesmo efeito mobilizador sobre os empregados e as organizações procuram formas alternativas de motivação não-monetárias como resposta à crise instalada e resultante do clima de austeridade que tem arrastado a sociedade global para uma depressão económica, política e social (Oliveira & Filipe, 2016, 2017).

Nas suas funções de gestão, os gestores intermédios e de primeira-linha, além de terem que liderar equipas de trabalho complexas, constituídas por profissionais com diferentes competências, qualificações, funções e percursos profissionais, têm nos processos de reestruturação organizacional desafios acrescidos (Flinchbaugh et al., 2016; McCann, Granter, Hassard, & Hyde, 2015; Pescud et al., 2015). Terão que ser agentes ativos na reconciliação das diferentes lógicas e práticas de atuação em mudança, bem como na gestão das emoções e expectativas das pessoas envolvidas nessa mudança. Gerir de forma cuidada as emoções dos envolvidos na mudança durante todo o processo é fundamental (Helpap & Bekmeier-Fuerhahn, 2016) para se conseguirem bons resultados e evitar problemas ao nível das relações de emprego (Morgan & Zeffane, 2003), perda de profissionais com talentos chave (Galpin, 1996) e poucos, ou nenhuns, benefícios do esforço de mudança (Kiefer, 2005).

A procura de um equilíbrio entre o que a organização pode dar aos seus profissionais e o que pode esperar deles em troca, requer que a equipa de gestão de topo se envolva na formulação estratégica da gestão do desempenho humano e que seja dada autonomia relativa ao nível operacional para a implementação de práticas que vão de encontro às expectativas dos profissionais (Denis & van Gestel, 2016; Oliveira & Filipe, 2016, 2017; Oliveira, Costa, & Filipe, 2013a). Para tal, uma vez que a lógica organizacional é uma resposta à lógica institucional, a gestão do contrato psicológico, enquanto prática de GRH para o elevado envolvimento, deveria ser 'institucionalizada' e definida explicitamente ao nível dos ministérios e Serviço Nacional de Saúde (SNS) para que os aspetos menos tangíveis das relações de emprego fossem



considerados como práticas efetivas, transversais a todas as organizações de serviços públicos de saúde (nomeadamente, hospitais e centros de saúde), todos os níveis de lógicas, domínios de práticas, unidades, serviços, equipas e indivíduos (Oliveira & Filipe, 2016, 2017). O suporte institucional e organizacional será fundamental para que a nível operacional se consigam implementar essas mudanças (Ewenstein, Smith, & Sologar, 2015; Kurtessis et al., 2015).

A coordenação, ou seja, a gestão das interdependências entre tarefas (Malone & Crowston, 1994), é considerada crítica, não apenas para o alcance de elevados desempenhos, como para uma transição facilitada em processos de mudança organizacional (Brannick & Prince, 1997). A comunicação entre os membros da equipa é essencial e promove a coordenação do trabalho (Gittell, 2000; Gittell, Beswick, Goldmann, & Wallack, 2015; Hartgerink et al., 2014), assegurando que a equipa funciona de forma unificada e permite que a adaptação à mudança seja possível dessa forma (Altman & Iles, 1998; Brannick & Prince, 1997; Coghlan, 1994). Para uma efetiva implementação da mudança de práticas em organizações complexas (van der Voet, Kuipers, & Groeneveld, 2015), a reconciliação das diferentes lógicas e prioridades de atuação exige que a lógica institucional e organizacional reconheça a diversidade de necessidades ao nível operacional (Oliveira & Filipe, 2014a, 2014b, 2014c, 2015a).

Uma das grandes dificuldades de reconciliação e coordenação decorre das situações transitórias em que os gestores se encontram: muitos deles são simultaneamente técnicos e gestores; têm uma perícia pessoal com a qual a organização conta e têm também de enquadrar os seus colaboradores (Denis & van Gestel, 2016; McGivern et al., 2015; Orvik & Axelsson, 2012; Spyridonidis, Hendy, & Barlow, 2015). É durante o período de mudança que as ‘coisas’ são mais difíceis e que é necessário, de acordo com a sua hierarquia, fazer escolhas para o futuro e orientar-se no sentido da via da perícia técnica ou da gestão (Dussault & Dubois, 2003; Harding & Preker, 2000). Além disso, para o alcance de elevados desempenhos (humano e organizacional), no equilíbrio desejável entre eficiência económica e eficiência social, terá que ser conseguido o envolvimento com os propósitos organizacionais de todos os ‘atores’ que, de alguma forma, se relacionem com a organização (internos e externos), o que, por sua vez, implica que as ‘fronteiras’ (formais e informais) existentes entre as diferentes unidades, serviços, domínios de práticas e profissões sejam ‘esbatidas’ (Oliveira & Filipe, 2013c, 2014a, 2014b, 2014c, 2015a).

No contexto de austeridade, a União Europeia exigiu ‘reformas estruturais’ para aumentar a competitividade; no entanto, ao centrar as suas políticas de ação na redução de custos e na

eficiência económica (ao invés de inovar nos métodos de organização do trabalho), veio colocar em causa os direitos dos trabalhadores e a violação dos contratos psicológicos (Holland, 2015; Janssen, 2015). Estas mudanças tornam menos claro o que é que as duas partes da relação devem uma à outra e a ausência destes incentivos poderá ser interpretada pelos empregados como uma quebra do contrato psicológico, percecionando essa ausência como uma renegação do empregador quanto às suas obrigações na relação de troca (Bankins, 2015; Coyle-Shapiro & Kessler, 2000), com potenciais consequências negativas sobre as atitudes e os comportamentos e, conseqüentemente, sobre o desempenho humano em termos de resultados. Perante o que percecionam como quebra do contrato psicológico, os indivíduos deixam de confiar na organização e têm menos expectativas de que esta honrará as outras promessas (Rousseau, 1990; Rousseau & Mclean Parker, 1993; Turnley & Feldman, 1998). O empregado desliga-se da relação e começará a valorizar mais os aspetos económicos e financeiros, ocorrendo transição para um contrato psicológico mais transaccional (Anderson & Schalk, 1998; Robinson, Kraatz, & Rousseau, 1994).

As consequências desta quebra estendem-se ao domínio do contrato social uma vez que coloca em causa as perceções positivas da sociedade em geral relativamente aos pressupostos subjacentes às políticas de reestruturação das organizações públicas trazidas com a austeridade (Holland, 2015). Uma das afirmações contundentes de Denise Rousseau (1995, 2004) é a de que o contrato psicológico tende a ser assumido até haver perceção da sua violação. Também é plausível que este seja o caso de um contrato social, como a assunção, quer dos profissionais de saúde, quer do público, de que o Governo está mais comprometido com os princípios de um SNS baseado nas necessidades dos cidadãos, do que com os critérios comerciais ou de mercado. No entanto, tanto no Reino Unido como em Portugal (Leys & Player, 2011; Oliveira & Holland, 2017; Pollock, 2004), tais pressupostos foram colocados em causa pelos critérios de desempenho impostos pela NGP e pela forma como estes tendem a priorizar as preocupações com a eficiência económica e descaram as preocupações, não tanto em termos de bem-estar dos pacientes, mas, principalmente, em termos de preocupação com o bem-estar dos profissionais de saúde.

Dados os problemas e desafios colocados com a experiência de implementação da NGP, especialmente durante os anos 1990, ganhou um interesse crescente a 'abordagem do valor público' (e.g., Bryson, Crosby, & Bloomberg, 2014; Moore, 1994; O'Flynn, 2007; Rutgers, 2014). O 'valor público' tem sido descrito como um constructo multidimensional, um reflexo das

preferências dos cidadãos, coletivamente expressas e politicamente mediadas, não apenas pelos *'outcomes'* mas também pelos processos que aumentam a confiança e a justiça percebida destes (Alford & Hughes, 2008; Alford & O'Flynn, 2009; Armstrong, 1998). Esta perspectiva assinala uma mudança das posições ideológicas que defendem a abordagem de mercado *versus* o entendimento de que o Estado deverá ter um papel mais interventivo na gestão das organizações públicas (Hefetz & Warner, 2004). Além disso, pode orientar o que tem sido referido como a neopragmatismo *"em que os antigos debates ideológicos estão em grande parte a desaparecer"*<sup>88</sup> (Hughes, 2006, p. 11, tal como citado em O'Flynn, 2007). Daqui decorre que um novo paradigma 'pós-competitividade' poderá sinalizar uma mudança do foco inicial nos resultados e na eficiência económica no sentido da obtenção do objetivo governamental mais amplo de criação de 'valor público' (Hughes, 2006, citado em O'Flynn, 2007). O que, por sua vez, sugere que o conceito de coordenação relacional precisa de ser entendido num sentido mais abrangente, devendo ser considerada uma perspectiva de coordenação horizontal, com a qual grande parte da literatura tem estado preocupada (e.g., Gittell, Godfrey, & Thistlethwaite, 2013; Gittell, Beswick, Goldmann, & Wallack, 2015; Hartgerink et al., 2014), como também uma perspectiva de coordenação vertical assente num relacionamento bidirecional que deve ser *base-up* e não apenas *top-down*.

Conforme evidenciado no modelo integrativo para a efetiva implementação da gestão do desempenho humano modelado na **Figura 70**, tal deve permitir não só o *feedback* sobre a efetividade da implementação do *design* institucional subjacente à NGP nos níveis organizacional e operacional, mas também facilitar a aprendizagem ao nível de gestão mais elevado (i.e., institucional) de que a efetiva reconciliação da eficiência económica com a eficiência social exige que seja dada autonomia relativa aos gestores, não apenas de nível organizacional, como também de nível operacional, para decidirem sobre como implementar a mudança. Além do mais, dessa forma, os profissionais poderiam assegurar um serviço mais efetivo em termos de utilização dos recursos disponíveis, como também teriam mais tempo para partilha de experiências sobre o que *'tem corrido bem, menos bem ou mal'*, nos diferentes domínios de práticas e de uma forma informal.

Tal deverá reforçar não apenas o contrato psicológico ao nível operacional, se os profissionais sentirem que têm 'voz' nos termos de Hirschman (1970), o que pode reforçar a lealdade, mas

---

<sup>88</sup> Tradução livre de: "...where [t]he old ideological debates are largely disappearing" (Hughes, 2006, p.11, tal como citado em O'Flynn, 2007).

também a percepção de cumprimento do contrato social, em termos de convicção crescente de que, ao nível institucional, a preocupação não se esgota nos valores económicos, sendo os valores sociais igualmente importantes para a governação e gestão das organizações públicas (Oliveira & Holland, 2012). O que pode refletir, em parte, o reconhecimento crescente de que *“os valores sociais inerentes aos serviços públicos podem não ser adequadamente abordados com base nos cálculos de eficiência económica dos mercados”*<sup>89</sup> (Hefetz & Warner, 2004, p. 174) e que, para a efetividade da reconciliação da eficiência económica e integridade dos cuidados prestados, *“you can't do both – something will give”* (McCann, Granter, Hassard, & Hyde, 2015).

Os resultados do estudo de caso indicam que a reconciliação entre eficiência económica e eficiência social, além de ser desejável e procurada pelos gestores de todos os níveis (i.e., institucional, organizacional e operacional), poderá e deverá ser uma realidade e não apenas uma retórica. Reforça-se a importância de a gestão da mudança, além de ter que assentar numa abordagem pragmática, mais focalizada nas questões organizacionais, tais como os instrumentos, métodos e práticas, que traduzem os passos a seguir para que a mudança seja bem conseguida, assentar, acima de tudo, no desenvolvimento organizacional e na aprendizagem que, apesar de ser uma abordagem mais teórica e filosófica, é essencial para que a mudança seja, de facto, efetiva e sustentável.

Nesse sentido, para que a intensidade das pressões para a eficiência económica não coloque em causa a eficiência social, a coordenação relacional efetiva e a aprendizagem entre unidades e serviços, deverão ser compreendidas e procuradas por todos os trabalhadores, não apenas como gestores, como também aqueles sem cargos de gestão. Como ‘caminho’ facilitador dessa reconciliação, os resultados sugerem ainda a necessidade de, em organizações complexas e, particularmente, em processos de reestruturação organizacional, também eles complexos, como é o caso das fusões de organizações, ampliar a coordenação relacional da ligação horizontal entre unidades e serviços, para a ligação vertical *base-up*, com suficiente autoridade para os gestores operacionais ‘se fazerem ouvir’ em níveis superiores, sobre a medida em que as pressões para a eficiência económica comprometem a eficiência social na prestação dos serviços e o bem-estar psicológico dos trabalhadores, bem como permitir um maior grau de autonomia relativa para esses gestores, como líderes ao nível operacional, para decidirem sobre a implementação da mudança e o processo de transição organizacional.

---

<sup>89</sup> Tradução livre de: “[t]he social values inherent in public services may not be adequately addressed by the economic efficiency calculus of markets” (Hefetz & Warner, 2004, p. 174).



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aarons, G. A. (2006). Transformational and transactional leadership: Association with attitudes toward evidence-based practice. *Psychiatric Services, 57*(8), 1162-1169.
- Abatecola, G. (2013). Survival or failure within the organisational life cycle: What lessons for managers. *Journal of General Management, 38*(4), 23-38.
- Abiad, M. A., Furceri, D., & Topalova, P. (2016). The macroeconomic effects of public investment: Evidence from advanced economies. *Journal of Macroeconomics, 50*, 224-240.
- Advisory, Conciliation, and Arbitration Service (ACAS) (2014). Help & advice for employers and employees. Obtido de <http://www.acas.org.uk> [em março, 2017].
- Adame, C., Caplliure, E. M., & Miquel, M. J. (2016). Work–life balance and firms: A matter of women? *Journal of Business Research, 69*(4), 1379-1383.
- Afsar, B., Badir, Y. F., Saeed, B. B., & Hafeez, S. (2017). Transformational and transactional leadership and employee's entrepreneurial behavior in knowledge-intensive industries. *The International Journal of Human Resource Management, 28*(2), 307-332.
- Aggestam, L. (2015). Learning Organization or Knowledge Management—Which Came First, The Chicken or the Egg? *Information Technology and Control, 35*(3A), 295-302.
- Aguinis, H. (2009). *Performance management*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Albrecht, S. L., Bakker, A. B., Gruman, J. A., Macey, W. H., & Saks, A. M. (2015). Employee engagement, human resource management practices and competitive advantage: An integrated approach. *Journal of Organizational Effectiveness: People and Performance, 2*(1), 7-35.
- Albreht T., Pribaković Brinovec R., Jošar D., Poldrugovac M., Kostnapfel T., Zaletel M, Panteli D., & Maresso A. (2017). Slovenia: Health system review. *Health Systems in Transition, 18*(3), 1-207.
- Alcover, C. M., Martínez-Íñigo. D., & Chambel, M. J. (2012). Perceptions of the employment relationship and permanence the organization: mediating effects of affective commitment in the relationship between the psychological contract and the intention to quit of employees in information and communication services. *Psychological Reports, 110*(3), 839-853.
- Alcover, C. M., Rico, R., Turnley, W. H., & Bolino, M. C. (2017a). Multi-dependence in the formation and development of the distributed psychological contract. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 26*(1), 16-29.
- Alcover, C. M., Rico, R., Turnley, W. H., & Bolino, M. C. (2017b). Understanding the changing nature of psychological contracts in 21st century organizations: A multiple-foci exchange relationships approach and proposed framework. *Organizational Psychology Review, 7*(1), 4-35.
- Alfes, K., Truss, C., Soane, E. C., Rees, C., & Gatenby, M. (2013). The relationship between line manager behavior, perceived HRM practices, and individual performance: Examining the mediating role of engagement. *Human Resource Management, 52*(6), 839-859.
- Alford, J. (1997). Towards a new public management model: Beyond managerialism and its critics. In M. C. Painter, *Managerialism: The Great Debate* (pp. 152-172). Melbourne University Press.

- Alford, J., & Hughes, O. (2008). Public value pragmatism as the next phase of public management. *The American Review of Public Administration, 38*(2), 130-148.
- Alford, J., & O'Flynn, J. (2009). Making sense of public value: Concepts, critiques and emergent meanings. *International Journal of Public Administration, 32*(3-4), 171-197.
- Alguezaui, S., & Filieri, R. (2014). A knowledge-based view of the extending enterprise for enhancing a collaborative innovation advantage. *International Journal of Agile Systems and Management, 7*(2), 116-131.
- Al-Haddad, S., & Kotnour, T. (2015). Integrating the organizational change literature: A model for successful change. *Journal of Organizational Change Management, 28*(2), 234-262.
- Ali, N., Jan, S., Ali, A., & Tariq, M. (2014). Transformational and transactional leadership as predictors of job satisfaction, commitment, perceived performance and turnover intention: Empirical evidence from Malakand division, Pakistan. *Life Science Journal, 11*(5), 48-53.
- Allen, N. J., & Meyer, J. P. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 63*(1), 1-18.
- Allen, T. D., Johnson, R. C., Kiburz, K. M., & Shockley, K. M. (2013). Work-family conflict and flexible work arrangements: Deconstructing flexibility. *Personnel Psychology, 66*(2), 345-376.
- Allinson, C. W., Armstrong, S. J., & Hayes, J. (2001). The effects of cognitive style on leader-member exchange: A study of manager-subordinate dyads. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 74*(2), 201-220.
- Altman, Y., & Iles, P. (1998). Learning, leadership, teams: Corporate learning and organisational change. *Journal of Management Development, 17*(1), 44-55.
- Alvesson, M., & Svingsson, S. (2015). *Changing organizational culture: Cultural change work in progress*. London, UK: Routledge.
- Amit, R., & Schoemaker, P. (1993). Strategic assets and organizational rent. *Strategic Management Journal, 14*(1), 33-46.
- Anand, S., Vidyarthi, P. R., & Park, H. S. (2010). LMX Differentiation. In T. N. Bauer, & B. Erdogan, *The Oxford handbook of leader-member exchange* (pp. 263-291). Oxford University Press.
- Anand, S., Vidyarthi, P. R., Liden, R. C., & Rousseau, D. M. (2010). Good citizens in poor-quality relationships: idiosyncratic deals as a substitute for relationship quality. *Academy of Management Journal, 53*(5), 970-988.
- Andersen, L. B. (2009). What determines the behaviour and performance of health professionals? Public service motivation, professional norms and/or economic incentives. *International Review of Administrative Sciences, 75*(1), 79-97.
- Andersen, L. B., & Kjeldsen, A. M. (2013). Public service motivation, user orientation, and job satisfaction: A question of employment sector? *International Public Management Journal, 16*(2), 252-274.
- Anderson, D., & Anderson, L. A. (2010). *Beyond change management: How to achieve breakthrough results through conscious change leadership*. San Francisco, CA: John Wiley & Sons.
- Anderson, N., & Schalk, R. (1998). The psychological contract in retrospect and prospect. *Journal of Organizational Behavior, 19*(1), 637-647.

- Andersson, L. M., & Bateman, T. S. (1997). Cynicism in the workplace: some causes and effects. *Journal of Organisational Behaviour*, 18(5), 449-469.
- Anderzén, I., Lindberg, P., Karlsson, T., Strömberg, A., & Gustafsson, S. (2015). Predictors of wellbeing at work. *The European Journal of Public Health*, 25(3). doi:http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckv168.041.
- Andreasson, J., Eriksson, A., & Dellve, L. (2016). Health care managers' views on and approaches to implementing models for improving care processes. *Journal of Nursing Management*, 24(2), 219-227.
- Andrews, R., & van de Walle, S. (2013). New public management and citizens' perceptions of local service efficiency, responsiveness, equity and effectiveness. *Public Management Review*, 15(5), 762-783.
- Appelbaum, E., Bailey, T., Berg, P., & Kalleberg, A. (2000). *Manufacturing advantage*. Ithaca, NY: ILR Press.
- Applebaum, S., St-Pierre, N., & Glaves, W. (1998). Strategic organisational change: The role of leadership, learning, motivation and productivity. *Management Decision*, 35(5), 289-301.
- Araújo, J. F. (2001). Considerações sobre o conceito de reforma administrativa. *Revista de Administração e Políticas Públicas*, 11(2), 60-63.
- Araújo, J. F., Tavares, A. F., & Rocha, R. A. (2014). Universidades-fundação: A empresarialização da educação superior em Portugal. *Revista Gestão Universitária na América Latina-GUAL*, 7(1), 42-62.
- Argote, L. (1982). Input uncertainty and organizational coordination in hospital emergency units. *Administrative Science Quarterly*, 27(3), 420-434.
- Argote, L. (2012). *Organizational learning: Creating, retaining and transferring knowledge*. New York, NY: Springer Science & Business Media.
- Argyris, C. (1960). *Understanding organizational behavior*. Homewood, IL: Dorsey.
- Argyris, C. (1977a). Double loop learning in organizations. *Harvard Business Review*, 55, 115-125.
- Argyris, C. (1977b). Organizational learning and management information systems. *Accounting, Organizations and Society*, 2(2), 113-123.
- Argyris, C., & Schön, D. A. (1978). *Organizational learning: A theory of action perspective*. Reading, MA: Addison-Wesley Publishing Company.
- Argyris, C., & Schön, D. A. (1996). *Organizational learning II: Theory, method, and practice*. Reading, MA: Addison-Wesley Publishing Company.
- Arif, M., Zahid, S., Kashif, U., & Sindhu, M. I. (2017). Role of leader-member exchange relationship in organizational change management: Mediating role of organizational culture. *International Journal of Organizational Leadership*, 6(1).
- Armstrong, A. (1998). A comparative analysis: New public management - The way ahead. *Australian Journal of Public Administration*, 57(2), 12-25.
- Armstrong, M., & Taylor, S. (2014). *Armstrong's handbook of human resource management practice*. London, UK: Kogan Page Publishers.
- Arthur, J. B. (1994). Effects of human resource systems on manufacturing performance and turnover. *Academy of Management Journal*, 37(3), 670-687.



- Aselage, J., & Eisenberger, R. (2003). Perceived organizational support and psychological contracts: A theoretical integration. *Journal of Organizational Behavior*, 24(5), 491-509.
- Auerbach, A. J., & Gorodnichenko, Y. (2012). Fiscal multipliers in recession and expansion. In Giavazzi, *Fiscal Policy after the Financial crisis* (pp. 63-98). University of Chicago press.
- Avey, J. B., Luthans, F., & Youssef, C. M. (2010). The additive value of positive psychological capital in predicting work attitudes and behaviors. *Journal of Management*, 36(2), 430-452.
- Avey, J. B., Wernsing, T. S., & Luthans, F. (2008). Can positive employees help positive organizational change? Impact of psychological capital and emotions on relevant attitudes and behaviors. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 44(1), 48-70.
- Aviso nº 7161/2013 de 30 de maio. Diário da República n.º 104/2013, Série II. Lisboa: Ministério das Finanças - Direção-Geral da Administração e do Emprego Público.
- Avolio, B. J., Walumbwa, F. O., & Weber, T. J. (2009). Leadership: Current theories, research, and future directions. *Annual Review of Psychology*, 60, 421-449.
- Bach, S. (2000). Health sector reform and human resource management: Britain in comparative perspective. *International Journal of Human Resource Management*, 11(5), 925-942.
- Bach, S., & Givan, R. K. (2010). Regulating employment conditions in a hospital network: The case of the Private Finance Initiative. *Human Resource Management Journal*, 20(4), 424-439.
- Baird, L., & Meshoulam, I. (1988). Managing two fits of strategic human resource management. *Academy of Management Review*, 13(1), 116-128.
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Verbeke, W. (2004). Using the job demands-resources model to predict burnout and performance. *Human Resource Management*, 43(1), 83-104.
- Balogun, J., & Hope Hailey, V. (2008). *Exploring strategic change*. Edinburgh Gate, England: Pearson Education.
- Bamford, D. R., & Forrester, P. L. (2003). Managing planned and emergent change within an operations management environment. *International Journal of Operations & Production Management*, 23(5), 546-564.
- Bankins, S. (2015). A process perspective on psychological contract change: Making sense of, and repairing, psychological contract breach and violation through employee coping actions. *Journal of Organizational Behavior*, 36(8), 1071-1095.
- Barling, J., Weber, T., & Kelloway, E. K. (1996). Effects of transformational leadership training on attitudinal and financial outcomes: a field experiment. *Journal of Applied Psychology*, 81(6), 827-832.
- Barney, J. B. (1986). Organizational culture: Can it be a source of sustained competitive advantage? *Academy of Management Review*, 11(3), 656-665.
- Barney, J. B. (1991). Firm resources and sustained competitive advantage. *Journal of Management*, 17(1), 99-120.
- Barney, J. B. (1995). Looking inside for competitive advantage. *The Academy of Management Executive*, 9(4), 49-61.
- Barney, J. B., & Wright, P. M. (1998). On becoming a strategic partner: The role of human resources in gaining competitive advantage. *Human Resource Management*, 37(1), 31-46.

- Barratt, M., Choi, T. Y., & Li, M. (2011). Qualitative case studies in operations management: Trends, research outcomes, and future research implications. *Journal of Operations Management*, 29(4), 329-342.
- Barrick, M. R., Thurgood, G. R., Smith, T. A., & Courtright, S. H. (2015). Collective organizational engagement: Linking motivational antecedents, strategic implementation, and firm performance. *Academy of Management Journal*, 58(1), 111-135.
- Barros, P. P. (2012). Health policy reform in tough times: the case of Portugal. *Health Policy*, 106(1), 17-22.
- Barros, P. P. (2013). Health costs: Basic issues. *Acta Médica Portuguesa*, 26(5), 496-498.
- Barros, P. P., & Simões, J. (2007). Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*, 9(5), 1-140.
- Bartram, T., & Dowling, P. J. (2013). An international perspective on human resource management and performance in the health care sector: Toward a research agenda. *The International Journal of Human Resource Management*, 24(16), 3031-3037.
- Barzelay, M. (2001). *The new public management: Improving research and policy dialogue*. California, US: University of California Press.
- Bass, B. M. (1985). *Leadership and Performance Beyond Expectations*. New York: Free Press.
- Bass, B. M. (1990). From transactional to transformational leadership: Learning to share the vision. *Organizational Dynamics*, 18(3), 19-31.
- Bass, B. M. (1998). *Transformational leadership: Industry, military, and educational impact*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Bass, B. M. (1999). Two decades of research and development in transformational leadership. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8(1), 9-32.
- Bass, B. M., & Avolio, B. J. (1994). *Improving organizational effectiveness through transformational leadership*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bass, B. M., & Stogdill, R. M. (1990). *Handbook of leadership, Vol. 11*. New York: Free Press.
- Bateman, T. S., & Organ, D. W. (1983). Job satisfaction and the good soldier: The relationship between affect and employee "citizenship". *Academy of Management Journal*, 26(4), 587-595.
- Bauer, T., & Ergoden, B. (2015). *The Oxford handbook of leader-member exchange*. Oxford University Press.
- Beardwood, B., Walters, V., Eyles, J., & French, C. (1999). Complaints against nurses: A reflection of the 'new managerialism' and consumerism in health care? *Social Science and Medicine*, 48(3), 363-374.
- Bechky, B. A. (2006). Gaffers, gofers, and grips: Role-based coordination in temporary organizations. *Organization Science*, 17(1), 3-21.
- Becker, B. E., & Gerhart, B. (1996). The impact of human resource management on organizational performance: Progress and prospects. *Academy of Management Journal*, 39(4), 779-801.
- Becker, B. E., & Huselid, M. A. (1998). High performance work systems and firm performance: A synthesis of research and managerial implications. *Research in Personnel and Human Resources Management*, 16, 53-101.

- Becker, B. E., & Huselid, M. A. (2006). Strategic human resources management: Where do we go from here? *Journal of Management*, 32(6), 898-925.
- Becker, B. E., Huselid, M. A., & Ulrich, D. (2001). *The HR scorecard: Linking people, strategy, and performance*. Harvard Business Press.
- Becker, B. E., Huselid, M. A., Pickus, P., & Spratt, M. (1997). HR as a source of shareholder value: Research and recommendations. *Human Resource Management*, 36(1), 39-47.
- Becker, H. (1960). Notes on the concept of commitment. *American Journal of Sociology*, 66(1), 32-42.
- Beer, M., Eisenstat, R. A., & Spector, B. (1990). Why change programs don't produce change. *Harvard Business Review*, 68(6), 158-166.
- Begun, J. W., Zimmerman, B., & Dooley, K. (2003). Health care organizations as complex adaptive systems. In Mick, Stephen S., & Wyttenbach, Mindy E., *Advances in health care organization theory* (pp. 253-288). San Francisco, California: Jossey-Bass.
- Bellou, V. (2006). Psychological contract assessment after a major organizational change: The case of mergers and acquisitions. *Employee Relations*, 29(1), 68-88.
- Benavente, A., Queiroz, S., & Aníbal, G. (2016). Crise, austeridade e educação em Portugal (2011-2014). *Investigar em Educação*, 2(3), 49-62.
- Benn, S., Dunphy, D., & Griffiths, A. (2014). *Organizational change for corporate sustainability*. London and New York: Routledge.
- Bennis, W., & Nanus, B. (1985). *The strategies for taking charge*. New York: Harper.
- Berg, P., Appelbaum, E., Bailey, T., & Kalleberg, A. L. (2000). Modular production: Improving performance in the apparel industry. In Ichniowski, D. I. Levine, G. Olson, & G. Strauss, *The American workplace: Skills, pay, and employment involvement* (pp. 62-80). Cambridge University Press.
- Bériot, D. (1992). *Mudança na empresa, uma abordagem sistémica: Do microscópio ao macroscópio*. Lisboa, Portugal: Instituto Piaget.
- Berman, E. M., Bowman, J. S., West, J. P., & van Wart, M. R. (2010). *Human resource management in public service: Paradoxes, processes, and problems*. USA: Sage Publications.
- Bidwell, M., Briscoe, F., Fernandez-Mateo, I., & Sterling, A. (2013). The employment relationship and inequality: How and why changes in employment practices are reshaping rewards in organizations. *The Academy of Management Annals*, 7(1), 61-121.
- Bingham, L. B., Nabatchi, T., & O'Leary, R. (2005). The new governance: Practices and processes for stakeholder and citizen participation in the work of government. *Public Administration Review*, 65(5), 547-558.
- Binney, G., Wilke, G., & Williams, C. (2005). *Living leadership: A practical guide for ordinary heroes*. London: FT Prentice-Hall.
- Blanchard, O. J., & Leigh, D. (2013). Growth forecast errors and fiscal multipliers. *The American Economic Review*, 103(3), 117-120.
- Blau, P. M. (1964). *Exchange and power in social life*. New York: Transaction Publishers.
- Blyth, M. (2013). *Austerity: the history of a dangerous idea*. Oxford University Press.

- Boer, D., Deinert, A., Homan, A. C., & Voelpel, S. C. (2016). Revisiting the mediating role of leader–member exchange in transformational leadership: The differential impact model. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 25*(6), 883-899.
- Boies, K., & Howell, J. M. (2006). Leader–member exchange in teams: An examination of the interaction between relationship differentiation and mean LMX in explaining team-level outcomes. *The Leadership Quarterly, 17*(3), 246-257.
- Bolton, S., & Houlihan, M. (2009). Are we having fun yet? A consideration of workplace fun and engagement. *Employee Relations, 31*(6), 556-568.
- Bonache, J., & Noethen, D. (2014). The impact of individual performance on organizational success and its implications for the management of expatriates. *The International Journal of Human Resource Management, 25*(14), 1960-1977.
- Bond, B. J., & Gittell, J. H. (2010). Cross-agency coordination of offender reentry: Testing collaboration outcomes. *Journal of Criminal Justice, 38*(2), 118-129.
- Boon, C., & Biron, M. (2016). Temporal issues in person–organization fit, person–job fit and turnover: The role of leader–member exchange. *Human Relations, 69*(12), 2177-2200.
- Boon, C., & Den Hartog, D. N. (2011). Human resource management, person–environment fit, and trust. In R. Searle, & D. Skinner, *Trust and HRM* (pp. 109-121). Cheltenham, UK: Edward Elgar.
- Borins, S. (2002). Leadership and innovation in the public sector. *Leadership & Organization Development Journal, 23*(8), 467-476.
- Boselie, P. (2010). High performance work practices in the health care sector: A Dutch case study. *International Journal of Manpower, 31*(1), 42-58.
- Boselie, P., Dietz, G., & Boon, C. (2005). Commonalities and contradictions in HRM and performance research. *Human Resource Management Journal, 15*(3), 67-94.
- Boselie, P., Paauwe, J., & Richardson, R. (2003). Human resource management, institutionalization and organizational performance: A comparison of hospitals, hotels and local government. *The International Journal of Human Resource Management, 14*(8), 1407-1429.
- Bos-Nehles, A. C., van Riemsdijk, M. J., & Kees Looise, J. K. (2013). Employee perceptions of line management performance: Applying the AMO theory to explain the effectiveness of line managers' HRM implementation. *Human Resource Management, 52*(6), 861-877.
- Bos-Nehles, A. C., van Riemsdijk, M. J., Kok, I., & Looise, J. K. (2006). Implementing human resource management successfully: A first-line management challenge. *Management Revue, 17*(3), 256-273.
- Boston, J., Martin, J., Pallot, J., & Walsh, P. (1996). *Public management: The New Zealand model*. Auckland: Oxford University Press.
- Bottom, W. P., Holloway, J., Miller, G. J., Mislin, A., & Whitford, A. (2006). Building a pathway to cooperation: Negotiation and social exchange between principal and agent. *Administrative Science Quarterly, 51*(1), 29-58.
- Bourne, M., Pavlov, A., Franco-Santos, M., Lucianetti, L., & Mura, M. (2013). Generating organisational performance: The contributing effects of performance measurement and human resource management practices. *International Journal of Operations & Production Management, 33*(11/12), 1599-1622.

- Bowen, D. E. (2016). The changing role of employees in service theory and practice: An interdisciplinary view. *Human Resource Management Review*, 26(1), 4-13.
- Bowen, D. E., & Ostroff, C. (2004). Understanding HRM-firm performance linkages: the role of the “strength” of the HRM system. *Academy of Management Review*, 29(2), 203-221.
- Bowling, N. A., & Eschleman, K. J. (2010). Employee personality as a moderator of the relationships between work stressors and counterproductive work behavior. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15(1), 91-103.
- Boxall, P. (1996). The strategic HRM debate and the resource-based view of the firm. *Human Resource Management Journal*, 6(3), 59-75.
- Boxall, P. (1998). Achieving competitive advantage through human resource strategy: Towards a theory of industry dynamics. *Human Resource Management Review*, 8(3), 265-288.
- Boxall, P., & Macky, K. (2009). Research and theory on high-performance work systems: Progressing the high-involvement stream. *Human Resource Management Journal*, 19(1), 3-23.
- Boxall, P., & Purcell, J. (2000). Strategic human resource management: Where have we come from and where should we be going? *International Journal of Management Reviews*, 2(2), 183.
- Boxall, P., & Purcell, J. (2008). *Strategy and human resource management*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Boxall, P., & Purcell, J. (2011). *Strategy and human resource management*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Boyle S. (2011). United Kingdom (England): Health system review. *Health Systems in Transition*, 13(1), 1-483.
- Boyne, G. A. (2002). Public and Private Management: What’s the Difference? *Journal of Management Studies*, 39(1), 97-122.
- Boyne, G. A., Poole, M., & Jenkins, G. (1999). Human resource management in the public and private sectors: An empirical comparison. *Public Administration*, 77(2), 407-420.
- Bradford, D. L., & Burke, W. W. (2005). The future of OD? In D. L. Bradford, & W. W. Burke, *Reinventing organization development: New approaches to change in organizations* (pp. 195-214). San Francisco, CA: John Wiley & Sons.
- Brannick, M. T., & Prince, C. W. (1997). A conceptual framework for teamwork measurement. In M. T. Brannick, E. Salas, & C. W. Prince, *Team performance assessment and measurement: Theory, methods, and applications* (pp. 3-16). New York, NY: Psychology Press.
- Breevaart, K., Bakker, A. B., Demerouti, E., & van den Heuvel, M. (2015). Leader-member exchange, work engagement, and job performance. *Journal of Managerial Psychology*, 30(7), 754-770.
- Brewer, G. A. (2005). In the eye of the storm: Frontline supervisors and federal agency performance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 15(4), 505-527.
- Brewer, G. A., & Walker, R. M. (2013). Personnel constraints in public organizations: The impact of reward and punishment on organizational performance. *Public Administration Review*, 73(1), 121-131.
- Brewster, C., & Larsen, H. (1992). Human resource management in Europe: Evidence from ten countries. *The International Journal of Human Resource Management*, 3(3), 409-434.

- Bridges, W. (2003). *Managing transitions: making the most of change*. London, UK: Nicholas Brealey Publishing.
- Brignall, S., & Modell, S. (2000). An institutional perspective on performance measurement and management in the 'new public sector'. *Management Accounting Research*, 11(3), 281-306.
- Brookes, S. (2011). Crisis, confidence and collectivity: Responding to the new public leadership challenge. *Leadership*, 7(2), 175-194.
- Brown, K., Waterhouse, J., & Flynn, C. (2003). Change management practices: Is a hybrid model a better alternative for public sector agencies? *International Journal of Public Sector Management*, 16(3), 230-241.
- Brunetto, Y., Shacklockb, K., Bartramc, T., Leggatd, S. G., Farr-Whartone, R., Stantonf, P., & Casimirg, G. (2012). Comparing the impact of leader–member exchange, psychological empowerment and affective commitment upon Australian public and private sector nurses: Implications for retention. *The International Journal of Human Resource Management*, 23(1), 2238–2255.
- Bryman, A. (1992). *Charisma and leadership in organizations*. London: Sage.
- Bryman, A. (2004). *Research methods and organization studies*. Vol. 20. London, United Kingdom: Routledge.
- Bryman, A. (2012). *Social research methods*. New York: Oxford press.
- Bryson, A. J. F., Kirby, S. (2005). High-involvement management practices, trade union representation and workplace performance in Britain. *Scottish Journal of Political Economy*, 52(3), 451-491.
- Bryson, J. M., Crosby, B. C., & Bloomberg, L. (2014). Public value governance: Moving beyond traditional public administration and the new public management. *Public Administration Review*, 74(4), 445-456.
- Bucciarelli, L. (2015). A review of innovation and change management: Stage model and power influences. *Universal Journal of Management*, 3(1), 36-42.
- Buch, R., Kuvaas, B., Dysvik, A., & Schyns, B. (2014). If and when social and economic leader-member exchange relationships predict follower work effort: The moderating role of work motivation. *Leadership & Organization Development Journal*, 35(8), 725-739.
- Buch, R., Thompson, G., & Kuvaas, B. (2016). Transactional leader–member exchange relationships and followers' work performance: The moderating role of leaders' political skill. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 23(4), 456-466.
- Buchanan, B. (1974). Building organizational commitment: The socialization of managers in work organizations. *Administrative Science Quarterly*, 19(4), 533-546.
- Buick, F., Blackman, D. A., O'Donnell, M. E., O'Flynn, J. L., & West, D. (2015). Can enhanced performance management support public sector change? *Journal of Organizational Change Management*, 28(2), 271-289.
- Buller, P. F., & McEvoy, G. M. (2012). Strategy, human resource management and performance: Sharpening line of sight. *Human Resource Management Review*, 22(1), 43-56.
- Bunderson, J. S. (2001). How work ideologies shape the psychological contracts of professional employees: Doctors' responses to perceived breach. *Journal of Organizational Behavior*, 27(2), 717-741.

- Burke, C. S., Stagl, K. C., Klein, C., Goodwin, G. F., Salas, E., & Halpin, S. M. (2006). What type of leadership behaviors are functional in teams? A meta-analysis. *The Leadership Quarterly*, 17(3), 288-307.
- Burnes, B. (1996). No such thing as... a "one best way" to manage organizational change. *Management Decision*, 34(10), 11-18.
- Burnes, B. (2004). Kurt Lewin and the planned approach to change: A re-appraisal. *Journal of Management Studies*, 41(6), 977-1002.
- Burnes, B. (2009). *Managing change: A strategic approach to organisational dynamics*. England: Prentice Hall.
- Burnes, B. (2014). *Managing change*. UK: Pearson Education Limited.
- Burnes, B., & Todnem By, R. (2012). Leadership and change: The case for greater ethical clarity. *Journal of Business Ethics*, 108(2), 239-252.
- Burns, J. Z. (1978). *Leadership*. New York: Harper & Row.
- Burns, J. Z., & Otte, F. L. (1999). Implications of leader-member exchange theory and research for human resource development research. *Human Resource Development Quarterly*, 10(3), 225-248.
- Butts, M. M., Vandenberg, R. J., DeJoy, D. M., Schaffer, B. S., & Wilson, M. G. (2009). Individual reactions to high involvement work processes: Investigating the role of empowerment and perceived organizational support. *Journal of Occupational Health Psychology*, 14(2), 122.
- Cabrera, E. F., & Cabrera, A. (2005). Fostering knowledge sharing through people management practices. *The International Journal of Human Resource Management*, 16(5), 720-735.
- Caldwell, C., & Hayes, L. A. (2016). Self-efficacy and self-awareness: Moral insights to increased leader effectiveness. *Journal of Management Development*, 35(9), 1163-1173.
- Caldwell, D. F., & O'Reilly, C. A. (1990). Measuring person-job fit with a profile-comparison process. *Journal of Applied Psychology*, 75(6), 648.
- Cameron, E., & Green, M. (2015). *Making sense of change management: A complete guide to the models, tools and techniques of organizational change*. UK: Kogan Page Limited.
- Cappelli, P., & Singh, H. (1992). Integrating strategic human resources and strategic management. In D. Lewin, O. Mitchel, & P. Sherer, *Research frontiers in industrial relations and human resources* (pp. 165-192). Madison, WI: Industrial Relations Research Association.
- Carrilho, A. R., Conceição, C., & de Oliveira, J. M. (2007). Artigo de opinião/opinion article. *Acta Obstet Ginecol Port*, 1(1), 42-45.
- Carnall, C. A. (2007). *Managing change in organizations*. Edinburgh, England: Pearson Education Limited.
- Carroll, A. B. (1979). A three-dimensional conceptual model of corporate performance. *Academy of Management Review*, 4(4), 497-505.
- Carroll, A. B. (1999). Corporate social responsibility evolution of a definitional construct. *Business & society*, 38(3), 268-295.
- Cartwright, S., & Cooper, C. L. (1995). Organizational marriage: "Hard" versus "soft" issues? *Personnel Review*, 24(3), 32-42.
- Cashman, J., Dansereau, F., Graen, G., & Haga, W. J. (1976). Organizational understructure and leadership: A longitudinal investigation of the managerial role-making process. *Organizational Behavior and Human Performance*, 15(2), 278-296.

- Casper, W. J., & Buffardi, L. C. (2004). Work-life benefits and job pursuit intentions: The role of anticipated organizational support. *Journal of Vocational Behavior*, 65(3), 391-410.
- Cassar, V., & Buttigieg, S. C. (2015). Psychological contract breach, organizational justice and emotional well-being. *Personnel Review*, 44(2), 217-235.
- Catto, G. (2003). Improving professional competence—the way ahead? *International Journal for Quality in Health Care*, 15(5), 375-376.
- Chambel, M. J., & Alcover, C. M. (2011). Psychological contract of call-centers workers: Employment conditions, satisfaction and civic virtue behaviors. *Economic and Industrial Democracy*, 32(1), 115-134.
- Chen, D., & Wang, Z. (2014). The effects of human resource attributions on employee outcomes during organizational change. *Social Behavior and Personality: an International Journal*, 42(9), 1431-1443.
- Chen, G., Kirkman, B. L., Kanfer, R., Allen, D., & Rosen, B. (2007). A multilevel study of leadership, empowerment, and performance in teams. *Journal of Applied Psychology*, 92(2), 331-345.
- Chen, L., Evans, D., Evans, T., Sadana, R., Stilwell, B., Travis, P., . . . & Zurn, P. (2006). *The world health report 2006: Working together for health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Cheng, J. L. (1983). Interdependence and coordination in organizations: A role-system analysis. *Academy of Management Journal*, 26(1), 156-162.
- Cheng, M.-I., Dainty, A., & Moore, D. (2006). Implementing a new performance management system within a project-based organization: A case study. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 56(1), 60-75.
- Chesbrough, H., & Spohrer, J. (2006). A research manifesto for services science. *Communications of the ACM*, 49(7), 35-40.
- Cheung-Judge, M.-Y., & Holbeche, L. (2011). *Organizational Development: A practitioner's guide for OD and HR*. London, UK: Kogan Page.
- Child, J. (1972). Organization structure, environment and performance. *Sociology*, 6(1), 1-22.
- Choi, M. (2011). Employees' attitudes toward organizational change: A literature review. *Human Resource Management*, 50(4), 479-500.
- Choy, J., McCormack, D., & Djurkovic, N. (2016). Leader-member exchange and job performance: The mediating roles of delegation and participation. *Journal of Management Development*, 35(1), 104-119.
- Christian, M., Garza, A., & Slaughter, J. (2011). Work engagement: A quantitative review and test of its relations with task and contextual performance. *Personnel Psychology*, 64(1), 89-136.
- Clark, P. F., Clark, D. A., Day, D. V., & Shea, D. G. (2001). Healthcare reform and the workplace experience of nurses: Implications for patient care and union organizing. *ILR Review*, 55(1), 133-148.
- Coghlan, D. (1994). Managing organizational change through teams and groups. *Leadership & Organization Development Journal*, 15(2), 18-23.
- Cogliser, C. C., Schriesheim, C. A., Scandura, T. A., & Gardner, W. L. (2009). Balance in leader and follower perceptions of leader-member exchange: Relationships with performance and work attitudes. *The Leadership Quarterly*, 20(3), 452-465.



- Collins, C. J., & Clark, K. D. (2003). Strategic human resource practices, top management team social networks, and firm performance: The role of human resource practices in creating organizational competitive advantage. *Academy of Management Journal*, 46(6), 740-751.
- Combs, C., Liu, Y., Hall, A., & Ketchen, D. (2006). How much do high-performance work systems matter? A meta-analysis of their effects on organizational performance. *Personnel Psychology*, 59(3), 501–528.
- Combs, J. G., Crook, T. R., & Shook, C. L. (2005). The dimensionality of organizational performance and its implications for strategic management research. *Research methodology in strategy and management*, 2(5), 259-286.
- Confessore, S. J., & Kops, W. J. (1998). Self-directed learning and the learning organization: Examining the connection between the individual and the learning environment. *Human Resource Development Quarterly*, 9(4), 365-375.
- Connor, T. (2002). The resourced-based view of strategy and its value to practising managers. *Strategic Change*, 11(6), 307-316.
- Constâncio, V. (2014). The European crisis and the role of the financial system. *Journal of Macroeconomics*, 39(B), 250-259.
- Conway, N., & Briner, R. B. (2005). *Understanding psychological contracts at work: A critical evaluation of theory and research*. Oxford University Press.
- Conway, N., & Briner, R. B. (2009). Fifty years of psychological contract research: What do we know and what are the main challenges. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 24(71), 71-131.
- Conway, N., & Coyle-Shapiro, J. A. (2012). The reciprocal relationship between psychological contract fulfilment and employee performance and the moderating role of perceived organizational support and tenure. *Journal of occupational and Organizational Psychology*, 85(2), 277-299.
- Conway, N., & Coyle-Shapiro, J. A. (2016). Not so i-deal: A critical review of idiosyncratic-deals theory and research. In M. Bal, & D. M. Rousseau, *Idiosyncratic deals between employees and organizations: Conceptual issues, applications and the role of co-workers*. *Current issues in work and organizational psychology* (pp. 36-64). London, UK: Routledge.
- Conway, N., Kiefer, T., Hartley, J., & Briner, R. B. (2013, January). Austerity and its effects on change, psychological contracts, and employee contributions. In *Academy of Management Proceedings* (Vol. 2013, No. 1, p. 12210). Academy of Management.
- Conway, N., Kiefer, T., Hartley, J., & Briner, R. B. (2014). Doing more with less? Employee reactions to psychological contract breach via target similarity or spillover during public sector organizational change. *British Journal of Management*, 25(4), 737-754.
- Cox, J. (2006). *Understanding doctors' performance*. Oxford and Seattle: Radcliffe Publishing.
- Coyle-Shapiro, J. A.-M., & Conway, N. (2005). Exchange relationships: Examining psychological contracts and perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 90(4), 774-781.
- Coyle-Shapiro, J. A.-M., & Kessler, I. (2000). Consequences of the psychological contract for the employment relationship: a large scale survey. *Journal of Management Studies*, 37(7), 903-930.
- Coyle-Shapiro, J. A.-M., & Kessler, I. (2002). Exploring reciprocity through the lens of the psychological contract: Employee and employer perspectives. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 11(1), 69-86.

- Coyle-Shapiro, J. A.-M., & Kessler, I. (2003). The employment relationship in the UK public sector: A psychological contract perspective. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 13(2), 213-230.
- Coyle-Shapiro, J. A.-M., & Parzefall, M. (2008). Psychological contracts. In C. L. Cooper, & J. Barling, *The SAGE handbook of organizational behavior* (pp. 17-34). London, UK: Sage Publications.
- Coyle-Shapiro, J. A.-M., & Shore, L. M. (2007). The employee–organization relationship: Where do we go from here? *Human Resource Management Review*, 17(2), 166-179.
- Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (2012). Relational coordination promotes quality of chronic care delivery in Dutch disease-management programs. *Health Care Management Review*, 37(4), 301-309.
- Crant, J. M. (2000). Proactive behavior in organizations. *Journal of Management*, 26(3), 435-462.
- Creswell, J. W. (2012). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Cropanzano, R., & Mitchell, M. S. (2005). Social exchange theory: An interdisciplinary review. *Journal of Management*, 31(6), 874-900.
- Crossan, M., Lane, H., & White, R. (1999). An organizational learning framework: From intuition to institution. *Academy of Management Review*, 24(3), 522-537.
- Crowston, K., & Kammerer, E. E. (1998). Coordination and collective mind in software requirements development. *IBM Systems Journal*, 37(2), 227-245.
- Cullinane, N., & Dundon, T. (2006). The psychological contract: A critical review. *International Journal of Management Reviews*, 8(2), 113-129.
- Cummings, S., Bridgman, T., & Brown, K. G. (2016). Unfreezing change as three steps: Rethinking Kurt Lewin’s legacy for change management. *Human Relations*, 69(1), 33-60.
- Cummings, T. J., & Worley, C. G. (2009). *Organization development & change*. USA: South-Western Cengage Learning.
- Cunha, M. P., Rego, A., Cunha, R. C., Cabral-Cardoso, C., & Marques, C. A. (2010). *Manual da gestão de pessoas e do capital humano*. Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.
- Currie, G., & Procter, S. (2001). Exploring the relationship between HR and middle managers. *Human Resource Management Journal*, 11(3), 53-69.
- Czarniawska, B. (2007). Complex organizations still complex. *International Public Management Journal*, 10(2), 137-151.
- Dahlgaard, J. J., & Dahlgaard-Park, S. M. (2006). Lean production, six sigma quality, TQM and company culture. *The TQM magazine*, 18(3), 263-281.
- Dale, B. (2015). *Total quality management*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Dansereau, F., Graen, G., & Haga, W. J. (1975). A vertical dyad linkage approach to leadership within formal organizations: A longitudinal investigation of the role making process. *Organizational Behavior and Human Performance*, 13(1), 46-78.
- Dany, F., Guedri, Z., & Hatt, F. (2008). New insights into the link between HRM integration and organizational performance: The moderating role of influence distribution between HRM specialists and line managers. *The International Journal of Human Resource Management*, 19(11), 2095-2112.

- Dargie, C., & Rhodes, R. (1996). Public administration 1945-1969. *Public Administration*, 74(2), 325-332.
- Davenport, T. H. (2016). Personal knowledge management and knowledge worker capabilities. In D. J. Pauleen, & G. E. Gorman, *Personal knowledge management: Individual, organizational and social perspectives* (pp. 167-188). London, UK: Routledge.
- Dawson, P. (1994). *Organizational change: A processual approach*. London, UK: Paul Chapman.
- Dawson, S., & Dargie, C. (1999). New public management. *Public Management: An International Journal of Research and Theory*, 1(4), 459-481.
- da Cunha, J. A. R. (2016). A reforma judiciária e o novo modelo de gestão pública: vantagens, limites e interrogações. Julgar online de dezembro. Disponível em <http://julgar.pt> [acedido em 13 de fevereiro de 2016].
- De Hauw, S., & De Vos, A. (2010). 'Millennials' career perspective and psychological contract expectations: Does the recession lead to lowered expectations? *Journal of Business and Psychology*, 25(2), 293-302.
- De Jong, J., Rigotti, T., & Mulder, J. (2017). One after the other: Effects of sequence patterns of breached and overfulfilled obligations. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 26(3), 337-355.
- De Simone, S. (2015). Wellbeing at work: A survey on perception of health care workers. *Rivista Internazionale di Scienze Sociali*, 131(4), 395-412.
- De Vos, A., Buyens, D., & Schalk, R. (2003). Psychological contract development during organizational socialization: Adaptation to reality and the role of reciprocity. *Journal of Organizational Behavior*, 24(5), 537-559.
- Decreto-Lei nº 254/82 de 29 de junho. *Diário da República n.º 147/1982, Série I*. Lisboa: Ministério dos Assuntos Sociais.
- Decreto-Lei nº 357/82, de 6 de setembro. *Diário da República n.º 206/1982, Série I*. Lisboa: Ministério dos Assuntos Sociais.
- Decreto-Lei nº 19/88, de 21 de janeiro. *Diário da República n.º 17/1988, 3º Suplemento, Série I*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei nº 97/98, de 18 de abril. *Diário da República n.º 91/1998, Série I-A*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei nº 151/98 de 5 de junho. *Diário da República n.º 130/1998, Série I-A*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei nº 374/99, de 18 de setembro. *Diário da República n.º 219/1999, Série I-A*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei nº 309/2003, de 10 de dezembro. *Diário da República n.º 284/2003, Série I-A*. Lisboa: Assembleia da República.
- Decreto-Lei nº 95/2005, de 7 de junho. *Diário da República n.º 111/2005, Série I-A*. Lisboa: Ministério da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas.
- Decreto-Lei nº 177/2009, de 4 de agosto. *Diário da República n.º 149/2009, Série I*. Lisboa: Ministério da Saúde.

- Decreto-Lei nº 30/2011 de 2 de março. *Diário da República n.º 43/2011, Série I*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Decreto Regulamentar nº 19 – A/2004 de 14 de maio. *Diário da República n.º 113/2004, 1º Suplemento, Série I-B*. Lisboa: Ministério das Finanças.
- Deichmann, D., & Stam, D. (2015). Leveraging transformational and transactional leadership to cultivate the generation of organization-focused ideas. *The Leadership Quarterly, 26*(2), 204-219.
- Delahaye, B. (2015). *Human resource development*. Tilde Publishing.
- Delaney, J. T., Lewin, D., & Ichniowski, C. (1989). *Human resource policies and practices in American firms*. Washington DC: USA: Department of Labor, U.S. Government Printing Office.
- Delery, J. E., & Doty, H. D. (1996). Modes of theorizing in strategic human resource management: Tests of universalistic, contingency, and configurational performance predictions. *Academy of Management Journal, 39*(4), 802-835.
- Delery, J. E., & Gupta, N. (2016). Human resource management practices and organizational effectiveness: Internal fit matters. *Journal of Organizational Effectiveness: People and Performance, 3*(2), 139-163.
- Dello Russo, S., Mascia, D., & Morandi, F. (2016). Individual perceptions of HR practices, HRM strength and appropriateness of care: A meso, multilevel approach [versão eletrónica]. *The International Journal of Human Resource Management, 1*-25.
- Deluga, R. J. (1998). Leader-member exchange quality and effectiveness ratings: The role of subordinate-supervisor conscientiousness similarity. *Group & Organization Management, 23*(2), 189–216.
- Den Hartog, D. N., & Koopman, P. (2001). Leadership on organizations. In N. Anderson, D. S. Ones, H. K. Sinangil, & C. Viswesvaran, *Handbook of Industrial, Work & Organizational Psychology: Volume 2 Organizational Psychology* (Vol. 2, pp. 166-187). London, UK: Sage Publications.
- Den Hartog, D. N., Boselie, P., & Paauwe, J. (2004). Performance management: A model and research agenda. *Applied Psychology: an International Review, 53*(4), 556-569.
- Denhardt, J. V., & Denhardt, R. B. (2007). *The new public service: Serving, not steering*. New York: ME Sharpe.
- Denhardt, R. B., & Catlaw, T. (2014). *Theories of public organization*. United States: Cengage Learning.
- Denhardt, R. B., & Denhardt, J. V. (2000). The new public service: Serving rather than steering. *Public Administration Review, 60*(6), 549-559.
- Denis, J. L., & van Gestel, N. (2016). Medical doctors in healthcare leadership: Theoretical and practical challenges. *BMC health services research, 16*(2), 45-56.
- DeNisi, A. S. (2000). Performance appraisal and performance management. In K. J. Klein, & S. Kozlowski, *Multilevel theory, research, and methods in organizations: Foundations, extensions and new directions* (pp. 121-156). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- DeNisi, A. S., & Smith, C. E. (2014). Performance appraisal, performance management, and firm-level performance: A review, a proposed model, and new directions for future research. *The Academy of Management Annals, 8*(1), 127-179.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2005). *The Sage handbook of qualitative research*. Los Angeles, California: Sage Publications.

- Despacho Normativo nº 61/99, de 11 de setembro. Diário da República n.º 264/1999, Série I-B. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Dhar, R. L. (2016). Ethical leadership and its impact on service innovative behavior: The role of LMX and job autonomy. *Tourism Management*, 57, 139-148.
- Diallo, K., Zurn, P., Gupta, N., & Dal Poz, M. (2003). Monitoring and evaluation of human resources for health: An international perspective. *Human Resources for Health*, 1, 3.
- Dieleman, M., & Hilhorst, T. (2011). Governance and human resources for health. *Human Resources for Health*, 9, 29.
- Dienesch, R. M., & Liden, R. C. (1986). Leader-member exchange model of leadership: A critique and further development. *Academy of Management Review*, 11(3), 618-634.
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147-160.
- Dodgson, M. (1993). Organizational learning: A review of some literatures. *Organization studies*, 14(3), 375-394.
- Doherty, T. L., Horne, T., & Wootton, S. (2014). *Managing public services – implementing changes: A thoughtful approach to the practice of management*. New York: Routledge.
- Donald, I., Taylor, P., Johnson, S., Cooper, C., Cartwright, S., & Robertson, S. (2005). Work environments, stress and productivity: An examination using ASSET. *International Journal of Stress Management*, 12(4), 409-423.
- Donaldson, L. (1990). The ethereal hand: Organizational economics and management theory. *Academy of Management Review*, 15(3), 369-381.
- Dong, Y., Bartol, K. M., Zhang, & Li, C. (2017). Enhancing employee creativity via individual skill development and team knowledge sharing: Influences of dual-focused transformational leadership. *Journal of Organizational Behavior*, 38(3), 439-458.
- Drucker, P. F. (2002). They're not employees, they're people. *Harvard Business Review*, 80(2), 70-77.
- Duarte, N. T., Goodson, J. R., & Klich, N. R. (1993). How do I like thee? Let me appraise the ways. *Journal of Organizational Behavior*, 14(3), 239-249.
- Duarte, R. (2004). Interviews in qualitative research. *Educar em revista*, 24, 213-225.
- Dubois, C.-A., & Singh, D. (2009). From staff-mix to skill-mix and beyond: Towards a systemic approach to health workforce management. *Human Resources for Health*, 7(1), 87.
- Dubois, C.-A., Nolte, E., & McKee, M. (2006). Human resources for health in Europe. In C.-A. Dubois, M. McKee, & E. Nolte (Eds.), *Human resources for health in Europe* (pp. 1-14). UK: European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press.
- Dulebohn, J. H., Bommer, W. H., Liden, R. C., Brouer, R. L., & Ferris, G. R. (2012). A meta-analysis of antecedents and consequences of leader-member exchange integrating the past with an eye toward the future. *Journal of Management*, 38(6), 1715-1759.
- Dunegan, K. J., Uhl-Bien, M., & Duchon, D. (2002). LMX and subordinate performance: The moderating effects of task characteristics. *Journal of Business and Psychology*, 17(2), 275-285.
- Dunleavy, P. (1985). Bureaucrats, budgets and the growth of the state: Reconstructing an instrumental model. *British Journal of Political Science*, 15(3), 299-328.

- Dunleavy, P., & Hood, C. (1994). From old public administration to new public management. *Public Money & Management*, 14(3), 9-16.
- Dunphy, D., & Stace, D. (1993). The strategic management of corporate change. *Human Relations*, 46(8), 905-920.
- Dunsire, A. (1995). Administrative theory in the 1980s: A viewpoint. *Public Administration*, 73(1), 17-40.
- Dussault, G., & Dubois, C.-A. (2003). Human resources for health policies: A critical component in health policies. *Human Resources for Health*, 1, 1.
- Dyer, L., & Reeves, T. (1995). Human resource strategies and firm performance: What do we know and where do we need to go? *The International Journal of Human Resource Management*, 6(3), 656-670.
- Dyer, W. G., & Wilkins, A. L. (1991). Better stories, not better constructs, to generate better theory: A rejoinder to Eisenhardt. *Academy of Management Review*, 16(3), 613-619.
- Edwards, J. R. (1991). *Person-job fit: A conceptual integration, literature review, and methodological critique*. Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Edwards, P., & Wright, M. (2001). High-involvement work systems and performance outcomes: The strength of variable, contingent and context-bound relationships. *International Journal of Human Resource Management*, 12(4), 568-585.
- Ehrenhalt, A. (2012). The public service heritage: context, continuity, and change. In E. M. Berman, J. S. Bowman, J. P. West, & M. R. van Wart, *Human resource management in public service: paradoxes, processes, and problems* (pp. 2-42). USA: Sage Publications.
- Eisenberger, R., Armeli, S., Rexwinkel, B., Lynch, P. D., & Rhoades, L. (2001). Reciprocation of perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 86(1), 42-51.
- Eisenberger, R., Fasolo, P., & Davis-LaMastro, V. (1990). Perceived organizational support and employee diligence, commitment and innovation. *Journal of Applied Psychology*, 75(1), 51-59.
- Eisenhardt, K. M. (1989). Agency theory: An assessment and review. *Academy of Management Review*, 14(1), 57-74.
- Entwistle, T., Marinetto, M., & Ashworth, R. (2007). Introduction: New Labour, the new public management and changing forms of human resource management. *The International Journal of Human Resource Management*, 18(9), 1569-1574.
- Epitropaki, O., & Martin, R. (1999). The impact of relational demography on the quality of leader-member exchanges and employees' work attitudes and well-being. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72(2), 237-240.
- Epitropaki, O., & Martin, R. (2005). From ideal to real: a longitudinal study of the role of implicit leadership theories on leader-member exchanges and employee outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 90(4), 659-676.
- Erdogan, B., & Bauer, T. N. (2014). Leader-member exchange (LMX) theory: The relational approach to leadership. In David V. Day (Ed.), *The Oxford handbook of leadership and organizations* (pp. 407-433). Oxford University Press.
- Erdogan, B., & Enders, J. (2007). Support from the top: Supervisors' perceived organizational support as a moderator of leader-member exchange to satisfaction and performance relationships. *Journal of Applied Psychology*, 92(2), 321-330.

- Erkutlu, H., & Chafra, J. (2016). Benevolent leadership and psychological well-being: The moderating effects of psychological safety and psychological contract breach. *Leadership & Organization Development Journal*, 37(3), 369-386.
- European Foundation for Quality Management (EFQM) (2017). Obtido de [www.efqm.org](http://www.efqm.org) [em março, 2017]
- Ewenstein, B., Smith, W., & Sologar, A. (2015). Changing change management. *McKinsey Quarterly*, July, 1-4.
- Faria, R. (2015, 9 de setembro). Costa defende criação de 'emprego digno' e fim da austeridade. Passos acusa PS de 'abordagem Syriza'. *Jornal de Negócios*. Disponível em <http://www.jornaldenegocios.pt/>
- Farndale, E., Hope-Hailey, V., & Kelliher, C. (2011). High commitment performance management: The roles of justice and trust. *American Mathematical Monthly*, 40(1), 5-23.
- Felfe, J., & Schyns, B. (2002). The relationship between employees' occupational self-efficacy and perceived transformational leadership-replication and extension of recent results. *Current research in social psychology*, 7(9), 137-162.
- Felstead, A., Gallie D., & Green, F. (2002). *Work Skills in Britain, 1986-2001*. Cardiff University.
- Feng Jing, F., Avery, G. C., & Bergsteiner, H. (2011). Organizational climate and performance in retail pharmacies. *Leadership & Organization Development Journal*, 32(3), 224-242.
- Ferlie, E., Musselin, C., & Andresani, G. (2008). The steering of higher education systems: A public management perspective. *Higher Education*, 56(3), 325-348.
- Fiedler, F. E. (1971). Validation and extension of the contingency model of leadership effectiveness: A review of empirical findings. *Psychological Bulletin*, 76(2), 128-148.
- Fiol, M. C., & Lyles, M. A. (1985). Organizational learning. *Academy of Management Review*, 10(4), 803-813.
- Fisher, C. D. (1989). Current and recurrent challenges in HRM. *Journal of Management*, 15(2), 157-180.
- Fitzsimmons, J. A., Fitzsimmons, M. J., & Bordoloi, S. (2006). *Service management: Operations, strategy, and information technology*. New York: McGraw-Hill.
- Flamholtz, E. G. (2012). *Human resource accounting: Advances in concepts, methods and applications*. New York: Springer Science & Business Media.
- Flinchbaugh, C., Li, P., Luth, M. T., & Chadwick, C. (2016). Team-level high involvement work practices: Investigating the role of knowledge sharing and perspective taking. *Human Resource Management Journal*, 26(2), 134-150.
- Ford, J. D., Ford, L. W., & D'Amelio, A. (2008). Resistance to change: The rest of the story. *Academy of Management Review*, 33(2), 362-377.
- Ford, J., & Collinson, D. (2011). In search of the perfect manager? Work-life balance and managerial work. *Work, Employment and Society*, 25(2), 257-273.
- Fraser, I., Encinosa, W., & Glied, S. (2008). Improving efficiency and value in health care. *Health Services Research*, 43(5 Part II), 1781-1786.
- French, W., & Bell, C. (1999). *Organization development: behavioral science interventions for organization improvement*. New Jersey: Prentice Hall.

- Freund, W., & Epstein, E. (1984). *People and productivity: The New York stock exchange guide to financial incentives and the quality of work life*. Homewood, IL: Dow-Jones Irwin.
- Friedman, M. (1970). The social responsibility of business is to increase its profits. *New York*, 122-124.
- Friend, C. (2017). Social contract theory. *Internet Encyclopedia of Philosophy*. Obtido de <http://www.iep.utm.edu/soc-cont/> [em janeiro, 2017].
- Fugate, M. (2012). The impact of leadership, management, and HRM on employee reactions to organizational change. *Research in personnel and human resources management*, 31(1), 177-208.
- Furrer, O., Thomas, H., & Goussevskaia, A. (2008). The structure and evolution of the strategic management field: A content analysis of 26 years of strategic management research. *International Journal of Management Reviews*, 10(1), 1-23.
- Gajendran, R. S., Harrison, D. A., & Delaney-Klinger, K. (2015). Are telecommuters remotely good citizens? Unpacking telecommuting's effects on performance via i-deals and job resources. *Personnel Psychology*, 68(2), 353-393.
- Gallouj, F., Weber, K. M., Stare, M., & Rubalcaba, L. (2015). The futures of the service economy in Europe: A foresight analysis. *Technological Forecasting and Social Change*, 94, 80-96.
- Galpin, T. J. (1996). *The human side of change: A practical guide to organization redesign*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- García, P. (2009). *Financial turmoil, illiquidity and the policy responses: The case of Chile*. Economic Policy Papers, 29, Central Bank of Chile, consultado em <http://econpapers.repec.org/paper/chbbcchep/29.htm>
- Garg, S., & Dhar, R. (2017). Employee service innovative behavior: The roles of leader-member exchange (LMX), work engagement, and job autonomy. *International Journal of Manpower*, 38(2), 242-258.
- Garvin, D. (1993). Building a learning organization. *Harvard Business Review*, 73(4), 78-91.
- Gerstner, C. R., & Day, D. V. (1997). Meta-analytic review of leader-member exchange theory: Correlates and construct issues. *Journal of Applied Psychology*, 82(6), 827-844.
- Ghai, D. (2003). Decent work: Concept and indicators. *International Labor Review*, 142(2), 113-145.
- Gigerenzer, G., & Hug, K. (1992). Domain-specific reasoning: Social contracts, cheating, and perspective change. *Cognition*, 43(2), 127-171.
- Gill, R. (2003). Change management or change leadership? *Journal of Change Management*, 3(4), 307-318.
- Gingrich, J. (2015). Varying costs to change? Institutional change in the public sector. *Governance*, 28(1), 41-60.
- Gioia, D., Patvardhan, S., Hamilton, A., & Corley, K. (2013). Organizational identity formation and change. *Academy of Management Annals*, 7(1), 123-193.
- Giovanella, L., & Stegmüller, K. (2014). Tendências de reformas na atenção primária à saúde em países europeus. *Journal of Management & Primary Health Care*, 5(1), 101-113.
- Gittell, J. H. (2000). Organizing work to support relational co-ordination. *International Journal of Human Resource Management*, 11(3), 517-539.
- Gittell, J. H. (2001). Supervisory span, relational coordination and flight departure performance: A reassessment of postbureaucracy theory. *Organization Science*, 12(4), 468-483.



- Gittell, J. H. (2002a). Coordinating mechanisms in care provider groups: Relational coordination as a mediator and input uncertainty as a moderator of performance effects. *Management Science*, 48(11), 1408-1426.
- Gittell, J. H. (2002b). Relationships between service providers and their impact on customers. *Journal of Service Research*, 4(4), 299-311.
- Gittell, J. H. (2003). *The Southwest Airlines way: Using the power of relationships to achieve high performance*. New York: McGraw-Hill.
- Gittell, J. H. (2008). Relationships and resilience care provider responses to pressures from managed care. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 44(1), 25-47.
- Gittell, J. H. (2009). *High performance healthcare: Using the power of relationships to achieve quality, efficiency and resilience*. New York: McGraw-Hill.
- Gittell, J. H. (2011). New directions for relational coordination theory. In K. C. Spreitzer, *Oxford Handbook of Positive Organizational Scholarship* (pp. 74-94). Oxford University Press.
- Gittell, J. H. (2012). *Relational coordination: Guidelines for theory, measurement and analysis*. Waltham, MA: Brandeis University.
- Gittell, J. H. (2016). Rethinking autonomy: Relationships as a source of resilience in a changing healthcare system. *Health Services Research*, 51(5), 1701-1705.
- Gittell, J. H., Godfrey, M., & Thistlethwaite, J. (2013). Interprofessional collaborative practice and relational coordination: Improving healthcare through relationships. *Journal of Interprofessional Care*, 27(3), 210-213.
- Gittell, J. H., Seidner, R., & Wimbush, J. (2010). A relational model of how high-performance work systems work. *Organization Science*, 21(2), 490-506.
- Gittell, J. H., von Nordenflycht, A., & Kochan, T. A. (2004). Mutual gains or zero sum? Labor relations and firm performance in the airline industry. *Industrial and Labor Relations Review*, 57(2), 163-179.
- Gittell, J. H., Beswick, J., Goldmann, D., & Wallack, S. S. (2015). Teamwork methods for accountable care: Relational coordination and TeamSTEPPS®. *Health Care Management Review*, 40(2), 116-125.
- Gittell, J. H., Weinberg, D. B., Pfefferle, S., & Bishop, C. (2008). Impact of relational coordination on job satisfaction and quality outcomes: A study of nursing homes. *Human Resource Management Journal*, 18(2), 154-170.
- Gittell, J. H., Fairfield, K. M., Bierbaum, B., Head, W., Jackson, R., Kelly, M., . . . Zuckerman, J. (2000). Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay: A nine-hospital study of surgical patients. *Medical Care*, 38(8), 807-819.
- Godard, J. (2004). A critical assessment of the high-performance paradigm. *British Journal of Industrial Relations*, 42(2), 349-378.
- Goetsch, D. L., & Davis, S. B. (2014). *Quality management for organizational excellence: Introduction to total quality management*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Higher Education.
- Gollan, P. J. (2005). High involvement management and human resource sustainability: The challenges and opportunities. *Asia Pacific Journal of Human Resources*, 43(1), 18-33.
- Gouldner, A. W. (1960). The norm of reciprocity: A preliminary statement. *American sociological review*, 25(2), 161-178.

- Gould-Williams, J. (2003). The importance of HR practices and workplace trust in achieving superior performance: A study of public-sector organizations. *International Journal of Human Resource Management*, 14(1), 28-54.
- Graen, G. B. (1976). Role making process within complex organizations. In M. Dunnette, *Handbook of Industrial Organizational Psychology* (pp. 1201-1245). Chicago, IL: Rand-McNally.
- Graen, G. B., & Cashman, J. (1975). A role-making model of leadership in formal organizations: A developmental approach. In J.G. Hunt, & L.L. Larson (Eds.), *Leadership Frontiers* (pp. 143-166). Kent State University Press.
- Graen, G. B., & Scandura, T. A. (1987). Toward a psychology of dyadic organizing. *Research in Organizational Behavior*, 9, 175-208.
- Graen, G. B., & Schiemann, W. (1978). Leader-member agreement: A vertical dyad linkage approach. *Journal of Applied psychology*, 63(2), 206-212.
- Graen, G. B., & Uhl-Bien, M. (1995). Development of leader-member exchange (LMX) theory of leadership over 25 years: Applying a multi-level multi-domain perspective. *Leadership Quarterly*, 6(2), 219-247.
- Graen, G. B., Orris, J. B., & Johnson, T. W. (1973). Role assimilation processes in a complex organization. *Journal of Vocational Behavior*, 3(4), 395-420.
- Graen, G. B., Novak, M. A., & Sommerkamp, P. (1982). The effects of leader-member exchange and job design on productivity and satisfaction: Testing a dual attachment model. *Organizational Behavior and Human Performance*, 30(1), 109-131.
- Graen, G. B., Scandura, T. A., & Graen, M. R. (1986). A field experimental test of the moderating effects of growth need strength on productivity. *Journal of Applied Psychology*, 71(3), 484-491.
- Graetz, F. (2000). Strategic change leadership. *Management Decision*, 38(8), 550-564.
- Graetz, F., Rimmer, M., Lawrence, A., & Smith, A. (2006). *Managing organisational change*. Malden, Mass: John Wiley & Sons.
- Grant, R. M. (1996). Towards a knowledge-based theory of the firm. *Strategic Management Journal*, 17(S2), 108-122.
- Grant, R. M. (2002). The knowledge-based view of the firm. In C. W. Choo, & N. Bontis, *The strategic management of intellectual capital and organizational knowledge* (pp. 133-148). New York: Oxford University press.
- Gratton, L. (2011). *The shift: The Future of work is already here*. London: Collins.
- Gratton, L., & Truss, C. (2003). The three-dimensional people strategy: putting human resources policies into action. *Academy of Management Executive*, 17(3), 74-86.
- Gratton, L., Hailey, V. H., & Truss, C. (2000). *Strategic human resource management*. New York: Oxford University.
- Greenhaus, J. H., & Beutell, N. J. (1985). Sources of conflict between work and family roles. *Academy of Management Review*, 10(1), 76-88.
- Griffin, A. (1997). PDMA research on new product development practices: Updating trends and benchmarking best practices. *Journal of Product Innovation Management*, 14(6), 429-458.

- Griffith-Cooper, B., & King, K. (2007). The partnership between project management and organizational change: Integrating change management with change leadership. *Performance Improvement*, 46(1), 14-20.
- Gruening, G. (2001). Origin and theoretical basis of new public management. *International Public Management Journal*, 4(1), 1-25.
- Gruman, J. A., & Saks, A. M. (2011). Performance management and employee engagement. *Human Resource Management Review*, 21(2), 123-136.
- Grundy, T. (1993). *Managing strategic change*. London: Kogan Page.
- Gruys, M. L., & Sackett, P. R. (2003). Investigating the dimensionality of counterproductive work behavior. *International Journal of Selection and Assessment*, 11(1), 30-42.
- Guest, D. E. (1987). Human resource management and industrial relations. *Journal of Management Studies*, 24(5), 503-521.
- Guest, D. E. (1997). Human resource management and performance: A review and research agenda. *International Journal of Human Resource Management*, 8(3), 263-276.
- Guest, D. E. (1998). Is the psychological contract worth taking seriously? *Journal of Organizational Behavior*, 19, 649-664.
- Guest, D. E. (2004). The psychology of the employment relationship: An analysis based on the psychological contract. *Applied Psychology: An International Review*, 53(4), 541-555.
- Guest, D. E. (2011). Human resource management and performance: Still searching for some answers. *Human Resource Management Journal*, 21(1), 3-13.
- Guest, D. E. (2014). Employee engagement: A sceptical analysis. *Journal of Organizational Effectiveness: People and Performance*, 1(2), 141-156.
- Guest, D. E. (2016). Trust and the role of the psychological contract in contemporary employment relations. In D. E. Guest, *Building trust and constructive conflict management in organizations* (pp. 137-149). Springer International Publishing.
- Guest, D. E., & Bos-Nehles, A. (2013). HRM and performance: The role of effective implementation. In J. Paauwe, D. Guest, & P. Wright, *HRM and performance: Achievements and challenges* (pp. 79-96). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Guest, D. E., & Conway, N. (2002). Communicating the psychological contract: An employer perspective. *Human Resource Management Journal*, 12(2), 22-38.
- Guest, D. E., & Conway, N. (2011). The impact of HR practices, HR effectiveness and a 'strong HR system' on organisational outcomes: A stakeholder perspective. *The International Journal of Human Resource Management*, 22(8), 1686-1702.
- Guest, D. E., Paauwe, J. & Wright, P. (2013). *HRM and performance: Achievements and challenges*. UK: John Wiley & Sons.
- Gupta, V., Agarwal, U. A., & Khatri, N. (2016). The relationships between perceived organizational support, affective commitment, psychological contract breach, organizational citizenship behaviour and work engagement. *Journal of Advanced Nursing*, 72(11), 2806-2817.
- Guthrie, J. P. (2001). High-involvement work practices, turnover, and productivity: Evidence from New Zealand. *Academy of Management Journal*, 44(1), 180-190.

- Guthrie, J. P., Spell, C. S., & Nyamori, R. O. (2002). Correlates and consequences of high involvement work practices: The role of competitive strategy. *International Journal of Human Resource Management*, 13(1), 183-197.
- Guzzo, R. A., & Noonan, K. A. (1994). Human Resource practices as communications and the psychological contract. *Journal of Human Resource Management*, 33(3), 447-462.
- Guzzo, R. A., Noonan, K. A., & Elron, E. (1994). Expatriate managers and the psychological contract. *Journal of Applied Psychology*, 79(4), 617-626.
- Haas, D. F., & Deseran, F. A. (1981). Trust and symbolic exchange. *Social Psychology Quarterly*, 44(1), 3-13.
- Hage, J. T. (1999). Organizational innovation and organizational change. *Annual Review of Sociology*, 25, 597-622.
- Hales, C. (2005). Rooted in supervision, branching into management: Continuity and change in the role of first-line manager. *Journal of Management Studies*, 42(3), 471-506.
- Hall, L., & Torrington, D. (1998). Letting go or holding on: The devolution of operational personnel activities. *Human Resource Management Journal*, 8(1), 41-55.
- Haller, M., & Hadler, M. (2006). How social relations and structures can produce happiness and unhappiness: An international comparative analysis. *Social Indicators Research*, 75(2), 169-216.
- Hallier, J., & James, P. (1997a). Middle managers and the employee psychological contract: Agency, protection and advancement. *Journal of Management Studies*, 34(5), 703-728.
- Hallier, J., & James, P. (1997b). Management enforced job change and employee perceptions of the psychological contract. *Employee Relations*, 19(2), 222-247.
- Hansen, M. H., Perry, L. T., & Reese, C. S. (2004). A Bayesian operationalization of the resource-based view. *Strategic Management Journal*, 25(13), 1279-1295.
- Harding, A., & Preker, A. S. (2000). *Understanding organizational reforms: The corporatization of public hospitals*. Washington DC: World Bank.
- Harris, L., Doughty, D., & Kirk, S. (2002). The devolution of HR responsibilities: Perspectives from the UK's public sector. *Journal of European Industrial Training*, 26(5), 218-229.
- Harris, S. G. (1994). Organizational culture and individual sensemaking: A schema-based perspective. *Organization Science*, 5(3), 309-321.
- Harriss-White, B. (2010). Work and wellbeing in informal economies: The regulative roles of institutions of identity and the state. *World Development*, 38(2), 170-183.
- Harter, J. K., Schmidt, F. L., & Hayes, T. L. (2002). Business-unit-level relationship between employee satisfaction, employee engagement, and business outcomes: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 87(2), 268-279.
- Harter, J. K., Schmidt, F. L., Killham, E. A., & Agrawal, S. (2009). *Q12 meta-analysis: The relationship between engagement at work and organizational outcomes*. Washington, DC, USA: The Gallup Organization.
- Hartgerink, J. M., Cramm, J. M., Bakker, T. J., Eijdsden, A. M., Mackenbach, J. P., & Nieboer, A. P. (2014). The importance of multidisciplinary teamwork and team climate for relational coordination among teams delivering care to older patients. *Journal of Advanced Nursing*, 70(4), 791-799.

- Hassan, S., & Hatmaker, D. M. (2015). Leadership and performance of public employees: Effects of the quality and characteristics of manager-employee relationships. *Journal of Public Administration Research and Theory, 25*(4), 1127-1155.
- Havens, D. S., Vasey, J., Gittel, J. H., & Lin, W. (2010). Relational coordination among nurses and other providers: Impact on the quality of care. *Journal of Nursing Management, 18*(8), 926-937.
- Hayes, J. (2014). *The theory and practice of change management*. Hampshire, UK: Palgrave Macmillan.
- Hayes, L. A., Caldwell, C., Licona, B., & Meyer, T. E. (2015). Followership behaviors and barriers to wealth creation. *Journal of Management Development, 34*(3), 270-285.
- Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., . . . North, N. (2012). Nurse turnover: A literature review—an update. *International Journal of Nursing Studies, 49*(7), 887-905.
- Haynes, P. (2015). *Managing complexity in the public services*. London, UK: Routledge.
- Hefetz, A., & Warner, M. (2004). Privatization and its reverse: Explaining the dynamics of the government contracting process. *Journal of Public Administration Research and Theory, 14*(2), 171-190.
- Heinrich, C. J. (2012). Measuring public sector performance and effectiveness. In B. G. Peters, & J. Pierre (Eds.), *The SAGE handbook of public administration* (pp. 32-49). London, UK: Sage publications.
- Helfat, C. E., & Peteraf, M. A. (2003). The dynamic resource-based view: Capability lifecycles. *Strategic Management Journal, 24*(10), 997-1010.
- Helpap, S., & Bekmeier-Feuerhahn, S. (2016). Employees' emotions in change: Advancing the sensemaking approach. *Journal of Organizational Change Management, 29*(6), 903-916.
- Henderson, D. J., Liden, R. C., Glibkowski, B. C., & Chaudhry, A. (2009). LMX differentiation: A multilevel review and examination of its antecedents and outcomes. *The Leadership Quarterly, 20*(4), 517-534.
- Herold, D. M., Fedor, D. B., & Caldwell, S. D. (2007). Beyond change management: A multilevel investigation of contextual and personal influences on employees' commitment to change. *Journal of Applied Psychology, 92*(4), 942-951.
- Herriot, P., & Pemberton, C. (1995). *New deals: The revolution in managerial careers*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Herriot, P., & Pemberton, C. (1997). Facilitating new deals. *Human Resource Management Journal, 7*(1), 45-56.
- Herriot, P., Manning, W. G., & Kidd, J. M. (1997). The content of the psychological contract. *British Journal of Management, 8*(2), 151-162.
- Hill, C., Jones, G., & Schilling, M. (2014). *Strategic management theory: An integrated approach*. Stamford, CT: Cengage Learning.
- Hill, T. (1977). On goods and services. *The Review of Income and Wealth, 23*(4), 314-339.
- Hiltrop, J. M. (1996). Managing the changing psychological contract. *Employee Relations, 18*(1), 36-50.
- Hinsz, V. B., Tindale, R. S., & Vollrath, D. A. (1997). The emerging conceptualization of groups as information processors. *Psychological Bulletin, 121*(1), 43-65.
- Hirschman, A. O. (1970). *Exit, voice, and loyalty: Responses to decline in firms, organizations, and states* (Vol. 25). Harvard university press.

- Hitt, M., Bierman, L., Shimizu, K., & Kochar, R. (2001). Direct and moderating effects of human capital on the strategy and performance in professional service firms: A resource-based perspective. *Academy of Management Journal*, 44(1), 13-28.
- Holland, S. (2015). *Europe in question – And what to do about it*. Nottingham: Spokesman Press.
- Holland, S. (2016). *Beyond austerity – Alternative for a democratic Europe*. Nottingham: Spokesman Press.
- Holland, S. (2017). *Jean-Jacques Rousseau - Social Visionary and Change Manager*. Working Papers, T Polanyi Centre, Institute for Advanced Studies, Köszeg, Hungary.
- Holmes, J. G. (1981). The exchange process in close relationships. In M. J. Lerner, *The justice motive in social behavior* (pp. 261-284). New York: Springer Science and Business Media.
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration*, 69(1), 3-19.
- Hood, C. (1995). The "new public management" in the 1980s: Variations on a theme. *Accounting, Organizations and Society*, 20(2/3), 93-109.
- Hooper, D. T., & Martin, R. (2008). Beyond personal leader–member exchange (LMX) quality: The effects of perceived LMX variability on employee reactions. *The Leadership Quarterly*, 19(1), 20-30.
- Hornung, S., Glaser, J., & Rousseau, D. M. (2010). Interdependence as an I(-)deal: Enhancing job autonomy and distributive justice via individual negotiation. *German Journal of Human Resource Management: Zeitschrift für Personalforschung*, 24(2), 108-129.
- Hornung, S., Rousseau, D. M., & Glaser, J. (2008). Creating flexible work arrangements through idiosyncratic deals. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 655-664.
- Hornung, S., Rousseau, D. M., & Glaser, J. (2009). Why supervisors make idiosyncratic deals: Antecedents and outcomes of i-deals from a managerial perspective. *Journal of Managerial Psychology*, 24(8), 738-764.
- Hornung, S., Rousseau, D. M., Glaser, J., Angerer, P., & Weigl, M. (2010). Beyond top-down and bottom-up work redesign: Customizing job content through idiosyncratic deals. *Journal of Organizational Behavior*, 31(2-3), 187-215.
- Howell, J. M., & Avolio, B. J. (1993). Transformational leadership, transactional leadership, locus of control, and support for innovation: Key predictors of consolidate–business-unit performance. *Journal of Applied Psychology*, 78(6), 891-902.
- Huczynski, A. A., & Buchanan, D. A. (2013). *Organizational Behaviour*. U.K.: Pearson Education Limited.
- Hughes, O. E. (1998). New public management. In *Public management and administration* (pp. 52-80). Macmillan Education UK.
- Hughes, O. E. (2012). *Public management and administration*. Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Hui, C., Lee, C., & Rousseau, D. M. (2004). Psychological contract and organizational citizenship behavior in China: Investigating generalizability and instrumentality. *Journal of Applied Psychology*, 89(2), 311-321.
- Huselid, M. A. (1995). The impact of human resource management practices on turnover, productivity, and corporate financial performance. *Academy of Management Journal*, 38(3), 635-672.

- Huselid, M. A., Jackson, S., & Schuler, R. S. (1997). Technical and strategic human resource management effectiveness as determinants of firm performance. *Academy of Management Journal*, 40(1), 171-188.
- Hutchinson, S. J. (2013). *Performance management*. Chartered Institute of Personnel and Development. Consultado em <http://eprints.uwe.ac.uk/28557> em 15 de março de 2017.
- Hutchinson, S., & Purcell, J. (2003). *Bringing Policies to Life: The Vital Role of Front Line Managers in People Management*. London: CIPD.
- Huy, Q. N. (2002). Emotional balancing of organizational continuity and radical change: The contribution of middle managers. *Administrative Science Quarterly*, 47(1), 31-69.
- Huy, Q. N. (2011). How middle managers' group-focus emotions and social identities influence strategy implementation. *Strategic Management Journal*, 32(13), 1387-1410.
- Ibrahim, R. M., Ghani, M. A., Hashim, N. H., & Amin, A. (2017). Does leader-member exchange impact on organizational citizenship behaviour readiness? Evidence from state government agency. *International Review of Management and Marketing*, 7(1).
- Ilies, R., Nahrgang, J. D., & Morgeson, F. P. (2007). Leader-member exchange and citizenship behaviors: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 92(1), 269-277.
- Institute for Healthcare Improvement (IHI). (2005). *Going lean in health care*. Cambridge, MA: IHI Innovation Series white paper, Institute for Healthcare Improvement.
- Islam, T., ur Rehman Khan, S., Norulkamar Ungku Bt. Ahmad, U., & Ahmed, I. (2013). Organizational learning culture and leader-member exchange quality: The way to enhance organizational commitment and reduce turnover intentions. *The Learning Organization*, 20(4/5), 322-337.
- Jackson, D., & Humble, J. (1994). Middle managers: New purpose, new directions. *Journal of Management Development*, 13(3), 15-21.
- Jacobs, D. (1981). Toward a theory of mobility and behavior in organizations: An inquiry into the consequences of some relationships between individual performance and organizational success. *American Journal of Sociology*, 87(3), 684-707.
- Jang, S. J. (2009). The relationships of flexible work schedules, workplace support, supervisory support, work-life balance, and the well-being of working parents. *Journal of Social Service Research*, 35(2), 93-104.
- Janssen, R. (2015). Lost in contradiction: The IMF and competitive wage dumping in the euro area. *Social Europe*. November 27th.
- Janssens, M., Sels, L., & van den Brande, I. (2003). Multiple types of psychological contracts: A six-cluster solution. *Human Relations*, 56(11), 1349-1378.
- Joffe, M., & MacKenzie-Davey, K. (2012). The problem of identity in hybrid managers: Who are medical directors?. *International Journal of Leadership in Public Services*, 8(3), 161-174.
- Johansson, C., Åström, S., Kauffeldt, A., Helldin, L., & Carlström, E. (2013). Culture as a predictor of resistance to change: A study of competing values in a psychiatric nursing context. *Health Policy*, 114(2/3), 156-162.
- Johnson, T. W., & Graen, G. (1973). Organizational assimilation and role rejection. *Organizational Behavior and Human Performance*, 10(1), 72-87.

- Joo, B. K. (2010). Organizational commitment for knowledge workers: The roles of perceived organizational learning culture, leader–member exchange quality, and turnover intention. *Human Resource Development Quarterly*, 21(1), 69-85.
- Judge, T. A., & Piccolo, R. F. (2004). Transformational and transactional leadership: A meta-analytic test of their relative validity. *Journal of Applied Psychology*, 89(5), 755-768.
- Judge, T. A., Thoresen, C. J., Bono, J. E., & Patton, G. K. (2001). The job satisfaction–job performance relationship: A qualitative and quantitative review. *Psychological Bulletin*, 127(3), 376-407.
- Kabene, S. M., Orchard, C., Howard, J. M., Soriano, M. A., & Leduc, R. (2006). The importance of human resources management in health care: a global context. *Human Resources for Health*, 4(20), 1-17.
- Kahn, R., Wolfe, D., Quinn, R., Snoek, J., & Rosenthal, R. (1964). *Organizational stress*. New York: Wiley.
- Kahn, W. A. (1990). Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work. *Academy of Management Journal*, 33(4), 692-724.
- Kalleberg, A. L., & Rognes, J. (2000). Employment relations in Norway: Some dimensions and correlates. *Journal of Organizational Behavior*, 21(3), 315-335.
- Kanji, G. K., & Moura, E. S. (2001). Measuring leadership excellence. *Total Quality Management*, 12(6), 701-718.
- Kanter, R. M. (1992). *The change masters: Corporate entrepreneurs at work*. London: George Allen & Unwin.
- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., & McKee, M. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*, 38(9874), 1323-1331.
- Karl, K. A., & Sutton, C. L. (1998). Job values in today's workforce: A comparison of public and private sector employees. *Public Personnel Management*, 27(4), 515-527.
- Katou, A. A., & Budhwar, P. S. (2006). Human resource management systems and organisational performance: A test of a mediating model in the Greek manufacturing context. *International Journal of Human Resource Management*, 17(7), 1223-1253.
- Katou, A. A., & Budhwar, P. S. (2007). The effect of human resource management policies on organisational performance in Greek manufacturing firms. *Thunderbird International Business Review*, 49(1), 1-35.
- Katou, A. A., Budhwar, P. S., & Patel, C. (2014). Content vs. process in the HRM-performance relationship: An empirical examination. *Human Resource Management*, 53(4), 527-544.
- Katz, D. (1964). The motivational basis of organizational behavior. *Behavioral Science*, 9(2), 131-146.
- Kaufman, B. E. (2015). Evolution of strategic HRM as seen through two founding books: A 30th anniversary perspective on development of the field. *Human Resource Management*, 54(3), 389-407.
- Kavanagh, M. H., & Ashkanasy, N. M. (2006). The impact of leadership and change management strategy on organizational culture and individual acceptance of change during a merger. *British Journal of Management*, 17(S1), S81-S103.
- Kaya, N., & Patton, J. (2011). The effects of knowledge-based resources, market orientation and learning orientation on innovation performance: An empirical study of Turkish firms. *Journal of International Development*, 23(2), 204-219.



- Keeley, M. (1988). *A social contract theory of organizations*. University of Notre Dame Press.
- Khilji, S. E., & Wang, X. (2006). 'Intended' and 'implemented' HRM: The missing linchpin in strategic human resource management research. *The International Journal of Human Resource Management*, 17(7), 1171-1189.
- Kickert, W. (1997). Public governance in The Netherlands: an alternative to Anglo-American 'managerialism'. *Public Administration*, 75(4), 731-752.
- Kiefer, T. (2005). Feeling bad: Antecedents and consequences of negative emotions in ongoing change. *Journal of Organizational Behavior*, 26(8), 875-897.
- Kilroy, S., Flood, P. C., Bosak, J., & Chênevert, D. (2016). Perceptions of high-involvement work practices, person-organization fit, and burnout: A time-lagged study of health care employees. *Human Resource Management*. doi:10.1002/hrm.21803.
- Kim, K. I., & Organ, D. W. (1982). Determinants of leader-subordinate exchange relationships. *Group & Organization Management*, 7(1), 77-89.
- Kin, T. M., & Kareem, O. A. (2015). Organizational change and leadership. *Middle-East Journal of Scientific Research*, 23(1), 135-141.
- Kindler, H. S. (1979). Two planning strategies: Incremental change and transformational change. *Group & Organization Management*, 4(4), 476-484.
- Kinman, G., & McDowall, A. (2016). Work-life balance, health and well-being in times of austerity. In G. a.-I. Kinman, D. Anderson, C. Lyonette, N. Payne, & S. Wood, *Work-life balance in times of recession, austerity and beyond* (pp. 23-44). Abingdon, UK: Routledge.
- Kinnie, N., Hutchinson, S., Purcell, J., Rayton, B., & Swart, J. (2005). Satisfaction with HR practices and commitment to the organisation: Why one size does not fit all. *Human Resource Management Journal*, 15(4), 9-29.
- Klein, S. M. (1996). A management communication strategy for change. *Journal of Organizational Change Management*, 9(2), 32-46.
- Knies, E., Boselie, P., Gould-Williams, J., & Vandenabeele, W. (2015). Special issue of International Journal of Human Resource Management: Strategic human resource management and public sector performance. *The International Journal of Human Resource Management*, 26(3), 421-424.
- Kochan, T. A., & Barroci, T. (1985). *Human Resource Management and Industrial Relations*. Boston: Little Brown.
- Kogut, B., & Zander, U. (1996). What firms do? Coordination, identity, and learning. *Organization science*, 7(5), 502-518.
- Kotler, P., & Bloom, P. (1984). *Marketing professional services*. NJ: Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Kotter, J. P. (1973). The psychological contract: Managing the joining-up process. *California Management Review*, 15(3), 91-99.
- Kotter, J. P. (1990). *A force for change: How leadership differs from management*. New York: Free Press.
- Kotter, J. P. (1996). *Leading change*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
- Kotter, J. P. (1999). What effective general managers really do. *Harvard Business Review*, 77(2), 145-59.
- Kotter, J. P. (2001). What leaders really do? *Harvard Business Review*, *Dezembro*, 85-96, first published in 1990.

- Kotter, J. P. (2007). Leading change: Why transformation efforts fail. *Harvard Business Review*, 73(2), 59-67.
- Kotter, J. P. (2012). *Leading change*. USA: Harvard Business Review Press.
- Kotter, J. P., & Schlesinger, L. A. (1979). Choosing strategies for change. *Harvard Business Review*, March/April, 106-113.
- Kotter, J. P., Schlesinger, L. A., & Sathe, V. (1986). *Organization: Text, cases, and readings on the management of organizational design and change* Richard D. Irwin. Illinois: Homewood.
- Kraatz, M. S., & Zajac, E. J. (2001). How organizational resources affect strategic change and performance in turbulent environments: Theory and evidence. *Organization Science*, 12(5), 632-657.
- Krishnan, V. R. (2004). Impact of transformational leadership on followers' influence strategies. *Leadership & Organization Development Journal*, 25(1), 58-72.
- Kristof, A. L. (1996). Person-organization fit: An integrative review of its conceptualizations, measurement, and implications. *Personnel Psychology*, 49(1), 1-49.
- Kroneman M., Boerma W., van den Berg M., Groenewegen P., de Jong J, van Ginneken E. (2016). The Netherlands: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2016; 18(2):1–239.
- Kuipers, B. S., Higgs, M., Kickert, W., Tummers, L., Grandia, J., & van der Voet, J. (2014). The management of change in public organizations: A literature review. *Public Administration*, 92(1), 1-20.
- Kumar, P., & Singhal, M. (2012). Reducing change management complexity: Aligning change recipient sensemaking to change agent sensegiving. *International Journal of Learning and Change*, 6(3/4), 138-155.
- Kurtessis, J. N., Eisenberger, R., Ford, M. T., Buffardi, L. C., Stewart, K. A., & Adis, C. S. (2015). Perceived organizational support: A meta-analytic evaluation of organizational support theory. *Journal of Management*. doi:10.1177/0149206315575554.
- Kuvaas, B., Buch, R., & Dysvik, A. (2012). Perceived training intensity and knowledge sharing: Sharing for intrinsic and prosocial reasons. *Human Resource Management*, 51(2), 167-187.
- Kvale, S. (2008). *Doing interviews*. Los Angeles: Sage Publications.
- Lado, A. A., & Wilson, M. C. (1994). Human resource systems and sustained competitive advantage: A competency-based perspective. *Academy of Management Review*, 19(4), 699-727.
- Lapierre, L. M., Hackett, R. D., & Taggar, S. (2006). A test of the links between family interference with work, job enrichment and leader-member exchange. *Applied Psychology*, 55(4), 489-511.
- Holt Larsen, H., & Brewster, C. (2003). Line management responsibility for HRM: What is happening in Europe?. *Employee Relations*, 25(3), 228-244.
- Laulié, L., & Tekleab, A. G. (2016). A multi-level theory of psychological contract fulfillment in teams. *Group & Organization Management*, 41(5), 658-698.
- Lauver, K. J., & Kristof-Brown, A. (2001). Distinguishing between employees' perceptions of person–job and person–organization fit. *Journal of Vocational Behavior*, 59(3), 454-470.
- Lawal, A. K., Rotter, T., Kinsman, L., Machotta, A., Ronellenfisch, U., Scott, S. D., & Groot, G. (2016). What is a clinical pathway? Refinement of an operational definition to identify clinical pathway studies for a Cochrane systematic review. *BMC Medicine*, 14(1), 14-35.

- Lawler, E. E. (1986). *High-involvement management: Participative strategies for improving organizational performance*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- Lawler, E. E. (1992). *The ultimate advantage: Creating the high-involvement organization*. San Francisco: Jossey Bass.
- Lawler, E. E., Mohrman, S. A., & Ledford, G. E. (1995). *Creating high performance organizations*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Lawrence, T. B. (1999). Institutional strategy. *Journal of Management*, 25(2), 161-187.
- Lawrence, T. B., Mauws, M. K., Dyck, B., & Kleysen, R. F. (2005). The politics of organizational learning: Integrating power into the 4I framework. *Academy of Management Review*, 30(1), 180-191.
- Lawton, A. (1998). *Ethical management for the public services*. UK: McGraw-Hill Education.
- Lebas, M. J. (1995). Performance measurement and performance management. *International Journal of Production Economics*, 1(41), 23-35.
- Lee, C., Liu, J., Rousseau, D. M., Hui, C., & Chen, Z. X. (2011). Inducements, contributions, and fulfillment in new employee psychological contracts. *Human Resource Management*, 50(2), 201-226.
- Lee, T. W. (1999). *Using qualitative methods in organizational research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Legge K. (1995) What is human resource management?. In *Human Resource Management: Management, work and organisations*. London: Palgrave Macmillan.
- Legge, K. (1998). Is HRM ethical? Can HRM be ethical? In M. Parker, *Ethics & Organizations* (pp. 150-172). Trowbridge: Cromwell press.
- Legge, K. (2005). *Human resource management: Rhetorics and realities - anniversary edition*. London: Palgrave Macmillan.
- Legido-Quigley, H., Karanikolos, M., Hernandez-Plaza, S., de Freitas, C., Bernardo, L., Padilla, B., & McKee, M. (2016). Effects of the financial crisis and Troika austerity measures on health and health care access in Portugal. *Health Policy*, 120(7), 833–839.
- Lei nº 56/1979, de 15 de setembro. *Diário da República n.º 214/1979, Série I*. Lisboa: Assembleia da República.
- Lei nº 27/2002, de 8 de novembro. *Diário da República n.º 258/2002, Série I-A*. Lisboa: Assembleia da República.
- Lei nº 10/2004 de 22 de março. *Diário da República n.º 69/2004, Série I-A*. Lisboa: Assembleia da República.
- Lei nº 5/2012, de 23 de janeiro. *Diário da República n.º 16/2012, Série I*. Lisboa: Assembleia da República.
- Leifer, R. (1989). Understanding organizational transformation using a dissipative structure model. *Human Relations*, 42(10), 899-916.
- Lengnick-Hall, M. L., Lengnick-Hall, C. A., Andrade, L. S., & Drake, B. (2009). Strategic human resource management: The evolution of the field. *Human Resource Management Review*, 19(2), 64-85.
- Lepak, D. P., & Snell, S. A. (1999). The human resource architecture: Toward a theory of human capital allocation and development. *Academy of Management Review*, 24(1), 31-48.

- LePine, J. A., Erez, A., & Johnson, D. E. (2002). The nature and dimensionality of organizational citizenship behavior: A critical review and meta-analysis. *Journal of Applied Psychology, 87*(1), 52-65.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (2005). *Investigação qualitativa: Fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Levinson, H. (1965). Reciprocation: The relationship between man and organization. *Administrative Science Quarterly, 9*(4), 370-390.
- Levinson, H., Price, C. R., Munden, K. J., Mandl, H. J., & Solley, C. M. (1962). *Men, management, and mental health*. Cambridge, MA, US: Harvard University Press .
- Levy, R. (2010). New public management: End of an era? *Public Policy and Administration, 25*(2), 234-240.
- Leys, C., & Player, S. (2011). The plot against the NHS. *Renewal: a Journal of Labour Politics, 19*(2), 64.
- Liao, C., Wayne, S. J., Liden, R. C., & Meuser, J. D. (2017). Idiosyncratic deals and individual effectiveness: The moderating role of leader-member exchange differentiation. *The Leadership Quarterly, 28*(3), 438-450.
- Liden, R. C., & Graen, G. (1980). Generalizability of the vertical dyad linkage model of leadership. *Academy of Management Journal, 23*(3), 451-465.
- Liden, R. C., Sparrowe, R. T., & Wayne, S. J. (1997). Leader-member exchange theory: The past and potential for the future. *Research in Personnel and Human Resources Management, 15*, 47-119.
- Liden, R. C., Erdogan, B., Wayne, S. J., & Sparrowe, R. T. (2006). Leader-member exchange, differentiation, and task interdependence: Implications for individual and group performance. *Journal of Organizational Behavior, 27*(6), 723-746.
- Liden, R. C., Wayne, S. J., Jaworski, R. A., & Bennett, N. (2004). Social loafing: A field investigation. *Journal of Management, 30*(2), 285-304.
- Liu, J., Lee, C., Hui, C., Kwan, H. K., & Wu, L. Z. (2013). Idiosyncratic deals and employee outcomes: The mediating roles of social exchange and self-enhancement and the moderating role of individualism. *Journal of Applied Psychology, 98*(5), 832-840.
- Liu, Y., & Perrewé, P. (2005). Another look at the role of emotion in the organizational change: A process model. *Human Resource Management Review, 15*(4), 263-280.
- Lo, M. C., Abang Azlan, M., Ramayah, T., & Wang, Y. C. (2015). Examining the effects of leadership, market orientation and leader member exchange (LMX) on organisational performance. *Engineering Economics, 26*(4), 409-421.
- Loi, R., Mao, Y., & Ngo, H. Y. (2009). Linking leader-member exchange and employee work outcomes: The mediating role of organizational social and economic exchange. *Management and Organization Review, 5*(3), 401-422.
- Lok, J. (2010). Institutional logics as identity projects. *Academy of Management Journal, 53*(6), 1305-1335.
- Longo, F. (2007). Managing public reforms effectively: A strategic change management approach. In F. Longo, & D. Cristofoli, *Strategic change management in the public sector: an EFMD European case book* (pp. 1-20). England: EFMD, John Wiley & Sons.
- Lopez-Casasnovas, G., Costa-Font, J., & Planas, I. (2005). Diversity and regional inequalities in the Spanish 'system of health care services'. *Health Economics, 14*(S1), 221-235.

- Lowe, K. B., Kroeck, K. G., & Sivasubramaniam, N. (1996). Effectiveness correlates of transformational and transactional leadership: A meta-analytic review of the MLQ literature. *The Leadership Quarterly*, 7(3), 385-425.
- Lucero, M. A., & Allen, R. A. (1994). Employee benefits: A growing source of psychological contract violations. *Human Resource Management*, 33(3), 425-446.
- Lusch, R. F., & Vargo, S. L. (2006). Service-dominant logic: Reactions, reflections and refinements. *Marketing Theory*, 6(3), 281-288.
- Lusch, R. F., & Vargo, S. L. (2014). *The service-dominant logic of marketing: Dialog, debate, and directions*. London: Routledge.
- MacDuffie, J. P. (1995). Human resource bundles and manufacturing performance: Organizational logic and flexible production systems in the world auto industry. *Industrial & Labor Relations Review*, 48(2), 197-221.
- Macfarlane, F., Greenhalgh, T., Humphrey, C., Hughes, J., Butler, C., & Pawson, R. (2011). A new workforce in the making? A case study of strategic human resource management in a whole-system change effort in healthcare. *Journal of Health Organization and Management*, 25(1), 55-72.
- MacNaughton, G., & Frey, D. F. (2010). Decent work for all: A holistic human rights approach. *American University International Law Review*, 26, 441.
- Maenapothis, R. (2007) *Happiness in workplace indicator*. Bangkok: National Institute of Development Administration.
- Mahon, A., & Young, R. (2006). Health care managers as a critical component of the health care workforce. In C.-A. Dubois, E. Nolte, & M. McKee, *Human Resources for Health in Europe* (pp. 116-139). New York, NY: Open University Press.
- Mahoney, J. (1995). The management of resources and the resource of management. *Journal of Business Research*, 33(2), 91-101.
- Mainemelis, C., Kark, R., & Epitropaki, O. (2015). Creative leadership: A multi-context conceptualization. *The Academy of Management Annals*, 9(1), 393-482.
- Major, M. J., & Magalhães, A. (2014). Reestruturação do SNS em Portugal: Balanço da empresarialização dos hospitais públicos portugueses. *Revista de Administração*, 49(3), 476-490.
- Malerba, F., & Orsenico, L. (2000). Knowledge, innovative activities and industrial evolution. *Industrial and Corporate Change*, 9(2), 289-314.
- Malone, T. W., & Crowston, K. (1994). The interdisciplinary study of coordination. *ACM Computing Surveys (CSUR)*, 26(1), 87-119.
- Maner, J. K., & Mead, N. L. (2010). The essential tension between leadership and power: When leaders sacrifice group goals for the sake of self-interest. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99(3), 482-497.
- Mangham, I. L. (1986). *Power and performance in organization*. New York: Basil Blackwell Inc.
- Mantler, J., Godin, J., Cameron, S. J., & Horsburgh, M. E. (2015). Cynicism in hospital staff nurses: The effect of intention to leave and job change over time. *Journal of Nursing Management*, 23(5), 577-587.
- Markos, S., & Sridevi, M. S. (2010). Employee engagement: The key to improving performance. *International Journal of Business and Management*, 5(12), 89-96.

- Marrewijk, A. (2016). Conflicting subcultures in mergers and acquisitions: A longitudinal study of integrating a radical internet firm into a bureaucratic telecoms firm. *British Journal of Management*, 27(2), 338-354.
- Martin, G., Beech, N., MacIntosh, R., & Bushfield, S. (2015). Potential challenges facing distributed leadership in health care: Evidence from the UK National Health Service. *Sociology of Health & Illness*, 37(1), 14-29.
- Martín-Alcázar, F., Romero-Fernandez, P. M., & Sánchez-Gardey, G. (2005). Strategic human resource management: Integrating the universalistic, contingent, configurational and contextual perspectives. *The International Journal of Human Resource Management*, 16(5), 633-659.
- Martineau, T., & Martínez, J. (1997). *Human resources in the health sector: Guidelines for appraisal and strategic development*. Brussels: European Commission.
- Martínez, J., & Martineau, T. (1998). Rethinking human resources: An agenda for the millennium. *Health Policy and Planning*, 13(4), 348-358.
- Mathieu, J., & Zajac, D. (1990). A review and meta-analysis of the antecedents, correlates, and consequences of organizational commitment. *Psychological Bulletin*, 108(2), 171-194.
- Matta, F. K., Scott, B. A., Koopman, J., & Conlon, D. E. (2015). Does seeing “eye to eye” affect work engagement and organizational citizenship behavior? A role theory perspective on LMX agreement. *Academy of Management Journal*, 58(6), 1686-1708.
- Matzler, K., Bauer, F. A., & Mooradian, T. A. (2015). Self-esteem and transformational leadership. *Journal of Managerial Psychology*, 30(7), 815-831.
- Maurer, T. J., Pierce, H. R., & Shore, L. M. (2002). Perceived beneficiary of employee development activity: A three-dimensional social exchange model. *Academy of Management Review*, 27(3), 432-444.
- Maxwell, G. A., & Watson, S. (2006). Perspectives on line managers in human resource management: Hilton International's UK hotels. *The International Journal of Human Resource Management*, 17(6), 1152-1170.
- McAlearney, A. S. (2006). Leadership development in healthcare: A qualitative study. *Journal of Organizational Behavior*, 27(7), 967-982.
- McCalman, J., & Paton, R. (2000). *Change management: A guide to effective implementation*. London: Sage.
- McCann, L., Granter, E., Hassard, J., & Hyde, P. (2015). “You can't do both—something will give”: Limitations of the targets culture in managing UK health care workforces. *Human Resource Management*, 54(5), 773-791.
- McDaniel Jr, R. R., Driebe, D. J., & Lanham, H. J. (2013). Health care organizations as complex systems: New perspectives on design and management. In J. Goes, G. T. Savage, & L. Friedman, *Annual review of health care management: Revisiting the evolution of health systems organization* (pp. 3-26). UK: Emerald Group Publishing Limited.
- McDermott, A. M., Conway, E., Cafferkey, K., Bosak, J., & Flood, P. C. (2017). Performance management in context: Formative cross-functional performance monitoring for improvement and the mediating role of relational coordination in hospitals [versão eletrónica]. *The International Journal of Human Resource Management*, 1-21.

- McDermott, A. M., Conway, E., Rousseau, D. M., & Flood, P. C. (2013). Promoting effective psychological contracts through leadership: The missing link between HR strategy and performance. *Human Resource Management, 52*(2), 289-310.
- McGivern, G., Currie, G., Ferlie, E., Fitzgerald, L., & Waring, J. (2015). Hybrid manager–professionals' identity work: The maintenance and hybridization of medical professionalism in managerial contexts. *Public Administration, 93*(2), 412–432.
- McGregor, E. B., Jr, Campbell, A. K., Macy, J. W., Jr, & Cleveland, H. (1982). Symposium: The public service as institution. *Public Administration Review, 42*(4), 304.
- McIntosh, B., Sheppy, B., & Cohen, I. (2014). Illusion or delusion—Lean management in the health sector. *International Journal of Health Care Quality Assurance, 27*(6), 482-492.
- McKiernan, P. (1997). Strategy past: Strategy futures. *Long Range Planning, 30*(5), 790-798.
- McLaughlin, C. P., & Kaluzny, A. D. (1990). Total quality management in health: Making it work. *Health Care Management Review, 15*(3), 7-14.
- Meijerink, J. (2014). Practicing social innovation: Enactment of the employee-organisation relationship by employees. In T. Bondarouk, & M. R. Olivas-Lujan, *Human resource management, social innovation and technology* (pp. 135-153). United Kingdom: Emerald Group Publishing Limited.
- Meister, J. C., Willyerd, K., & Foss, E. (2010). *The 2020 workplace: How innovative companies attract, develop, and keep tomorrow's employees today*. New York, NY: Harper Business.
- Mello, J. (2014). *Strategic human resource management*. Cengage Learning.
- Mentzer, J. T., & Konrad, B. P. (1991). An efficiency/effectiveness approach to logistics performance analysis. *Journal of business logistics, 12*(1), 33-62.
- Meyer, B., Burtscher, M. J., Jonas, K., Feese, S., Arnrich, B., Tröster, G., & Schermuly, C. C. (2016). What good leaders actually do: micro-level leadership behaviour, leader evaluations, and team decision quality. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 25*(6), 773-789.
- Meyer, J., Allen, N., & Smith, C. (1993). Commitment to organizations and occupations: Extension and test of a three-component conceptualization. *Journal of Applied Psychology, 78*(4), 538-551.
- Michan, S., & Rodger, S. (2000). Characteristics of effective teams: a literature review. *Australian Health Review, 23*(3), 201-208.
- Miles, R. E., & Snow, C. C. (1984). Designing strategic human resources systems. *Organizational dynamics, 13*(1), 36-52.
- Milgrom, P., & Roberts, J. (1992). *Economics, organization and management*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Mintzberg, H., & Waters, J. A. (1985). Of strategies, deliberate, and emergent. In D. Faulkner, *Strategy: critical perspectives on business and management, Volume 1* (pp. 139-160). USA: Routledge .
- Mishra, R. (1984). *The welfare state in crisis: Social thought and social change*. New York: St. Martin's.
- Mohrman, S. A., & Lawler, E. E. (2012). Generating knowledge that drives change. *The Academy of Management Perspectives, 26*(1), 41-51.
- Moore, M. H. (1994). Public value as the focus of strategy. *Australian Journal of Public Administration, 53*(3), 296-303.

- Moran, J. W., & Brightman, B. K. (2001). Leading organizational change. *Career Development International*, 6(2), 111-119.
- Morgan, D., & Zeffane, R. (2003). Employee involvement, organizational change and trust in management. *International Journal of Human Resource Management*, 14(1), 55-75.
- Mørk, B. E., Hoholm, T., Maaninen-Olsson, E., & Aanestad, M. (2012). Changing practice through boundary organizing: A case from medical R&D. *Human Relations*, 65(2), 263-288.
- Morley, M. J. (2007). Person-organization fit. *Journal of Managerial Psychology*, 22(2), 109-117.
- Morrison, E. W., & Robinson, S. L. (1997). When employees feel betrayed: A model of how psychological contract violation develops. *Academy of Management Review*, 22(1), 226-256.
- Moury, C., & Freire, A. (2013). Austerity policies and politics: The case of Portugal. *Pôle Sud*, 39(2), 35-56.
- Mowday, R., Steers, R., & Porter, L. (1979). The measurement of organizational commitment. *Journal of Vocational Behavior*, 14(2), 224-247.
- Mowday, R. T., Porter, L. W., & Steers, R. M. (1982). *Employee-organization linkages: The psychology of commitment, absenteeism, and turnover*. New York: Academic Press.
- Myers, P., Hulks, S., & Wiggins, L. (2012). *Organizational change: Perspectives on theory and practice*. Oxford University press.
- Nahavandi, A., & Malekzadeh, A. R. (1988). Acculturation in mergers and acquisitions. *Academy of Management Review*, 13(1), 79-90.
- Naidoo, L. J., Scherbaum, C. A., Goldstein, H. W., & Graen, G. B. (2011). A longitudinal examination of the effects of LMX, ability, and differentiation on team performance. *Journal of Business and Psychology*, 26(3), 347-357.
- Naidu, J., & Walt, M. S. (2005). An exploration of the relationship between leadership styles and the implementation of transformation interventions. *SA Journal of Human Resource Management*, 3(2), 1-10.
- Newstrom, J., & Davis, K. (2002). *Organizational behavior: Human behavior at work*. New York: McGraw-Hill.
- Ng, T. W., & Feldman, D. C. (2010). Idiosyncratic deals and organizational commitment. *Journal of Vocational Behavior*, 76(3), 419-427.
- Ng, T. W., & Feldman, D. C. (2012). Breaches of past promises, current job alternatives, and promises of future idiosyncratic deals: Three-way interaction effects on organizational commitment. *Human Relations*, 65(11), 1463-1486.
- Ng, T. W., & Feldman, D. C. (2015). Idiosyncratic deals and voice behavior. *Journal of Management*, 41(3), 893-928.
- Nishii, L., & Wright, P. (2008). Variability within organizations: Implications for strategic human resource management. In D. Smith, *The people make the place: Dynamic linkages between individuals and organizations* (pp. 225-248). New York: Taylor & Francis.
- Nishii, L., Lepak, D., & Schneider, B. (2008). Employee attributions of the “why” of HR practices: Their effects on employee attitudes and behaviors, and customer satisfaction. *Personnel Psychology*, 61(3), 503-545.



- Norris, S. (2015). *The future of employee involvement in human resource management: Idiosyncratic deals and the HR architecture of the firm* (Bachelor's thesis, University of Twente).
- Northouse, P. G. (2015). *Leadership: Theory and practice*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- O'Reilly, C. A., Chatman, J. A., & Caldwell, M. M. (1991). People and organizational culture: A profile comparison approach to assessing person-organization fit. *Academy of Management Journal*, 34(3), 487–516.
- O'Donnell, M., O'Brien, J., & Junor, A. (2011). New public management and employment relations in the public services of Australia and New Zealand. *The International Journal of Human Resource Management*, 22(11), 2367-2383.
- O'Flynn, J. (2007). From new public management to public value: Paradigmatic change and managerial implications. *Australian journal of public administration*, 66(3), 353-366.
- Oliveira, T. C. (2006). Implicit logic in managerial discourse: A case study in choice of selection criteria. *Notas Económicas, junho*, 53-72.
- Oliveira, T. C. (2013). O que é uma boa investigação qualitativa? In J. Gomes, & F. Cesário (Eds.), *Investigação em gestão de recursos humanos: Um guia de boas práticas* (pp. 100-150). Lisboa: Escolar Editora..
- Oliveira, T. C., & Filipe, N. C. (2013, janeiro). *A eficiência económica e social e o papel da liderança na gestão da mudança: Impactos do bem-estar psicológico na performance percebida em ambiente hospitalar*. Paper presented at the meeting of the Escola Superior de Ciências Empresariais Setúbal/ Escola Superior de Estudos Industriais e de Gestão do Porto, Setúbal, Portugal.
- Oliveira, T. C., & Filipe, N. C. (2014a, fevereiro). *Reconciling logics in change management: HRM implications from a case study of a teaching hospital*. Paper presented at the meeting of the International Association of Social Science Research, Roma, Itália.
- Oliveira, T. C., & Filipe, N. C. (2014b, maio). *Reconciling operational and organisational logics in hospital change management*. Paper presented at the meeting of the Unidade de Investigação em Saúde (UIS), da Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei), Leiria, Portugal.
- Oliveira, T. C., & Filipe, N. C. (2014c). Reconciling operational and organisational logics in hospital change management. *Revista de Saúde Pública*, 48(Special Number), 169.
- Oliveira, T. C., & Filipe, N. C. (2015a, outubro). *Changing practices and logics in hospital management*. Paper presented at the meeting of the Portuguese Health Economics Association, Lisboa, Portugal.
- Oliveira, T. C., & Filipe, N. C. (2015b, outubro). *Hybrid management in hospital management*. Poster session presented at the meeting of the 14<sup>th</sup> Portuguese Conference on Health Economics, Lisboa, Portugal.
- Oliveira, T. C., & Filipe, N. C. (2016, julho). *Austerity and changing logics in performance management: Leadership and relational coordination in public hospitals*. Paper presented at the meeting of the European Health Economics Association (EuHEA), Hamburgo, Alemanha.
- Oliveira, T. C., & Filipe, N. C. (2017, maio). Enabling group leadership and relational coordination in management of public hospitals. Paper presented at the meeting of the European Association of Work and Organizational Psychology (EAWOP) Conference 2017, Dublin-Irlanda.
- Oliveira, T. C., & Holland, S. (2007). Alternative paradigms of hospital work organisation and health provision. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, 25(1), 19-37.

- Oliveira, T. C., & Holland, S. (2012). On the centrality of human value. *Journal of Economic Methodology*, 19(2), 121-141.
- Oliveira, T. C., & Holland, S. (2013). Institutional logics promoting and inhibiting innovation. In C. Machado, & J. P. Davim, *Management and engineering innovation* (pp. 179-216). IGI Global Associates.
- Oliveira, T. C., & Holland, S. (2017). Flexible labour, flexible production and innovation-by-agreement: International comparisons contesting the lindbeck-snower insider-outsider thesis and 'structural reforms' in the European Union. *The European Journal of Comparative Economics*, 14(1), 89-107.
- Oliveira, T. C., & Raposo, V. M. (2016). Deigning down or learning up? Lack of voice and dialogue in change management of public hospitals. In C. Machado, & J. P. Davim, *Organizational Management* (pp. 205-228). UK: Palgrave Macmillan.
- Oliveira, T. C., Costa, J. F., & Filipe, N. C. (2013a, outubro). *Levels and roles in hospital management: Devolved HRM and NPM*. Poster session presented at the meeting of the Portuguese Health Economics Association, Braga, Portugal.
- Oliveira, T. C., Costa, J. F., & Filipe, N. C. (2013b, outubro). *Purposeful engagement and people performance in hospital management*. Paper presented at the meeting of the 13<sup>th</sup> Portuguese Health Economics Association, Braga, Portugal.
- Oliveira, T. C., Costa, J. F., & Filipe, N. C. (2013c, maio). *HRM and new public management in merged hospitals: reconciling organisational and operational logic and learning*. Paper presented at the meeting of the European Association of Work and Organizational Psychology (EAWOP), Münster, Alemanha.
- Oliveira, T. C., Holland, S., & Filipe, N. (2017). How to learn up from lean management in health services? HRM, leadership and relational coordination. In C. Machado, & J. P. Davim, *lean and green management*. Switzerland: Springer International Publishing.
- Oliveira, T. C., Holland, S., Costa, J. F., & Lira de Carvalho, F. (2014). Hierarquies and holdings: Small and medium firm entrepreneurship and its implications for hospital management. In C. Machado, & P. Melo, *Effective human resources management in small and medium enterprises: Global perspectives* (pp. 342-376). USA: Business Science Reference.
- Oliveira, T. C., Raposo, V., Holland, S., & Lira de Carvalho, F. (2017). Hospital governance and health reforms: Challenges for lean and hybrid managers. In C. Machado, & J. P. Davim, *Lean and green management*. Switzerland: Springer International Publishing.
- Ongaro, E. (2008). Introduction: The reform of public management in France, Greece, Italy, Portugal and Spain. *International Journal of Public Sector Management*, 21(2), 101-117.
- Ongaro, E. (2009). *Public management reform and modernization: trajectories of administrative change in Italy, France, Greece, Portugal and Spain*. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing.
- Oppenauer, V., & van de Voorde, K. (2016). Exploring the relationships between high involvement work system practices, work demands and emotional exhaustion: A multi-level study [versão eletrónica]. *The International Journal of Human Resource Management*, 1-27.
- O'Reilly, C. A., Chatman, J., & Caldwell, D. F. (1991). People and organizational culture: A profile comparison approach to assessing person-organization fit. *Academy of Management Journal*, 34(3), 487-516.

- Organ, D. W. (1988). *Organizational citizenship behavior: The good soldier syndrome*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) (1995). *Governance in transition: Public management reform in OECD countries*. Paris: OECD.
- Orvik, A., & Axelsson, R. (2012). Organizational health in health organizations: Towards a conceptualization. *Scandinavian of Caring Sciences Theoretical Studies*, 26(4), 796-802.
- Osborne, D., & Gaebler, T. (1993). *Reinventing government*. UK: Penguin Press.
- Osborne, S. P. (2010). Introduction. The (new) public governance: a suitable case for treatment? In S. P. Osborne, *The new public governance: Emerging perspectives on the theory and practice of public governance* (pp. 1-16). London, UK: Routledge.
- Osborne, S. P., & Brown, K. (2005). *Managing change and innovation in public service organizations*. New York: Routledge.
- Osborne, S. P., & Radnor, Z. (2016). The new public governance and innovation in public services. In J. Torfing, & P. Triantafyllou, *Enhancing public innovation by transforming public governance* (pp. 54-70). Cambridge University Press.
- Osborne, S. P., Radnor, Z., & Nasi, G. (2013). A new theory for public service management? Toward a (public) service-dominant approach. *The American Review of Public Administration*, 43(2), 135-158.
- Oshry, B. (2007). *Seeing systems: Unlocking the mysteries of organizational life*. San Francisco, CA: Berrett-Koehler Publishers.
- Ostroff, C. (1992). The relationship between satisfaction, attitudes, and performance: An organizational level analysis. *Journal of Applied Psychology*, 77(6), 963-974.
- Ostroff, C., & Bowen, D. E. (2000). Moving HR to a higher level: HR practices and organizational effectiveness. In K. J. Klein, & S. W. Kozlowski, *Multilevel theory, research, and methods in organizations: Foundations, extensions, and new directions* (pp. 211-266). San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.
- Ostroff, C., & Bowen, D. E. (2016). Reflections on the 2014 decade award: Is there strength in the construct of HR system strength? *Academy of Management Review*, 41(2), 196-214.
- Ostroff, C., & Schmitt, N. (1993). Configurations of organizational effectiveness and efficiency. *Academy of Management Journal*, 36(6), 1345-1361.
- Ostrom, V., & Ostrom, E. (1971). Public choice: A different approach to the study of public administration. *Public Administration Review*, 31(2), 203-216.
- Paauwe, J. (2004). *HRM and performance: Achieving long-term viability*. Oxford: Oxford University Press.
- Paauwe, J. (2009). HRM and performance: Achievements, methodological issues and prospects. *Journal of Management Studies*, 46(1), 129-142.
- Paauwe, J., & Boselie, P. (2005). HRM and performance: What next? *Human Resource Management Journal*, 15(4), 68-83.
- Paauwe, J., & Richardson, R. (1997). Introduction special issue on HRM and performance. *The International Journal of Human Resource Management*, 8(3), 257-262.

- Paauwe, J., Wright, P. M., & Guest, D. E. (2013). HRM and performance: What do we know and where should we go? In D. E. Guest, J. Paauwe, & P. Wright, *HRM and performance: Achievements and challenges* (pp.1-14). UK: John Wiley & Sons.
- Pacto Internacional dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais (PIDESC) (1976). Obtido de [http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ECidadania/educacao\\_para\\_a\\_Defesa\\_a\\_Seguranca\\_e\\_a\\_Paz/documentos/pacto\\_internacional\\_sobre\\_direitos\\_economicos\\_sociais\\_culturais.pdf](http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ECidadania/educacao_para_a_Defesa_a_Seguranca_e_a_Paz/documentos/pacto_internacional_sobre_direitos_economicos_sociais_culturais.pdf) [em março, 2017].
- Paillé, P., & Raineri, N. (2015). Linking perceived corporate environmental policies and employees eco-initiatives: The influence of perceived organizational support and psychological contract breach. *Journal of Business Research*, *68*(11), 2404-2411.
- Painter, M. (1997). Public Management: Fad or Fallacy? . In M. Considine, & M. Painter, *Managerialism: the great debate* (pp. 39-43). Melbourne: Melbourne University Press.
- Park, T.-Y., & Shaw, J. D. (2013). Turnover rates and organizational performance: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, *98*(2), 268-309.
- Paton, R. A., & McCalman, J. (2008). *Change management: A guide to effective implementation*. London: Sage.
- Patterson, M. G., West, M. A., Lawthom, R., & Nickell, S. (1997). *Impact of people management practices on business performance*. London: Institute of Personnel and Development.
- Pearson, J. (2014). *Effective employer engagement in full time construction-related foundation degrees, with particular emphasis on workplace learning*. PhD Thesis: Northumbria University.
- Peccei, R. E., van de Voorde, F. C., & van Veldhoven, M. J. P. M. (2013). HRM, well-being and performance: A theoretical and empirical review. In D. E. Guest, J. Paauwe, & P. Wright, *HRM and performance: Achievements and challenges* (pp. 15-45). UK: John Wiley & Sons.
- Penrose, E. (1959). *The theory of the growth of the firm*. Oxford: Basil Blackwell Publisher.
- Perry, E. L., & Kulik, C. T. (2008). The devolution of HR to the line: Implications for perceptions of people management effectiveness. *The International Journal of Human Resource Management*, *19*(2), 262-273.
- Pescud, M., Teal, R., Shilton, T., Slevin, T., Ledger, M., Waterworth, P., & Rosenberg, M. (2015). Employers' views on the promotion of workplace health and wellbeing: A qualitative study. *BMC Public Health*, *15*(1). doi:10.1186/s12889-015-2029-2.
- Pestoff, V. (2011). Co-production, new public governance and third sector social services in Europe. *Ciências Sociais Unisinos*, *47*(1), 15-24.
- Peteraf, M. A., & Barney, J. B. (2003). Unraveling the resource-based tangle. *Managerial and Decision Economics*, *24*(4), 309-323.
- Pettigrew, A. M. (1999). Is corporate culture manageable? In D. Wilson, R. Rosenfeld, D. Wilson, & R. Rosenfeld (Eds.), *Managing organizations: Text, readings and cases* (pp. 313-319). London: McGraw-Hill.
- Pfeffer, J. (1994). Competitive advantage through people. *California Management Review*, *36*(2), 9-28.
- Pfeffer, J. (1995). Producing sustainable competitive advantage through the effective management of people. *The Academy of Management Executive*, *9*(1), 55-69.

- Pfeffer, J. (1998). *The human equation: Building profits by putting people first*. Boston: Harvard Business School Press.
- Pfeffer, J., & Sutton, R. I. (2006). *Hard facts, dangerous half-truths, and total nonsense: Profiting from evidence-based management*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press.
- Piccoli, B., & De Witte, H. (2015). Job insecurity and emotional exhaustion: Testing psychological contract breach versus distributive injustice as indicators of lack of reciprocity. *Work & Stress*, 29(3), 246-263.
- Pil, F. K., & MacDuffie, J. P. (1996). The adoption of high-involvement work practices. *Industrial Relations: a Journal of Economy and Society*, 35(3), 423-455.
- Pinder, C. C. (2008). *Work motivation in organizational behavior*. New York: Psychology Press.
- Pinto, M. B., Pinto, J. K., & Prescott, J. E. (1993). Antecedents and consequences of project team cross-functional cooperation. *Management Science*, 39(10), 1281-1297.
- Plowman, D. A., Baker, L. T., Beck, T. E., Kulkani, M., Solansky, S. T., & Travis, D. V. (2007). Radical change accidentally: The emergence and amplification of small change. *Academy of Management Journal*, 50(3), 515-543.
- Plsek, P. E., & Greenhalgh, T. (2001). The challenge of complexity in health care. *British Medical Journal*, 323 (7313), 625-628.
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Moorman, R. H., & Fetter, R. (1990). Transformational leader behaviors and their effects on followers' trust in leader, satisfaction, and organizational citizenship behaviors. *The Leadership Quarterly*, 1(2), 107-142.
- Pollitt, C. (1990). *Managerialism and the public services: The Anglo-Saxon experience*. Oxford: Basil Blackwell.
- Pollitt, C. (1995). Justification by works or by faith? : Evaluating the new public management. *Evaluation*, 1(2), 133-154.
- Pollitt, C. (2004). *Public management reform: A comparative analysis*. Oxford university press.
- Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2011). *Public management reform: A comparative analysis - new public management, governance, and the neo-weberian state*. Oxford University Press.
- Pollitt, C., Thiel, S. V., & Homburg, V. (2007). New public management in Europe. *Management Online Review*, 1-6.
- Pollock, A. (2004). *NHS plc*. London: Verso.
- Poole, M. S. (2004). Central issues in the study of change and innovation. In M. S. Poole, & A. H. van de ven, *Handbook of organizational change and innovation* (pp. 3-31). Oxford University Press.
- Poole, M. S., & van de ven, A. H. (2004). *Handbook of organizational change and innovation*. Oxford University Press.
- Porras, J. I., & Robertson, P. J. (1992). Organizational development: Theory, practice, and research. In M. D. Dunnette, & L. M. Hough, *Handbook of industrial and organizational psychology* (Vol. 3, pp. 719-822). Palo Alto, CA, US: Consulting Psychologists Press.
- Portaria nº 209/2011, de 25 de maio. *Diário da República n.º 101/2011, Série I*. Lisboa: Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde.

- Porter, M. E. (1979). How competitive forces shape strategy. *Harvard Business Review*, March-April, 21-38.
- Porter, M. E. (1985). Technology and competitive advantage. *Journal of Business Strategy*, 5(3), 60-78.
- Porter, M. E. (2008). The five competitive forces that shape strategy. *Harvard Business Review*, January, 79-93.
- Powell, T. C. (2001). Competitive advantage: Logical and philosophical considerations. *Strategic Management Journal*, 22(9), 875-888.
- Pugh, S. D., & Subramony, M. (2016). Taking services seriously: New directions in services management theory and research. *Human Resource Management Review*, 26(1), 1-3.
- Purcell, J. (2014). The impact of corporate strategy on human resource management. In J. Storey, *New perspectives on human resource management* (pp. 67-91). London: Routledge Revivals.
- Purcell, J., & Hutchinson, S. (2007). Front-line managers as agents in the HRM-performance causal chain: Theory, analysis and evidence. *Human Resource Management Journal*, 17(1), 3-20.
- Purcell, J., & Kinnie, N. (2007). HRM and performance. In P. Boxall, J. Purcell, & P. Wright (Eds.), *The Oxford handbook of human resource management* (pp. 533-551). Oxford University Press.
- Purcell, M., Kinnie, N., Hutchinson, S., Rayton, B. and Swart, J. (2003). Understanding the people and performance link: Unlocking the black box, research report. London: CIPD.
- Pynes, J. E. (2004). *Human resources management for public and nonprofit organizations*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Quinn, R. E., & Rohrbaugh, J. (1983). A spatial model of effectiveness criteria: Towards a competing values approach to organizational analysis. *Management Science*, 29(3), 363-377.
- Quratulain, S., & Khan, A. K. (2015). Red tape, resigned satisfaction, public service motivation, and negative employee attitudes and behaviors testing a model of moderated mediation. *Review of Public Personnel Administration*, 35(4), 307-332.
- Radnor, Z. J., & Osborne, S. P. (2013). Lean: A failed theory for public services? *Public Management Review*, 15(2), 265-287.
- Radnor, Z. J., Holweg, M., & Waring, J. (2012). Lean in healthcare: The unfilled promise?. *Social Science & Medicine*, 74(3), 364-371.
- Raes, A. M., Heijltjes, M. G., Glunk, U., & Roe, R. A. (2011). The interface of the top management team and middle managers: A process model. *Academy of Management Review*, 36(1), 102-126.
- Rai, S., & Sinha, A. K. (2000). Transformational leadership, organizational commitment, and facilitating climate. *Psychological Studies*, 45, 33-42.
- Rainey, H. G. (2009). *Understanding and managing public organizations*. John Wiley & Sons.
- Ramsay, H., Scholarios, D., & Harley, B. (2000). Employees and high-performance work systems: Testing inside the black box. *British Journal of Industrial Relations*, 38(4), 501-531.
- Raposo, V. (2007). *Governança hospitalar – Uma proposta conceptual e metodológica para o caso português*. (Tese de Doutoramento). Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Portugal.
- Ravalier, J. M., McVicar, A., & Munn-Giddings, C. (2014). Public service stress and burnout over 12 months. *Occupational Medicine*, 64(7), 521-523.

- Rayton, B. A., & Yalabik, Z. Y. (2014). Work engagement, psychological contract breach and job satisfaction. *The International Journal of Human Resource Management*, 25(17), 2382-2400.
- Recklies, O. (jun de 2001). *Managing change: Definition and phases in change processes*. Obtido de Recklies Management Project GmbH disponível em <http://www.themanager.org> [em agosto, 2014].
- Rego, A. (1997). *Liderança nas organizações*. Aveiro, Portugal: Universidade de Aveiro.
- Reichers, A. E., Wanous, J. P., & Austin, J. T. (1997). Understanding and managing cynicism about organizational change. *The Academy of Management Executive*, 11(1), 48-59.
- Renwick, D. W., Redman, T., & Maguire, S. (2013). Green human resource management: A review and research agenda. *International Journal of Management Reviews*, 15(1), 1-14.
- Revere, L., & Black, K. (2003). Integrating six sigma with total quality management: A case example for measuring medication errors. *Journal of Healthcare Management*, 48(6), 377-391.
- Rhoades, L., & Eisenberger, R. (2002). Perceived organizational support: A review of the literature. *Journal of Applied Psychology*, 87(4), 698-714.
- Rhodes, R. A. (1996). The new governance: Governing without government. *Political Studies*, 44(4), 652-667.
- Richard, P. J., Devinney, T. M., Yip, G. S., & Johnson, G. (2009). Measuring organizational performance: Towards methodological best practice. *Journal of Management*, 35(3), 718-804.
- Rickards, T., & Clark, M. (2005). *Dilemmas of leadership: Maps, myths and mandrills*. Oxford: Routledge.
- Ridder, H.-G., Baluch, A., & Piening, E. (2012). The whole is more than the sum of its parts? How HRM is configured in nonprofit organizations and why it matters. *Human Resource Management Review*, 22(1), 1-14.
- Rieley, J. B., & Clarkson, I. (2001). The impact of change on performance. *Journal of Change Management*, 2(2), 160-172.
- Rigoli, F., & Dussault, G. (2003). The interface between health sector reform and human resources in health. *Human Resources for Health*, 1, 9.
- Riley, M. (2014). *Human resource management in the hospitality and tourism industry*. London: Routledge.
- Robbins, S. P., Judge, T. A., Millett, B., & Boyle, M. (2013). *Organisational behaviour*. Pearson Higher Education AU.
- Robertson, I. T., & Cooper, C. L. (2010). Full engagement: The integration of employee engagement and psychological well-being. *Leadership & Organization Development Journal*, 31(4), 324-336.
- Robinson, D., Perryman, S., & Hayday, S. (2004). *The drivers of employee engagement*. Brighton, UK: Institute for Employment Studies.
- Robinson, S. L. (1996). Trust and breach of the psychological contract. *Administrative Science Quarterly*, 41(4), 574-599.
- Robinson, S. L., & Bennett, R. J. (1995). A typology of deviant workplace behaviors: A multidimensional scaling study. *Academy of Management Journal*, 38(2), 555-572.
- Robinson, S. L., & Morrison, E. W. (1995). Psychological contracts and OCB: The effect of unfulfilled obligations on civic virtue. *Journal of Organizational Behavior*, 16(3), 289-298.

- Robinson, S. L., & Rousseau, D. M. (1994). Violating the psychological contract: Not the exception but the norm. *Journal of Organizational Behavior*, 15(3), 245-256.
- Robinson, S. L., Kraatz, M. S., & Rousseau, D. M. (1994). Changing obligations and the psychological contract: A longitudinal study. *Academy of Management Journal*, 37(1), 137-152.
- Rockstuhl, T., Dulebohn, J. H., Ang, S., & Shore, L. M. (2012). Leader–member exchange (LMX) and culture: A meta-analysis of correlates of LMX across 23 countries. *Journal of Applied Psychology*, 97(6), 1097-1130.
- Rod, M., & Ashill, N. (2015). The impact of hospital customer orientation on burnout of public hospital service workers in New Zealand. *Journal of Strategic Marketing*, 23(3), 189-208.
- Rodrigues, R., Guest, D., Oliveira, T., & Alfes, K. (2015). Who benefits from independent careers? Employees, organizations, or both?. *Journal of Vocational Behavior*, 91, 23-34.
- Roe, R. A., Gockel, C., & Meyer, B. (2012). Time and change in teams: Where we are and where we are moving. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 21(5), 629-656.
- Rosen, C., Slater, D., Chang, C.-H., & Johnson, R. (2013). Let's make a deal: Development and validation of the ex post i-deals scale. *Journal of Management*, 39(3), 709-742.
- Rost, J. (1991). *Leadership for the twenty-first century*. New York: Praeger.
- Rost, J., & Smith, A. (1992). Leadership: A postindustrial approach. *European Management Journal*, 10(2), 193-201.
- Rousseau, J.-J. (1757/1961). *Émile, ou de l'éducation*. Paris: Garnier.
- Rousseau, J.-J. (1762/1962). *Du contrat social*. Paris: Garnier.
- Rousseau, D. M. (1989). Psychological and implied contracts in organizations. *Employee Rights and Responsibilities Journal*, 2(2), 121-139.
- Rousseau, D. M. (1990). New hire perceptions of their own and their employer's obligations: A study of psychological contracts. *Journal of Organizational Behavior*, 11(5), 389-400.
- Rousseau, D. M. (1995). *Psychological contracts in organizations: Understanding written and unwritten agreements*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Rousseau, D. M. (1998a). The 'problem' of psychological contract considered. *Journal of Organizational Behavior*, 19, 665-671.
- Rousseau, D. M. (1998b). Invited why workers still identify essay with organizations. *Journal of Organizational Behavior*, 19(3), 217-233.
- Rousseau, D. M. (2000). *Psychological contract inventory technical report*. Pittsburgh: Carnegie Mellon University.
- Rousseau, D. M. (2004). Psychological contracts in the workplace: Understanding the ties that motivate. *Academy of Management Perspectives*, 18(1), 120-127.
- Rousseau, D. M. (2005). *I-deals, idiosyncratic deals employees bargain for themselves*. Armonk, NY: ME Sharpe.
- Rousseau, D. M., & Greller, M. M. (1994). Psychological contracts and human resource practices. *Human Resource Management*, 33(3), 385-402.



- Rousseau, D. M., & McLean Parks, J. (1993). The contracts of individuals and organizations. In B. Staw, & L. Cummings, *Research in organizational behavior* (pp. 1-43). Greenwich, CT: JAI Press Inc.
- Rousseau, D. M., & Tijoriwala, S. (1998). Assessing psychological contracts: Issues, alternatives and measures. *Journal of Organizational Behavior, 19*(1), 679-696.
- Rousseau, D. M., Ho, V. T., & Greenberg, J. (2006). I-deals: Idiosyncratic terms in employment relationships. *Academy of Management Review, 31*(4), 977-994.
- Rousseau, D. M., Sitkin, S. B., Burt, R. S., & Camerer, C. (1998). Not so different after all: A cross-discipline view of trust. *Academy of Management Review, 23*(3), 393-404.
- Rundall, T. G., Wu, F. M., Lewis, V. A., Schoenherr, K. E., & Shortell, S. M. (2016). Contributions of relational coordination to care management in accountable care organizations: Views of managerial and clinical leaders. *Health Care Management Review, 41*(2), 88-100.
- Runya, X. U., Qigui, S. U. N., & Wei, S. I. (2015). The third wave of public administration: The new public governance. *Canadian Social Science, 11*(7), 11-21.
- Ruokolainen, M., Mauno, S., Diehl, M. R., Tolvanen, A., Mäkikangas, A., & Kinnunen, U. (2016). Patterns of psychological contract and their relationships to employee well-being and in-role performance at work: Longitudinal evidence from university employees [versão eletrónica]. *The International Journal of Human Resource Management, 1-24*.
- Russell, S., Bennett, S., & Mills, A. (1999). Reforming the health sector: Towards a healthy new public management. *Journal of International Development, 11*(5), 767-775.
- Rust, R. T., & Huang, M. H. (2014). The service revolution and the transformation of marketing science. *Marketing Science, 33*(2), 206-221.
- Rutgers, M. R. (2014). As good as it gets? On the meaning of public value in the study of policy and management. *The American Review of Public Administration*. doi:10.1177/0275074014525833.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology, 52*(1), 141-166.
- Sackett, P. R. (2002). The structure of counterproductive work behaviors: Dimensionality and relationships with facets of job performance. *International Journal of Selection and Assessment, 10*(1-2), 5-11.
- Sackett, P. R., Berry, C. M., Wiemann, S. A., & Laczó, R. M. (2006). Citizenship and counterproductive behavior: Clarifying relations between the two domains. *Human Performance, 19*(4), 441-464.
- Safdar, R. (2011). HRM: Performance Relationship: Need for Further Development? *International Journal of Public Administration, 34*(13), 858-868.
- Saha, S. (2013). Increasing organizational commitment strategically using hard and soft HRM. *International Journal on Global Business Management and Research, 2*(1), 62-69.
- Salas, E., Cooke, N. J., & Rosen, M. A. (2008). On teams, teamwork, and team performance: Discoveries and developments. *Human Factors, 50*(3), 540-547.
- Sampson, S. (2001). *Understanding service businesses: Applying principles of unified systems theory*. New York: John Wiley & Sons.
- Sanders, K., & Yang, H. (2016). The HRM process approach: The influence of employees' attribution to explain the HRM-performance relationship. *Human Resource Management, 55*(2), 201-217. doi:10.1002/hrm.21661

- Sanders, K., Dorenbosch, L., & Reuver, R. d. (2008). The impact of individual and shared employee perceptions of HRM on affective commitment: Considering climate strength. *Personnel Review*, 37(4), 412-425.
- Sarmento, M. J., Fernandes, N., & Trevisan, G. (2015). A redefinição das condições estruturais da infância e a crise económica em Portugal. In F. Digno, A. Castro, & P. Perista, *Pobreza e exclusão social em portugal contextos, transformações e estudos* (pp. 81-99). Porto: Edições Humus.
- Scandura, T. A., & Graen, G. B. (1984). Moderating effects of initial leader–member exchange status on the effects of a leadership intervention. *Journal of Applied Psychology*, 69(3), 428-436.
- Schalk, R., Campbell, J. W., & Freese, C. (1998). Change and employee behavior. *Leadership and Organizational Development Journal*, 19(3), 157-163.
- Schein, E. H. (1965). *Organizational psychology*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Schein, E. H. (1978). *Career dynamics: Matching individuals and organizational needs*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Schein, E. H. (1980). *Organizational psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Schein, E. H. (1992). *Organizational culture and leadership*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Schein, E. H. (2009). *The corporate culture survival guide* (Vol. 158). San Francisco: John Wiley & Sons.
- Schermerhorn, R. J. (1993). *Management for productivity*. New York: John Wiley & Sons.
- Schmit, M. J., & Allscheid, S. P. (1995). Employee attitudes and customer satisfaction: Making theoretical and empirical connections. *Personnel Psychology*, 48(3), 521-536.
- Schmitt, M. H. (2010). High performance healthcare: Using the power of relationships to achieve quality, efficiency, and resilience. *Journal of Interprofessional Care*, 24(3), 327-328.
- Schneider, B. (1987). The people make the place. *Personnel Psychology*, 40(3), 437-453.
- Schneider, B. (1990). The climate for service: An application of the climate construct. In B. Schneider, *Organizational climate and culture* (pp. 383-412). San Francisco: Jossey Bass.
- Schneider, B. (1991). Service quality and profits: Can you have your cake and eat it, too? *Human Resource Planning*, 14(2), 151.
- Schneider, B., Parkington, J. J., & Buxton, V. M. (1980). Employee and customer perceptions of service in banks. *Administrative Science Quarterly*, 25(2), 252-267.
- Schopman, L. M., Kalshoven, K., & Boon, C. (2015). When health care workers perceive high-commitment HRM will they be motivated to continue working in health care? It may depend on their supervisor and intrinsic motivation [versão eletrónica]. *The International Journal of Human Resource Management*, 1-21.
- Schriesheim, C. A., Castro, S. L., & Cogliser, C. C. (1999). Leader-member exchange (LMX) research: A comprehensive review of theory, measurement, and data-analytic practices. *The Leadership Quarterly*, 10(1), 63-113.
- Schuler, R. S., & Jackson, S. E. (1987). Linking competitive strategies with human resource management practices. *The Academy of Management Executive* (1987-1989), 1(3), 207-219.
- Schumpeter, J. A. (1934). *The theory of economic development: An inquiry into profits, capital, credit, interest, and the business cycle* (Vol. 55). New Brunswick, USA: Transaction publishers.

- Seers, A., & Graen, G. B. (1984). The dual attachment concept: A longitudinal investigation of the combination of task characteristics and leader-member exchange. *Organizational Behavior and Human Performance*, 33(3), 283-306.
- Sekaran, U., & Bougie, R. (2013). *Research methods for business: A skill building approach*. London: Wiley.
- Sels, L., Janssens, M., & van den Brande, I. (2004). Assessing the nature of psychological contracts: A validation of six dimensions. *Journal of Organizational Behavior*, 25(4), 461-488.
- Senge, P. M. (1990). *The fifth discipline: The art of practice of learning organization*. Currency Doubleday: New York.
- Senge, P. M. (2005). *Presence: Exploring profound change in people, organizations and society*. London: Nocholas Brealey.
- Senge, P. M. (2014). *The fifth discipline fieldbook: Strategies and tools for building a learning organization*. New York: Crown Business.
- Senge, P. M., Kleiner, A., Roberts, C., Ross, R., Roth, G., & Smith, B. (1999). *The dance of change: The challenges of sustaining momentum in learning organization*. New York: Boubleday.
- Senior, B. (2002). *Organisational Change*. London: Prentice Hall.
- Senior, B., & Swailes, S. (2010). *Organizational change*. UK: Prentice Hall Financial Times.
- Serviço Nacional de Saúde (SNS). (2017). Disponível em <https://servicos.min-saude.pt> [acedido em 15 de janeiro de 2017].
- Settoon, R. P., Bennett, N., & Liden, R. C. (1996). Social exchange in organizations: Perceived organizational support, leader-member exchange, and employee reciprocity. *Journal of Applied Psychology*, 81(3), 219-227.
- Shah, S. K., & Corley, K. G. (2006). Building better theory by bridging the quantitative-qualitative divide. *Journal of Management Studies*, 43(8), 1821-1835.
- Shanafelt, T. D., Gorringer, G., Menaker, R., Storz, K. A., Reeves, D., Buskirk, S. J., & Swensen, S. J. (2015). Impact of organizational leadership on physician burnout and satisfaction. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(4), 432-440.
- Shaw, C. (2006). Managing the performance of health professionals. In C.-A. Dubois, M. McKee, & E. Nolte, *Human resources for health in europe* (pp. 98-115). Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Shaw, J. D., Dineen, B. R., Fang, R., & Vellella, R. F. (2009). Employee-organization exchange relationships, HRM practices, and quit rates of good and poor performers. *Academy of Management Journal*, 52(5), 1016-1033.
- Sheldon, D. R. (1996). *Achieving accountability in business and government: Managing for efficiency, effectiveness, and economy*. London: Greenwood Publishing Group.
- Shin, J., Taylor, M. S., & Seo, M.-G. (2012). Resources for change: The relationships of organizational inducements and psychological resilience to employees' attitudes and behaviors toward organizational change. *Academy of Management Journal*, 55(3), 727-748.
- Shore, L. M., & Barksdale, K. (1998). Examining degree of balance and level of obligation in the employment relationship: A social exchange approach. *Journal of Organizational Behavior*, 19, 731-744.

- Shore, L. M., & Coyle-Shapiro, J. A. (2003). New developments in the employee–organization relationship. *Journal of Organizational Behavior*, 24(5), 443-450.
- Shore, L. M., & Tetrick, L. E. (1994). The psychological contract as an explanatory framework in the employment relationship. In C. Cooper, & D. M. Rousseau, *Trends in organisational behaviour* (Vol. 1, pp. 91-109). New York: Wiley.
- Shore, L. M., Coyle-Shapiro, J. A.-M., & Tetrick, L. E. (2012). *The employee-organization relationship: Applications for the 21st century*. New York: Taylor and Francis Group.
- Shore, L. M., Tetrick, L. E., Lynch, P., & Barksdale, K. (2006). Social and economic exchange: Construct development and validation. *Journal of Applied Social Psychology*, 36(4), 837-867.
- Shostack, G. L. (1977). Breaking free from product marketing. *The Journal of Marketing*, 41(2), 73-80.
- Sias, P. M., & Jablin, F. M. (1995). Differential superior-subordinate relations, perceptions of fairness, and coworker communication. *Human Communication Research*, 22(1), 5-38.
- Simkins, T. (1994). Efficiency, effectiveness and the local management of schools. *Journal of Education Policy*, 9(1), 15-33.
- Simões J., Augusto G.F., Fronteira I., Hernández-Quevedo C. (2017). Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*, 19(2):1–184.
- Sims, H. P., & Manz, C. C. (1996). *Company of heroes: Unleashing the power of self-leadership*. New York: Wiley.
- Sims, R. R. (1994). Human resource management's role in clarifying the new psychological contract. *Human Resource Management*, 33(3), 373-382.
- Singh, M. (2016). Impact of transformational and transactional leadership style on organization performance of SMES. *ZENITH International Journal of Business Economics & Management Research*, 6(7), 73-89.
- Skelcher, C., Mathur, N., & Smith, M. (2005). The public governance of collaborative spaces: Discourse, design and democracy. *Public Administration*, 83(3), 573-596.
- Smollan, R. K. (2015). Causes of stress before, during and after organizational change: a qualitative study. *Journal of Organizational Change Management*, 28(2), 301-314.
- Snell, S. A. (1992). Control theory in strategic human resource management: The mediating effect of administrative information. *Academy of Management Journal*, 35(2), 292-327.
- Somech, A., & Wenderow, M. (2006). The impact of participative and directive leadership on teachers' performance: The intervening effects of job structuring, decision domain, and leader-member exchange. *Educational Administration Quarterly*, 42(5), 746-772.
- South, S. E. (1981). Competitive advantage: The cornerstone of strategic thinking. *Journal of Business Strategy*, 1(4), 15-25.
- Spangenberg, H. (1994). Performance management: Problems and possible solutions. *Journal of Industrial Psychology*, 20(1), 1-6.
- Sparrow, P., Cooper, C., & Hird, M. (2015). *Do we need HR?: repositioning people management for success*. Chennai: MPS Limited.

- Sparrow, P., Schuler, R. S., & Jackson, S. E. (1994). Convergence or divergence: Human resource practices and policies for competitive advantage worldwide. *International Journal of Human Resource Management*, 5(2), 267-299.
- Sparrowe, R. T., & Liden, R. C. (1997). Process and structure in leader-member exchange. *Academy of Management Review*, 22(2), 522-552.
- Spyridonidis, D., Hendy, J., & Barlow, J. (2015). Understanding hybrid roles: The role of identity processes amongst physicians. *Public Administration*, 93(2), 395-411.
- Stace, D., & Dunphy, D. (2001). *Beyond the boundaries*. Sydney: McGraw-Hill.
- Stahl, G. K., & Voight, A. (2008). Do cultural differences matter in mergers and acquisitions? A tentative model and examination. *Organization Science*, 19(1), 160-176.
- Stake, R. (1995). *The art of case study research*. London: Sage Publications.
- Stanley, D., Meyer, J. P., & Topolnytsky, L. (2005). Employee cynicism and resistance to organizational change. *Journal of Business and Psychology*, 19(4), 429-459.
- Stanton, P., & Nankervis, A. (2011). Linking strategic HRM, performance management and organizational effectiveness: Perceptions of managers in Singapore. *Asia Pacific Business Review*, 17(1), 67-84.
- Steigenberger, N. (2015). Emotions in sensemaking: A change management perspective. *Journal of Organizational Change Management*, 28(3), 432-451.
- Steinbock, D. (2001). *The Nokia revolution: The story of an extraordinary company that transformed an industry*. New York: Amacon.
- Stoker, G. (1998). Governance as theory: Five propositions. *International Social Science Journal*, 50(155), 17-28.
- Stone, D. L., & Deadrick, D. L. (2015). Challenges and opportunities affecting the future of human resource management. *Human Resource Management Review*, 25(2), 139-145.
- Storey, J. (1989). Human resource management in the public sector. *Public Money & Management*, 9(3), 19-24.
- Storey, J. (2014). *New perspectives on human resource management*. New York: Routledge Revivals.
- Storey, J. (2016). *Leadership in organizations: Current issues and key trends*. New York: Taylor & Francis Group.
- Strauss, A. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. San Francisco: Cambridge University Press.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research* (Vol. 15). Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Strebler, P. (1996). Why do employees resist change? *Harvard Business Review*, 74(3), 86-92.
- Svieby, K. E. (2001). A knowledge-based theory of the firm to guide in strategy formulation. *Journal of Intellectual Capital*, 2(4), 344-358.
- Szamosi, L. T., & Duxbury, L. (2002). Development of a measure to assess organizational change. *Journal of Organizational Change Management*, 15(2), 184-201.

- Takeuchi, R., Liu, W., Lepak, D. P., & Sims Jr, H. P. (2003). Matching leadership styles with employment modes: Strategic HRM perspective. *Human Resource Management Review*, 13(1), 127-152.
- Tandung, J. C. (2016). The link between HR attributions and employees' turnover intentions. *Gadjah Mada International Journal of Business*, 18(1), 55.
- Taplin, S. H., Foster, M. K., & Shortell, S. M. (2013). Organizational leadership for building effective health care teams. *The Annals of Family Medicine*, 11(3), 279-281.
- Tekleab, A. G., & Taylor, M. S. (2003). Aren't there two parties in an employment relationship? Antecedents and consequences of organization-employee agreement on obligations and violations. *Journal of Organizational Behavior*, 24(5), 585-608.
- The Economic and Social Commission of United Nations (ESCU) (2009). *What is good governance?* Obtido de Economic and Social Commission of United Nations. Obtido de <http://www.unescap.org/resources/what-good-governance> [em julho, 2015].
- The United Nations Economic and Social Council (UNESCO) (2006). UN Committee on Economic Social and Cultural Rights (CESCR). *General comment No. 18: The Right to Work (Article 6 of the Covenant), E/C.12/GC/18*, 6 de fevereiro de 2006. Obtido de <http://www.refworld.org/docid/4415453b4.html> [em dezembro, 2016].
- Thierry, H., & Koopman-Iwema, A. (1984). Motivation and satisfaction. In P. Drenth, H. Thierry, P. Willems, & C. de Wolf, *Handbook of work and organizational psychology* (pp. 131-174). Chichester, UK: John Wiley.
- Thomas, C. H., & Lankau, M. J. (2009). Preventing burnout: The effects of LMX and mentoring on socialization, role stress, and burnout. *Human Resource Management*, 48(3), 417-432.
- Thompson, N. (2013). *People management*. Palgrave Macmillan.
- Thompson, R. E. (2009). The ethics of exclusivity: Should doctors practice concierge medicine?. *Physician Executive*, 35(5), 95-99.
- Thornthwaite, L. (2004). Working time and work-family balance: A review of employees' preferences. *Asia Pacific Journal of Human Resources*, 42(2), 166-184.
- Thornton, P. H., & Ocasio, W. (2008). Institutional logics. In R. Greenwood, C. Oliver, K. Sahlin, & R. Suddaby, *The Sage handbook of organizational institutionalism* (pp. 99-129). London: Sage.
- Thornton, P. H., Ocasio, W., & Lounsbury, M. (2012). *The institutional logics perspective: A new approach to culture, structure, and process*. Oxford: Oxford University Press.
- Thurmond, V. A. (2001). The point of triangulation. *Journal of nursing scholarship*, 33(3), 253-258.
- Todnem By, R. (2005). Organisational change management: A critical review. *Journal of Change Management*, 5(4), 369-380.
- Toth, F. (2010). Healthcare policies over the last 20 years: Reforms and counter-reforms. *Health Policy*, 95(1), 82-89.
- Townsend, K., Wilkinson, A., Allan, C., & Bamber, G. (2012). Mixed signals in HRM: The HRM role of hospital line managers. *Human Resource Management Journal*, 22(3), 267-282.
- Tremblay, M., Cloutier, J., Simard, G., Chênevert, D., & Vandenberghe, C. (2010). The role of HRM practices, procedural justice, organizational support and trust in organizational commitment and in-role and extra-role performance. *The International Journal of Human Resource Management*, 21(3), 405-433.

- Truss, C. (2001). Complexities and controversies in linking HRM with organizational outcomes. *Journal of Management Studies*, 38(8), 1121-1149.
- Truss, C., Mankin, D., & Kelliher, C. (2012). *Strategic human resource management*. Oxford University Press.
- Truss, C., Gratton, L., Hope-Hailey, V., McGovern, P., & Stiles, P. (1997). Soft and hard models of human resource management: A reappraisal. *Journal of Management Studies*, 34(1), 53-73.
- Truss, C., Shantz, A., Soane, E., Alfes, K., & Delbridge, R. (2013). Employee engagement, organisational performance and individual well-being: exploring the evidence, developing the theory. *The International Journal of Human Resource Management*, 24(14), 2657-2669.
- Tsui, A. S., Pearce, J. L., Porter, L. W., & Tripoli, A. M. (1997). Alternative approaches to the employee-organization relationship: Does investment in employees pay off? *Academy of Management Journal*, 40(5), 1089-1121.
- Turnley, W. H., & Feldman, D. C. (1998). Psychological contract violations during corporate restructuring. *Human Resource Management*, 37(1), 71-83.
- Turnley, W. H., & Feldman, D. C. (2000). Re-examining the effects of psychological contract violations: Unmet expectations and job dissatisfaction as mediators. *Journal of Organizational Behaviour*, 21(1), 25-42.
- Uhl-Bien, M., & Graen, G. B. (1992). Self-management and team-making in cross-functional work teams: Discovering the keys to becoming an integrated team. *The Journal of High Technology Management Research*, 3(2), 225-241.
- Uhl-Bien, M., & Graen, G.B. (1993). Leadership-making in self-managing professional work teams: An empirical investigation. In: K.E. Clark, M.B. Clark e D.P. Campbell (Eds.), *The impact of leadership* (pp. 379-387). West Orange, NJ: Leadership Library of America.
- Ulrich, D. (1998). A new mandate for human resources. *Harvard Business Review*, 76, 124-135.
- Ulrich, D. (2013). *Human resource champions: The next agenda for adding value and delivering results*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press.
- Ulrich, W. L. (1984). HRM and culture: History, ritual and myth. *Human Resource Management*, 23(2), 117-128.
- Uysal, G. (2014). Taylor, HRM, strategic HRM with jobs, employee performance, business performance relationship: HR governance through 100 years. *International Journal of Business and Management Studies*, 6(1), obtido de SSRN: <http://ssrn.com/abstract=2404795>.
- Valente, M. C. (2010). Contratualização em contexto hospitalar. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 25-39.
- van de ven, A. H., & Poole, M. S. (1995). Explaining development and change in organizations. *Academy of Management Review*, 20(3), 510-540.
- van de Voorde, K., Paauwe, J., & Veldhoven, M. V. (2012). Employee well-being and the HRM-organizational performance relationship: A review of quantitative studies. *International Journal of Management Reviews*, 14(4), 391-407.
- van der Smissen, S., Schalk, R., & Freese, C. (2013). Organizational change and the psychological contract: How change influences the perceived fulfillment of obligations. *Journal of Organizational Change Management*, 26(6), 1071-1090.

- van der Voet, J., Kuipers, B., & Groeneveld, S. (2015). Held back and pushed forward: Leading change in a complex public sector environment. *Journal of Organizational Change Management*, 28(2), 290-300.
- van Dooren, W., Bouckaert, G., & Halligan, J. (2015). *Performance management in the public sector*. London: Routledge.
- van Dyne, L., & LePine, J. A. (1998). Helping and voice extra-role behaviors: Evidence of construct and predictive validity. *Academy of Management Journal*, 41(1), 108-119.
- van Knippenberg, D., & Sitkin, S. B. (2013). A critical assessment of charismatic-transformational leadership research: Back to the drawing board? *The Academy of Management Annals*, 7(1), 1-60.
- Venkatraman, N., & Ramanujam, V. (1986). Measurement of business performance in strategy research: A comparison of approaches. *Academy of Management Review*, 11(4), 801-814.
- Vera, D., & Crossan, M. (2004). Strategic leadership and organizational learning. *Academy of Management Review*, 29(2), 222-240.
- Vidyarathi, P., Chaudhry, A., Anand, S., & C. Liden, R. (2014). Flexibility i-deals: How much is ideal?. *Journal of Managerial Psychology*, 29(3), 246-265.
- Vinger, G., & Cilliers, F. (2006). Effective transformational leadership behaviours for managing change. *SA Journal of Human Resource Management*, 4(2), 1-9.
- Virgolino, A. I., Coelho, A., & Ribeiro, N. (2017). The impact of perceived organizational justice, psychological contract, and the burnout on employee performance: The moderating role of organizational support, in the portuguese context. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 7(1), 241-263.
- Volmer, J., Niessen, C., Spurk, D., Linz, A., & Abele, A. (2011). Reciprocal relationships between leader-member exchange (LMX) and job satisfaction: A cross-lagged analysis. *Applied Psychology: An International Review*, 60(4), 522-545.
- Von Knorring, M., Alexanderson, K., & Eliasson, M. A. (2016). Healthcare managers' construction of the manager role in relation to the medical profession. *Journal of Health Organization and Management*, 30(3), 421-440.
- Von Nordenflycht, A. (2010). What is a professional service firm? Toward a theory and taxonomy of knowledge-intensive firms. *Academy of Management Review*, 35(1), 155-174.
- Vroom, V.H., 1964. *Work and motivation*. New York: Wiley.
- Wagner III, J. A., & Hollenbeck, J. R. (2014). *Organizational behavior: Securing competitive advantage*. New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Wahrig, L., & Vallina, I. G. (2011). The effect of the economic and financial crisis on government revenue and expenditure. *Eurostat Statistics in Focus*, 45, 1-12.
- Waldman, D. A., Javidan, M., & Varella, P. (2004). Charismatic leadership at the strategic level: A new application of upper echelons theory. *The Leadership Quarterly*, 15(3), 355-380.
- Walker, R. M., & Boyne, G. A. (2006). Public management reform and organizational performance: An empirical assessment of the UK Labour Government's public service improvement strategy. *Journal of Policy Analysis and Management*, 25(2), 371-394.



- Walker, R. M., Damanpour, F., & Devece, C. A. (2011). Managing innovation and organizational performance: The mediating effect of performance management. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 21(2), 367-386.
- Walters, D. (2006). Effectiveness and efficiency: The role of demand chain management. *The International Journal of Logistics Management*, 17(1), 75-94.
- Walton, R. E. (1985). From control to commitment in the workplace. *Harvard Business Review*, 63(2), 77-84.
- Wang, D., Tsui, A. S., Zhang, Y., & Ma, L. (2003). Employment relationships and firm performance: Evidence from an emerging economy. *Journal of Organizational Behavior*, 24(5), 511-535.
- Wang, G., Oh, I. S., Courtright, S. H., & Colbert, A. E. (2011). Transformational leadership and performance across criteria and levels: A meta-analytic review of 25 years of research. *Group & Organization Management*, 36(2), 223-270.
- Wang, H., Law, K. S., Hackett, R. D., Wang, D., & Chen, Z. X. (2005). Leader-member exchange as a mediator of the relationship between transformational leadership and followers' performance and organizational citizenship behavior. *Academy of Management Journal*, 48(3), 420-432.
- Wanous, J. P., Reichers, A. E., & Austin, J. T. (2000). Cynicism about organizational change measurement, antecedents, and correlates. *Group & Organization Management*, 25(2), 132-153.
- Watkins, K. E., & Marsick, V. J. (1997). *Dimensions of the learning organization*. Warwick, RI: Partners.
- Watson, T. J. (2004). HRM and critical social science analysis. *Journal of Management Studies*, 41(3), 447-467.
- Watson, T. J. (2006). *Organizing and managing work*. Harlow, England: Pearson Education Limited.
- Wayne, S. J., Shore, L. M., & Liden, R. C. (1997). Perceived organizational support and leader-member exchange: A social exchange perspective. *Academy of Management Journal*, 40(1), 82-111.
- Wayne, S. J., Shore, L. M., Bommer, W. H., & Tetrick, L. E. (2002). The role of fair treatment and rewards in perceptions of organizational support and leader-member exchange. *Journal of Applied Psychology*, 87(3), 590-598.
- Wayne, S., Coyle-Shapiro, J., Eisenberger, R., Liden, R., Rousseau, D., & Shore, L. (2009). Social influences. In H. B. Klein, *Commitment in organizations: Accumulated wisdom and new directions* (pp. 253-284). New York, NY: Routledge.
- Weber, Max. (1947). The theory of social and economic organisation (Part 1 of *Wirtschaft und Gemeinschaft*). Ed. Talcott Parsons. London: William Hodge.
- Weber, Max (1957). 'Some consequences of bureaucratization', in L. Coser and B. Rosenberg, (Eds.). *Sociological theory*. New York: Macmillan
- Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, 92(4), 548-573.
- Weiner, B. (2012). *An attributional theory of motivation and emotion*. New York: Springer Science & Business Media.
- Weiss, M., & Hoegl, M. (2016). Effects of relative team size on teams with innovative tasks: an understaffing theory perspective. *Organizational Psychology Review* 2016, 6(4), 324-351.

- Weiszbrod, T. (2015). Health care leader competencies and the relevance of emotional intelligence. *The health care manager*, 34(2), 140-146.
- Wellin, M. (2016). *Managing the psychological contract: Using the personal deal to increase business performance*. New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Wernerfelt, B. (1984). A resource-based view of the firm. *Strategic Management Journal*, 5(2), 171-180.
- West, M. A., Borrill, C., Dawson, J., Scully, J., Carter, M., Anelay, S., . . . Waring, J. (2002). The link between the management of employees and patient mortality in acute hospitals. *International Journal of Human Resource Management*, 13(8), 1299-1310.
- White, M., Hill, S., McGovern, P., Mills, C., & Smeaton, D. (2003). 'High-performance' management practices, working hours and work-life balance. *British Journal of Industrial Relations*, 41(2), 175-195.
- Whitfield, K., & Poole, M. (1997). Organizing employment for high performance: Theories, evidence and policy. *Organization Studies*, 18(5), 745-764.
- Whittaker, S., & Marchington, M. (2003). Devolving HR responsibility to the line: Threat, opportunity or partnership? *Employee Relations*, 25(3), 245-261.
- Wilson, D. C. (1992). *A strategy of change: Concepts and controversies in the management of change*. London: Cengage Learning EMEA.
- Wise, L. R. (2002). Public management reform: Competing drivers of change. *Public Administration Review*, 62(5), 555-567.
- Wood, S. J. (1996). High commitment management and unionization in the UK. *International Journal of Human Resource Management*, 7(1), 41-58.
- Wood, S. J. (1999). Getting the measure of the transformed high-performance organization. *British Journal of Industrial Relations*, 37(3), 391-417.
- Wood, S. J., & Albanese, M. T. (1995). Can we speak of a high commitment management on the shop floor? *Journal of Management Studies*, 32(2), 215-247.
- Wood, S. J., & de Menezes, L. M. (2011). High involvement management, high-performance work systems and well-being. *The International Journal of Human Resource Management*, 22(07), 1586-1610.
- Wood, S. J., & Menezes, L. D. (1998). High commitment in the UK: Evidence from the workplace industrial relations survey, and employees' manpower and skills practices survey. *Human Relations*, 51(4), 485-515.
- Wood, S. J., & Wall, T. D. (2007). Work enrichment and employee voice in human resource management-performance studies. *The International Journal of Human Resource Management*, 18(7), 1335-1372.
- Woodrow, C., & Guest, D. E. (2017). Leadership and approaches to the management of workplace bullying. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 26(2), 221-233.
- Wright, B. E., & Pandey, S. K. (2009). Transformational leadership in the public sector: Does structure matter? *Journal of Public Administration Research and Theory*. doi:10.1093/jopart/mup003
- Wright, P. M., & McMahan, G. C. (1992). Theoretical perspectives for strategic human resource management. *Journal of Management*, 18(2), 295-320.

- Wright, P. M., & Nishii, L. (2007). Strategic HRM and organizational behavior: Integrating multiple levels of analysis (No. 07-03). *CAHRS Working Paper*, Obtido de <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cahrswp> [em 5 de fevereiro de 2015].
- Wright, P. M., & Snell, S. A. (1998). Toward a unifying framework for exploring fit and flexibility in strategic human resource management. *Academy of Management Review*, *23*(4), 756-772.
- Wright, P. M., Dunford, B. B., & Snell, S. A. (2001). Human resources and sustained competitive advantage: A resource-based perspective. *International Journal of Human Resource Management*, *5*(2), 301-326.
- Wright, P. M., Gardner, T. M., & Moynihan, L. M. (2003). The impact of HR practices on the performance of business units. *Human Resource Management Journal*, *13*(3), 21-36.
- Wright, P. M., McMahan, G. C., & McWilliams, A. (1994). Human resources and sustained competitive advantage: A resource-based perspective. *International Journal of Human Resource Management*, *5*(2), 301-326.
- Wright, P. M., Gardner, T., Moynihan, L., & Allen, M. (2005). The relationship between HR practices and firm performance: Examining causal order. *Personnel Psychology*, *58*(2), 409-446.
- Wright, P. M., McMahan, G., Snell, S., & Gerhart, B. (2001). Comparing Line and HR Executives' Perceptions of HR Effectiveness: Services, Roles, and Contributions. *Human Resource Management*, *40*(2), 111-123.
- Wright, T. A., & Cropanzano, R. (2000). Psychological well-being and job satisfaction as predictors of job performance. *Journal of Occupational Health Psychology*, *5*(1), 84-94.
- Wrong, D. (1970). *Makers of modern social science: Max Weber*. London: Prentice-Hall International.
- Yang, M. G., Hong, P., & Modi, S. B. (2011). Impact of lean manufacturing and environmental management on business performance: An empirical study of manufacturing firms. *International Journal of Production Economics*, *129*(2), 251-261.
- Yin, R. (1994). *Case study research: Design and methods*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Youndt, M. A., Snell, S. A., Dean, J. W., & Lepak, D. P. (1996). Human resource management, manufacturing strategy, and firm performance. *Academy of Management Journal*, *39*(4), 836-866.
- Yukl, G. A. (2012a). Effective leadership behavior: What we know and what questions need more attention. *The Academy of Management Perspectives*, *26*(4), 66-85.
- Yukl, G. A. (2012b). *Leadership in Organizations*. England: Pearson.
- Yukl, G. A. (1989). Managerial leadership: A review of theory and research. *Journal of Management*, *15*(2), 251-289.
- Yukl, G. A., Gordon, A., & Taber, T. (2002). A hierarchical taxonomy of leadership behavior: Integrating a half century of behavior research. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, *9*(1), 15-32.
- Zapf, D. (2002). Emotion work and psychological well-being: A review of the literature and some conceptual considerations. *Human Resource Management Review*, *12*(2), 237-268.
- Zimmerman, M. (1995). Psychological empowerment: Issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology*, *23*(5), 581-599.
- Zohar, L. G. (2005). A multilevel model of safety climate: Cross-level relationships between organization and group-level climates. *Journal of Applied Psychology*, *90*(4), 616-628.