



**Instituto Politécnico de Tomar**

Escola Superior de Gestão de Tomar

**O Papel das Capacidades Dinâmicas em  
Contexto de Mudança nas Instituições de  
Saúde – estudo de caso da Região de Lisboa e  
Vale do Tejo**

Dissertação de Mestrado

**Carolina Martins Carvalho**

Mestrado em Gestão

**Tomar, março de 2021**





**Instituto Politécnico de Tomar**

Escola Superior de Gestão de Tomar

**Carolina Martins Carvalho**

**O Papel das Capacidades Dinâmicas em  
Contexto de Mudança nas Instituições de  
Saúde – estudo de caso da Região de Lisboa e  
Vale do Tejo**

Dissertação de Mestrado

Orientado por:

**Professor Doutor Jorge Manuel Marques Simões**

Escola Superior de Gestão de Tomar – Instituto Politécnico de Tomar

**Professor Doutor Ruben Joaquim Pinto Loureiro**

Escola Superior de Gestão de Tomar – Instituto Politécnico de Tomar

Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Politécnico de Tomar para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão.

## RESUMO

---

Ao longo dos anos, verifica-se que as organizações estão inseridas em climas de grande instabilidade, sendo imperativo o desenvolvimento de Capacidades Dinâmicas, que permitam às mesmas, enfrentar novas realidades, melhorando o seu desempenho. As instituições de saúde, são um exemplo destas organizações, que devido à pandemia, necessitaram de reajustar toda a sua estratégia, com base nos recursos disponíveis, de forma a dar resposta, em tempo útil, às necessidades da população.

O objetivo geral do presente estudo, é identificar de que forma as Capacidades Dinâmicas, influenciam e contribuem para melhorar o desempenho dos hospitais pertencentes à Região de Lisboa e Vale do Tejo, face a uma nova realidade imposta pelo meio envolvente. Posto isto, de forma a alcançar o objetivo desta investigação, realizaram-se seis entrevistas semiestruturadas, através de um guião previamente elaborado, direcionado aos enfermeiros chefes dos hospitais da RLVT.

De acordo com os resultados obtidos, verifica-se que os hospitais não se encontravam preparados para enfrentar a atual pandemia, no entanto, depois de algumas aprendizagens e da assimilação de informações relevantes, os profissionais de saúde em conjunto com os recursos disponíveis, conseguiram adaptar-se à nova situação e inovar na prestação de cuidados de saúde adequados, concluindo-se assim, que o desenvolvimento e implementação das Capacidades Dinâmicas, influenciam positivamente o desempenho das instituições de saúde.

**Palavras-chave:** Capacidades Dinâmicas, instituições de saúde, desempenho, recursos, pandemia.

## ABSTRACT

---

Over the years, it appears that organizations are inserted in climates of great instability, being imperative the development of Dynamic Capabilities, which allow them to face new realities, improving their performance. Health institutions are an example of these organizations, which, due to the pandemic, needed to readjust their entire strategy, based on available resources, to respond, in due time, to the needs of the population.

The general objective of this study is to identify how Dynamic Capabilities influence and contribute to improving the performance of hospitals belonging to the *Região de Lisboa e Vale do Tejo*, in the face of a new reality imposed by the environment. That said, to achieve the objective of this investigation, six semi-structured interviews were carried out, using a previously prepared script, directed to the head nurses of *RLVT* hospitals.

According to the results obtained, it appears that hospitals were not prepared to face the current pandemic, however, after some learning and the assimilation of relevant information, health professionals, together with the available resources, were able to adapt to the new situation and innovate in the provision of adequate health care, thus concluding that the development and implementation of Dynamic Capabilities, positively influence the performance of health institutions.

**Keywords:** Dynamic Capabilities, health institutions, performance, resources, pandemic.

## AGRADECIMENTOS

---

Ao longo destes cinco anos, foram muitas as pessoas que contribuíram para que conseguisse terminar esta etapa com sucesso. Quero desde já agradecer a todas essas pessoas, pelo apoio e força que me deram ao longo desta caminhada, principalmente nos momentos mais difíceis.

Em primeiro lugar quero agradecer à minha família, em especial aos meus pais e ao meu namorado, por terem participado em todas as minhas vitórias e derrotas, por todos os conselhos, por todo o apoio que me deram em momentos complicados, obrigado por todos os valores transmitidos ao longo de todas as etapas da minha vida, são sem dúvida o meu exemplo de garra, coragem, esperança e determinação.

Em segundo lugar quero agradecer aos meus orientadores, o professor doutor Jorge Manuel Marques Simões e o professor doutor Ruben Joaquim Pinto Loureiro, pela sua total disponibilidade ao longo de todo este projeto, por todas as orientações transmitidas, e por todo o apoio e incentivo.

Em terceiro lugar agradeço aos enfermeiros, pela sua disponibilidade na participação deste estudo, numa fase tão difícil como a que estamos a vivenciar.

Por último, agradeço a todos os docentes do Instituto Politécnico de Tomar que contribuíram para a minha formação académica, tanto na Licenciatura como no Mestrado e aos meus colegas de turma pelo companheirismo e partilha ao longo desta caminhada.

# ÍNDICE

|                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------|----|
| RESUMO .....                                                           | 4  |
| ABSTRACT.....                                                          | 5  |
| AGRADECIMENTOS .....                                                   | 6  |
| 1 - INTRODUÇÃO .....                                                   | 13 |
| 2 – REVISÃO DE LITERATURA.....                                         | 15 |
| 2.1 - INTRODUÇÃO .....                                                 | 15 |
| 2.2 – VISÃO BASEADA NOS RECURSOS .....                                 | 16 |
| 2.2.1 - PROCESSOS E ROTINAS.....                                       | 20 |
| 2.2.2 - VANTAGEM COMPETITIVA .....                                     | 23 |
| 2.3 – CONCEITO DE CAPACIDADES DINÂMICAS .....                          | 25 |
| 2.4 – COMPONENTES DAS CAPACIDADES DINÂMICAS.....                       | 35 |
| 2.4.1 – CAPACIDADE ADAPTATIVA .....                                    | 35 |
| 2.4.2 – CAPACIDADE ABSORTIVA.....                                      | 38 |
| 2.4.3 – CAPACIDADE DE INOVAÇÃO .....                                   | 43 |
| 2.5 - SÍNTESE .....                                                    | 45 |
| 3 – CARACTERIZAÇÃO DO SETOR .....                                      | 47 |
| 3.1 - INTRODUÇÃO .....                                                 | 47 |
| 3.2 – EVOLUÇÃO HISTÓRICA.....                                          | 48 |
| 3.3 – REGIÃO DE LISBOA E VALE DO TEJO .....                            | 52 |
| 3.3.1 – CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO, E.P.E. ....                   | 54 |
| 3.3.2 – CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA NORTE, E.P.E. ....   | 55 |
| 3.3.3 – CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL, E.P.E. .... | 57 |
| 3.3.4 – CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, E.P.E. ....             | 58 |
| 3.3.5 - HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNADO DA FONSECA, E.P.E. ....      | 60 |
| 3.3.6 – HOSPITAL GARCIA DE ORTA, E.P.E. ....                           | 61 |
| 3.3.7 – CENTRO HOSPITALAR DO BARREIRO MONTIJO, E.P.E. ....             | 62 |
| 3.3.8 – CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E. ....                      | 63 |
| 3.3.9 – CENTRO HOSPITALAR DO OESTE, E.P.E.....                         | 64 |
| 3.3.10 – HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM, E.P.E. ....                   | 65 |
| 3.4 - ENFERMAGEM.....                                                  | 66 |
| 3.5 - SÍNTESE .....                                                    | 70 |
| 4 – METODOLOGIA.....                                                   | 72 |
| 4.1 – INTRODUÇÃO .....                                                 | 72 |
| 4.2 – ENTREVISTA.....                                                  | 73 |
| 4.3 – ETAPAS DA ENTREVISTA .....                                       | 3  |

|                                                         |    |
|---------------------------------------------------------|----|
| 4.3.1 – VANTAGENS E LIMITAÇÕES DA ENTREVISTA .....      | 4  |
| 4.4 – TIPOS DE ENTREVISTA .....                         | 5  |
| 4.4.1 – ENTREVISTA INFORMAL.....                        | 6  |
| 4.4.2 – ENTREVISTA FOCALIZADA .....                     | 6  |
| 4.4.3 – ENTREVISTA ESTRUTURADA .....                    | 6  |
| 4.4.4 – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA OU FORMALIZADA.....  | 6  |
| 4.5 – SÍNTESE.....                                      | 8  |
| 5 – ANÁLISE DE RESULTADOS.....                          | 9  |
| 5.1 – INTRODUÇÃO .....                                  | 9  |
| 5.2 – ANÁLISE DAS QUESTÕES DO GUIÃO DE ENTREVISTA ..... | 10 |
| 5.3 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS .....           | 20 |
| 5.4 – SÍNTESE.....                                      | 27 |
| 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS .....                          | 28 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....                        | 33 |
| ANEXOS.....                                             | 42 |
| GUIÃO DE ENTREVISTA.....                                | 42 |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|                                                                                                            |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 - Modelo VBR .....                                                                                | 5  |
| Figura 2 - Abordagem baseada nos recursos para análise da estratégia .....                                 | 7  |
| Figura 3 - Capacidades dinâmicas e operacionais e as suas ligações à vantagem competitiva sustentável..... | 8  |
| Figura 4 - Subgrupos Capacidades Dinâmicas .....                                                           | 10 |
| Figura 5 - Relação entre Capacidades Dinâmicas e Nível de Lucro .....                                      | 13 |
| Figura 6 - Classificação da combinação de capacidades organizacionais para o desenvolvimento de CDs.....   | 19 |
| Figura 7 - Modelo de pesquisa de capacidades dinâmicas proposto por Wang e Ahmed (2007)20                  |    |
| Figura 8 - Modelo conceitual do ciclo das capacidades dinâmicas nas organizações .....                     | 21 |
| Figura 9 - Componentes das Capacidades Dinâmicas .....                                                     | 23 |
| Figura 10 - Modelo ACAP Cohen e Levinthal .....                                                            | 28 |
| Figura 11 - Modelo ACAP de Zahra e George.....                                                             | 28 |
| Figura 12 - Modelo ACAP de Todorova e Durisin.....                                                         | 31 |
| Figura 13 - Modelo 3R ACAP Tsai, Chen e Tseng .....                                                        | 32 |
| Figura 14 - Número de instituições hospitalares do SNS .....                                               | 40 |
| Figura 15 - Sub-Regiões da RLV T.....                                                                      | 41 |
| Figura 16 - Localização do CHMT, E.P.E.....                                                                | 43 |
| Figura 17 - Localização do CHULN, E.P.E. ....                                                              | 44 |
| Figura 18 - Localização do CHLO, E.P.E. ....                                                               | 48 |
| Figura 19 - Localização do CHBM, E.P.E. ....                                                               | 51 |
| Figura 20 - Localização do CHS, E.P.E. ....                                                                | 53 |
| Figura 21 - Influência dos recursos no desempenho.....                                                     | 83 |
| Figura 22 - Adaptação em contexto de mudança.....                                                          | 85 |
| Figura 23 - Modelo de melhoria de desempenho organização nas Instituições de saúde.....                    | 90 |

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

|                                                                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Gráfico 1 - Considera que essas adaptações contribuíram para enfrentar esta nova realidade (covid-19)? ..... | 73 |
| Gráfico 2 - Os hospitais estão preparados para enfrentar a 2ª vaga de Covid 19? .....                        | 76 |
| Gráfico 3 - Estes novos recursos têm contribuído para a melhorar o desempenho da organização? .....          | 78 |
| Gráfico 4 - Os Recursos Humanos são reconhecidos pelo seu conhecimento?.....                                 | 81 |
| Gráfico 5 - O reconhecimento tem vindo a aumentar após o início da pandemia? .....                           | 81 |

## ÍNDICE DE TABELAS

|                                                                                            |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1 - Análise VRIO.....                                                               | 6  |
| Tabela 2 - Visão Tradicional e Reconceituada de Capacidades Dinâmicas.....                 | 9  |
| Tabela 3 - Definições Capacidades Dinâmicas.....                                           | 16 |
| Tabela 4 - Capacidades Dinâmicas em novos empreendimentos / empresas estabelecidas .....   | 18 |
| Tabela 5 - Principais diferenças conceituais.....                                          | 24 |
| Tabela 6 - Capacidades Ordinárias versus Capacidades Dinâmicas .....                       | 27 |
| Tabela 7 - As cinco dimensões da capacidade de inovação .....                              | 33 |
| Tabela 8 - Número de profissionais do SNS.....                                             | 41 |
| Tabela 9 - Número de enfermeiros RLVT.....                                                 | 58 |
| Tabela 10 - Adaptações efetuadas ao longo da pandemia.....                                 | 75 |
| Tabela 11 - Novos recursos que contribuem para a melhoria do desempenho organizacional ... | 78 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

VBR – Visão Baseada nos Recursos

CDs – Capacidades Dinâmicas

PACAP – Capacidade de absorção potencial

RACAP – Capacidade de absorção realizada

SNS – Serviço Nacional de Saúde

RLVT – Região de Lisboa e Vale do Tejo

CHMT – Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.

CHULN – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, E.P.E.

CHULC – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E.

CHLO – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.

CHBM – Centro Hospitalar do Barreiro Montijo, E.P.E.

CHS – Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

CHO – Centro Hospitalar do Oeste, E.P.E.

## 1 - INTRODUÇÃO

A partir dos anos 90, o conceito de globalização e a constante evolução tecnológica, incentivou a persistente procura por parte das organizações de novas estratégias que resultassem em vantagem competitiva para a organização, de forma a garantir a sua sobrevivência e dar resposta imediata a ambientes dinâmicos, que se caracterizam por rápidas e intensas mudanças (Teece, Pisano e Shuen, 1997).

A primeira abordagem desenvolvida tendo em conta este tema, foi a teoria da Visão Baseada nos Recursos (VBR), que defende que uma organização tem vantagem competitiva, se os seus recursos internos forem valiosos, raros, inimitáveis e não substituíveis (Barney e Arikan, 1991; Grant, 1991). No entanto, esta teoria foca-se somente no ambiente interno da organização, não explicando como é que as organizações alcançam vantagem competitiva em ambientes, em constante e rápida mudança (Eisenhardt e Martin, 2000).

Verificando-se esta lacuna, surge uma outra abordagem, apresentado por Teece, Pisano e Shuen, no ano de 1997, a teoria das Capacidades Dinâmicas, relacionando os recursos internos de uma organização como o seu ambiente externo, defendendo que só é possível adquirir vantagem competitiva, se a organização detiver habilidade para integrar, construir e reconfigurar competências externas e internas em direção às mudanças ambientais (Eisenhardt e Martin, 2000).

Ao longo dos anos, muitos foram os autores que contribuíram para o desenvolvimento desta teoria, procurando uma definição concreta de Capacidades Dinâmicas, como por exemplo, Teece *et al.* (1997), Collis (1994), Eisenhardt e Martin (2000), Zollo e Winter (2002), Helfat (2007), Wang e Ahmed (2007), entre outros, contudo, ainda é um tema alvo de muitas críticas, sendo por este motivo, recorrentes os estudos nesta área.

Segundo Pereira (2000), a gestão hospitalar deve ser orientada para o ambiente externo, e adaptar-se às suas mudanças como qualquer outra organização. Brites (2014), defende que apesar da competitividade no setor hospitalar ser diferente das restantes organizações, estes também procuram aumentar a qualidade dos seus serviços, em conjunto com o investimento de equipamentos sofisticados de modo a atrair bons profissionais de saúde e melhorar o serviço prestado aos seus utentes.

Posto isto, e verificando-se as constantes mudanças que ocorreram nos últimos anos no setor hospitalar, dando ênfase ao presente desafio que atualmente enfrentamos a nível mundial, o aparecimento do *SARS-CoV-2*, para a elaboração do presente estudo foi escolhido o setor hospitalar, nomeadamente um estudo de caso na Região de Lisboa e Vale do Tejo.

Esta investigação surge com o objetivo principal, de verificar de que forma as Capacidades Dinâmicas afetam o desempenho dos hospitais pertencentes à Região de Lisboa e Vale do Tejo, principalmente neste contexto de rápida mudança. Quanto aos objetivos secundários pretende-se, identificar e caracterizar a existência de Capacidades Dinâmicas na RLVT e de que forma estas instituições se adaptaram à nova realidade, verificar quais são os principais desafios e como podem ser ultrapassados, por fim, investigar quais foram as alterações efetuadas que contribuíram para melhorar o desempenho dos hospitais da RLVT.

No que respeita à estrutura desta dissertação, a mesma foi dividida em duas partes fulcrais, o enquadramento teórico, desenvolvido ao longo dos três primeiros capítulos e o trabalho empírico, descrito nos restantes três capítulos seguintes. No capítulo 1 é apresentada uma introdução ao estudo em causa, o objetivo principal e os objetivos secundários. O capítulo 2, refere-se à revisão de literatura, onde são expostos todos os conceitos e estudos relevantes relacionados com o tema. No capítulo 3 é feita uma caracterização do setor em que esta investigação incide, sendo apresentados os hospitais selecionados para este estudo. O capítulo 4, engloba a metodologia utilizada para a recolha de dados que suporta a investigação. No capítulo 5, são analisados os dados recolhidos pelas entrevistas feitas à categoria profissional de enfermeiro chefe. Por fim, no capítulo 6 são apresentadas as conclusões finais da presente dissertação, onde se conclui o processo de investigação.

## **2 – REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 - INTRODUÇÃO**

As Capacidades Dinâmicas têm sido ao longo dos anos alvo de grande pesquisa, principalmente na área da estratégia organizacional, de forma a perceber a essência subjacente, relativamente aos recursos e capacidades (Teece, Pisano e Shuen, 1997; Biazzi, 2012).

Muitas são as críticas desenvolvidas sobre a teoria das Capacidades Dinâmicas, nomeadamente quanto à terminologia e métodos de investigação, é por este motivo, que são contínuos e correntes os estudos nesta área, verificando-se que o principal objetivo, centra-se em perceber como as Capacidades Dinâmicas atuam e influenciam no desenvolvimento das capacidades organizacionais (Ambrosini e Bowman, 2009; Argote e Ren, 2012).

A primeira abordagem desenvolvida na área da estratégia, foi a Visão Baseada nos Recursos (VBR), na década de 1990, que defende que uma organização revela um desempenho superior ou vantagem competitiva, com base no ambiente interno da organização, isto é, a organização é um conjunto de recursos, tangíveis e intangíveis, que devem ser valiosos, raros, inimitáveis e não substituíveis (VRIN), que se consolidam com as habilidades e cultura organizacional resultando em vantagem competitiva para a organização (Barney e Arian, 1991; Grant, 1991).

A segunda abordagem está relacionada com as Capacidades Dinâmicas, em que o foco principal é a relação entre o desenvolvimento de novos recursos e capacidades e o desempenho organizacional, esta abordagem é uma ampliação da VBR, em que são estudados e abordados alguns conceitos como a criação e reconfiguração de recursos num ambiente dinâmico, com o objetivo de criar vantagem competitiva (Eisenhardt e Martin, 2000; Doving e Gooderham, 2008).

Ambas as abordagens se relacionam com o conceito de vantagem competitiva, no entanto para uma organização não é suficiente acumular recursos, há que desenvolver capacidades com base nos recursos, tendo em conta as alterações do meio envolvente, para que se possa alinhar a estratégia organizacional às novas necessidades e oportunidades (Helfat e Peteraf, 2003; Marcus e Anderson, 2006).

## 2.2 – VISÃO BASEADA NOS RECURSOS

A VBR começou a ser estudada no final dos anos 80, com o intuito de perceber se o desempenho está ou não relacionado com fatores externos, ou com fatores específicos da própria organização, pois até aos anos 80, estes fatores não eram alvo de grande importância para o desenvolvimento de uma empresa (Fahy, 2000).

Entretanto, vários trabalhos sobre a teoria da VBR foram desenvolvidos, para Sánchez e Yepes (2000), esta teoria partiu das teorias do monopólio e da teoria da concorrência monopolista, criadas por Robinson (1933), Chamberlin (1933) e Stigler (1961), que defendiam que a concorrência industrial resultava da existência de recursos diferentes entre empresas, referindo que tais recursos possibilitavam a criação de estratégias difíceis de imitar que permitiam às empresas, obter melhores resultados que a concorrência.

Chamberlin (1933), no progresso dos seus estudos já se referia ao conceito de recursos inimitáveis, como o *know-how* dos funcionários e a reputação da empresa. Para Brahma e Chakraborty (2011), o trabalho que mais influenciou o desenvolvimento desta teoria foi o de Penrose na década de 50. Penrose (1959) vê a empresa como um feixe de recursos, isto é, como uma entidade com um extenso conjunto de recursos, e não como uma função abstrata de transformação de *inputs* em produtos. Esta autora considera os próprios recursos internos da organização, dando ênfase a que as competências estão agregadas aos recursos, podendo estes ser tangíveis ou intangíveis, e que um mesmo recurso ao ser utilizado para objetivos diferentes, origina resultados também eles diferentes.

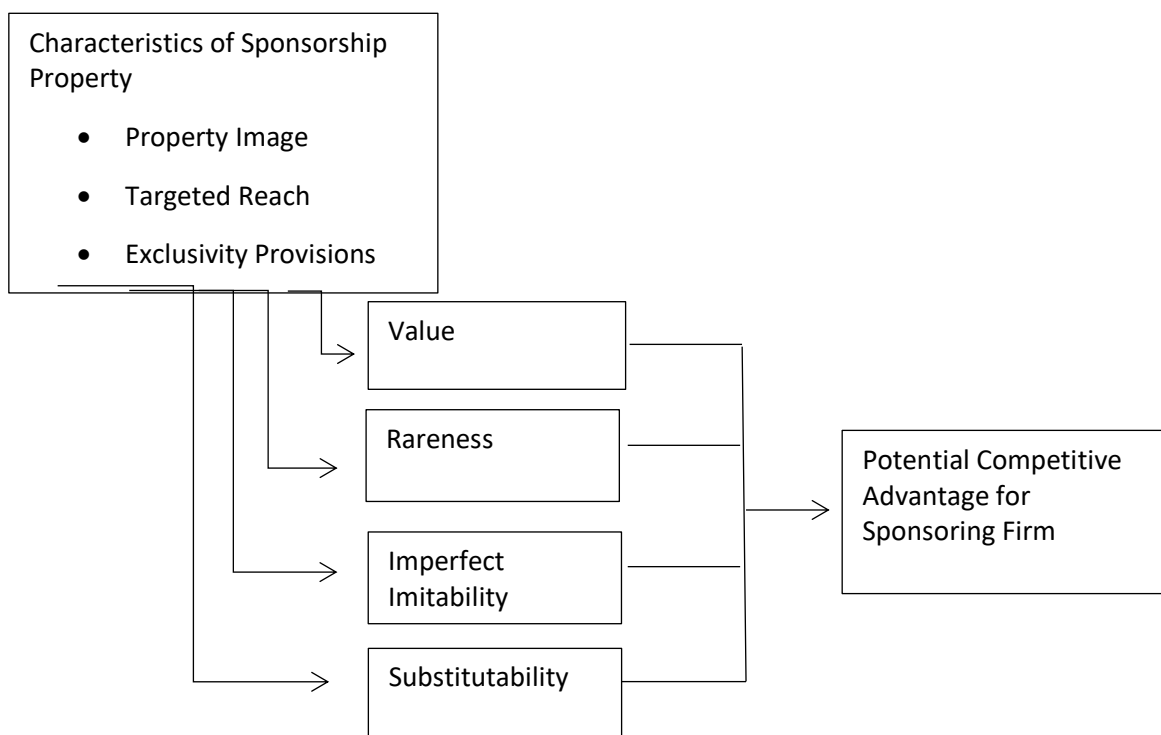
Já Wernerfelt (1984), criador do termo VBR, defende que as organizações são o conjunto de capacidades e recursos, que não podem ser comprados ou vendidos no mercado, e que o sucesso de uma organização depende das capacidades e dos recursos únicos dessa mesma organização, que culminam em vantagem competitiva para a mesma.

Muhanna (2010) define recursos ou capacidades como o conjunto de ativos tangíveis ou intangíveis utilizados na elaboração estratégica da organização, dividindo-os em três grupos, recursos de capital humano, recursos de capital físico e recursos de capital organizacional. Nos recursos de capital humano englobam a experiência, a inteligência, e as relações de todo o pessoal da organização, os recursos de capital físico incluem o equipamento, a tecnologia, a localização e a facilidade de acesso a matérias-primas, por fim, os recursos organizacionais são os processos de planeamento, os sistemas de

controle, a estrutura organizacional e as relações informais da empresa com o exterior e as próprias relações internas entre grupos (Barney, 1991).

Segundo Barney (1991), para que os recursos existentes numa organização resultem em vantagem competitiva é fulcral que estes sejam valiosos, raros, inimitáveis e não substituíveis, os recursos são valiosos quando a empresa através deles consiga criar estratégias que contribuam para a sua eficiência, raros quando não existem tais recursos em organizações idênticas, são inimitáveis quando os recursos raros e valiosos não consigam ser obtidos por outras empresas e insubstituíveis quando não há recursos equivalentes.

Barney (1991), definiu o modelo VRIS (Valor, Raridade, Imitabilidade, não Substituibilidade), figura 1.



*Figura 1 - Modelo VBR*

Fonte: Barney (1991)

Os recursos para que possam conferir à organização vantagem competitiva, isto é, impacto positivo no desempenho da organização, é fundamental que estes sejam transferidos em processos ou rotinas de negócio (Muhanna, 2010).

Barney (1991), afirma que organizações que têm e exploram recursos e capacidades valiosos, raros, inimitáveis e não substituíveis, detêm um melhor desempenho a curto prazo, isto é, vantagem competitiva. Posto isto, a VBR é considerada como uma das teorias influenciadores de gestão estratégica, que coloca os recursos e as capacidades como fonte para a obtenção de vantagem competitiva (Bresser e Powalla, 2012).

No entanto, ao longo dos seus estudos, Barney em conjunto com Wright, perceberam que se deveria trocar o “S” por “O” de organização, passando o modelo a denominar-se VRIO, defendendo que uma organização para rentabilizar os seus recursos tem de ser organizada. Portanto, os recursos da uma empresa, devem ser valiosos, raros e inimitáveis, podendo ser fonte de vantagem competitiva se a empresa estiver organizada, de forma a capitalizar os seus recursos (Barney e Wright, 1998).

Uma das questões que deve ser tomada em consideração, é que este modelo não tem em conta as rápidas alterações ou situações inesperadas, que afetam a estratégia da organização (Bresser e Powalla, 2012; Lin, Tsai, Wu e Kiang, 2012). Neste sentido, o modelo VRIO apresenta um conjunto de questões que permite à organização conhecer os seus recursos, quais os seus pontos fracos ou vantagens competitivas, como está representado na tabela 1.

| Valioso? | Raro? | Difícil de Imitar? | Aproveitado pela Empresa? | Implicância Competitiva |
|----------|-------|--------------------|---------------------------|-------------------------|
| Não      | Não   | Não                | Não                       | Desvantagem Competitiva |
| Sim      | Não   | Não                | Sim                       | Paridade Competitiva    |
| Sim      | Sim   | Não                | Sim                       | Vantagem Temporária     |
| Sim      | Sim   | Sim                | Sim                       | Vantagem Sustentável    |

*Tabela 1 - Análise VRIO*

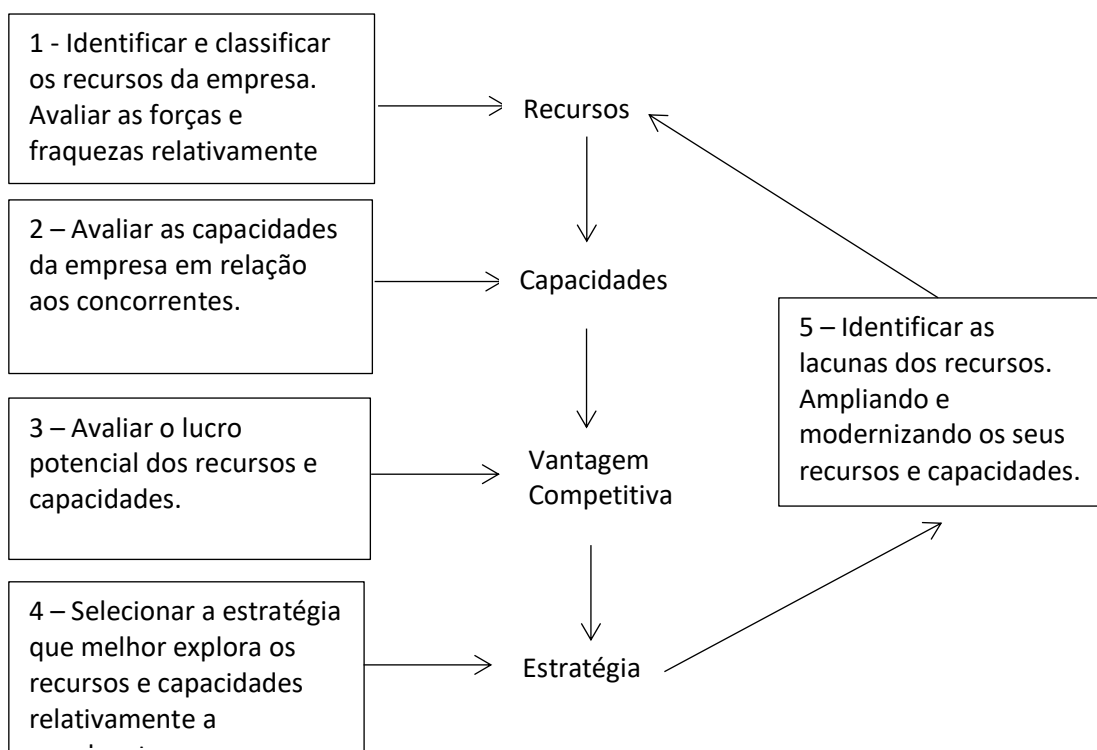
Fonte: adaptado de Barney (1991)

Oliveira e Fleury (2009) referem que vários autores têm vindo a aprofundar a teoria baseada nos recursos e a sua ligação com as competências, por meio do conhecimento

que permite às organizações desenvolver competências que resultem em vantagem competitiva.

Na visão Galbreath (2004), o conhecimento acrescenta valor aos produtos e serviços que a empresa oferece, ou seja, os recursos internos da empresa são mais valorizados, sendo fonte de vantagem competitiva. Argumenta ainda, que é fundamental ter em conta as estratégias que são utilizadas, o conhecimento dos recursos internos para atingir o grande objetivo de vantagem competitiva. Já para Fleury (2003) a vantagem competitiva está associada aos recursos através das competências e capacidade originadas por estes, e é isto que sustenta a melhor eficiência empresarial.

Grant (1991), pelo facto de não existir um modelo que relacionasse os recursos com a estratégia, formulou um modelo que interligasse os dois fatores (Figura 2).



*Figura 2 - Abordagem baseada nos recursos para análise da estratégia*

Fonte: Ramalho (2017) adaptado de Grant (1991, p. 115)

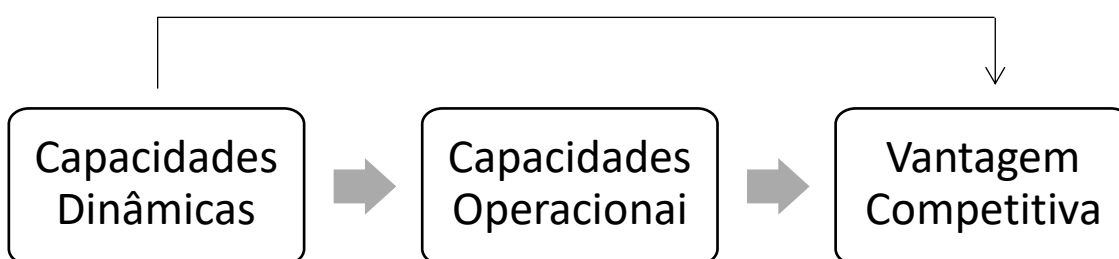
De acordo com este modelo, a base para a criação de vantagem competitiva está nos recursos, que trabalhados em conjunto se transformam em capacidades organizacionais que já estão enraizadas em processos e rotinas empresariais (Sahlman e Haapasalo, 2009).

As capacidades empresariais auxiliam a interligação de vários recursos, de forma a que estes consigam ser organizados melhorando a eficiência da organização (Zack 1999).

Portanto, o conjunto das capacidades com os recursos apropriados criam competências fundamentais na elaboração da estratégia da empresa (Amit e Schoemaker, 1993).

Helfat e Peteraf (2003), defendem que as capacidades passam por diversos estágios, em que o primeiro é a criação, o segundo o desenvolvimento e o terceiro a maturidade da capacidade, isto significa que as empresas para terem vantagem competitiva em relação aos seus adversários, é essencial que estejam constantemente a desenvolver novas capacidades. Estas capacidades podem ser divididas em dois grupos, as capacidades operacionais e as Capacidades Dinâmicas. As capacidades operacionais são o conhecimento e as capacidades individuais da organização que possibilita à empresa coordenar as suas atividades e utilizar os seus próprios recursos (Sandberg e Abrahamsson, 2011). As Capacidades Dinâmicas são definidas de acordo com Teece *et al.*, (1997) como a capacidade de a empresa integrar, construir e reconfigurar competências, internas ou externas, de forma a responder às alterações do meio envolvente.

Para sustentar a vantagem competitiva ao longo dos anos, Helfat (2007) afirmam que a criação, transformação e ampliação das capacidades operacionais é realizada por intermédio das Capacidades Dinâmicas, como representado pela figura 3.



*Figura 3 - Capacidades dinâmicas e operacionais e as suas ligações à vantagem competitiva sustentável*

Fonte: Ramalho (2017) adaptado de Sandberg e Abrahamsson (2011, p. 64)

### 2.2.1 - PROCESSOS E ROTINAS

Para Eisenhardt e Martin (2000), as Capacidades Dinâmicas são um conjunto de processos característicos e identificáveis, que, de acordo com objetivo de atuação, as

Capacidades Dinâmicas podem ser, em situações de mercado menos dinâmico, mais detalhadas e estáveis, no caso de mercados de grande dinamismo podem ser extremamente simples, experimentais, frágeis e imprevisíveis.

|                      | Visão tradicional de capacidades Dinâmicas   | Reconceituação de Capacidades Dinâmicas.                                                                                                    |
|----------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Definição            | Rotinas para aprender rotinas                | Processos organizacionais e específicos (ex.: criação de alianças e inovação de produtos).                                                  |
| Heterogeneidade      | Idiossincráticas de cada organização         | Melhores Práticas.                                                                                                                          |
| Padrão               | Detalhado e Rotinas analíticas               | Varia conforme o dinamismo do mercado.                                                                                                      |
| Vantagem Competitiva | Sustentar a vantagem que tiver com os VRIN'S | Criar vantagem com recursos valiosos, relativamente raros e substituíveis, procurando equifinalidade e com fungíveis capacidades dinâmicas. |
| Outcomes             | Previsível                                   | Varia conforme o dinamismo do mercado, podendo ser possível ou não.                                                                         |
| Evolução             | Caminho único                                | Caminho único, delimitado pelos mecanismos de aprendizagens: prática, codificação, erro e acerto.                                           |

*Tabela 2 - Visão Tradicional e Reconceituada de Capacidades Dinâmicas*

Fonte: Eisenhardt e Martin (2000)

Importa perceber então o conceito de rotina, Zollo e Winter (2002) caracterizam-na como padrão estável de comportamento que determina as reações de uma organização aos variados estímulos internos e externos. Também podem ser definidas como padrões repetitivos de atividades dentro de uma organização (Nelson e Winter, 2005).<sup>88</sup> Já para Ray, Barney e Muhanna (2004) são ações que as empresas executam de forma a alcançar os seus objetivos.

Segundo Cappellari (2017), a rotina é um caminho realizado repetidamente, para Feldman e Rafaeli (2008), explicam que as rotinas criam condições de adaptação e definem padrões estáveis.

Segundo Camargo (2012) as rotinas explicam o diferencial de desempenho existente entre organizações, e que é através delas que existe um comprometimento por parte da organização com o fornecimento de bens e serviços.

Birnholtz, Cohen e Hock (2009), entendem que as subseqüentes utilizações de rotinas, tem por base os processos regenerativos, que permitem a passagem de conhecimento pratica e experiência seja feita do pessoal mais experiente para o menos experiente.

No entendimento de Ferreira (1975), o processo é o modo como uma operação é realizada. Já Cappellari (2017) define que o processo é uma ação demorada que envolve determinada atividade.

Camargo e Meirelles (2012) defendem que os processos são a base de transformação dos *inputs* em *outputs*, isto é, os processos fazem parte das rotinas, logo, não há rotina, sem que se inicie em primeiro lugar a repetição de um processo.

Eisenhardt e Martin (2000), Winter (2003) e Teece (2009) orientam que as rotinas organizacionais são o pilar das Capacidades Dinâmicas. Pois, na perspetiva das Capacidades Dinâmicas, tanto as rotinas como os processos fornecem suporte à geração de novas ideias, novos produtos e serviços, bem como na seleção e implementação da mudança (Camargo e Meirelles, 2012).

As Capacidades Dinâmicas podem ser divididas em três subgrupos, segundo Auguier e Teece, (2009):

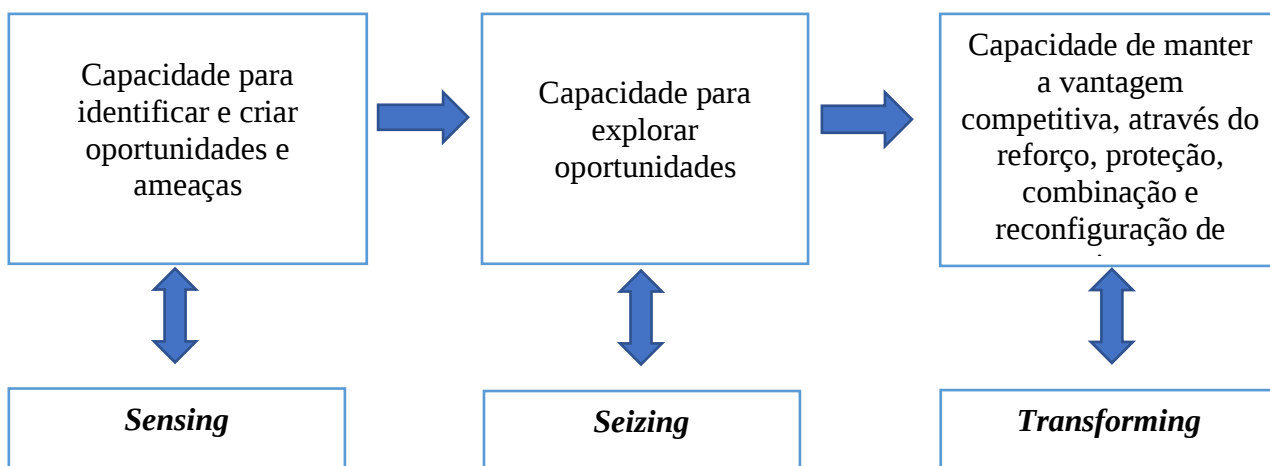


Figura 4 - Subgrupos Capacidades Dinâmicas

Fonte: Auguier e Teece (2009)

A capacidade de *sensing* está associada à interpretação, criação, análise e aprendizagem relativamente a oportunidades identificadas no meio envolvente, que podem resultar de acesso privilegiado à informação, ou através do próprio desenvolvimento de informação recolhida ou conhecimento, que é aprofundado através da análise investigação das novas tecnologias e dos mercados envolventes (Teece, 2014).

Teece (2007), defende a identificação de novas oportunidades como um processo que envolve aprendizagem, interpretação e criatividade, no entanto, se as empresas não forem

rápidas na concretização destas atividades, não serão capazes de aproveitar as oportunidades que estão acessíveis a todos, inclusive aos seus concorrentes.

Este subgrupo proporciona à organização uma melhor compreensão dos concorrentes, do meio envolvente e da forma como as decisões estratégicas são tomadas. Para que estas capacidades sejam aplicadas, têm de ser construídas e testadas (Teece, 2014).

Relativamente à capacidade de *seizing*, afirma-se que após ser identificada uma nova oportunidade, esta deve ser analisada para dar resposta ao mercado ou criar uma necessidade diferente (Prahalad e Hamel, 1990). No entanto, é necessário ter em atenção o grau de risco associado à exploração de novas oportunidades, pois na maioria dos casos não é possível investir em todas as oportunidades existentes, as organizações focam-se nas suas prioridades (Teece 2007).

A investigação de novas oportunidades, segundo Teece (2007), que assegurem vantagem competitiva para a organização têm de garantir alguns aspetos, nomeadamente, a seleção e arquitetura do produto e o modelo de negócios ajustado à realidade atual, estabelecimento de limites de intervenção, ou fronteiras de atuação da empresa, gestão de produtos complementares e plataformas e evitar o preconceito, a desilusão, a deceção e a arrogância.

A capacidade de *transforming* refere-se à capacidade da organização em reconfigurar recursos em simultâneo com as mudanças do meio envolvente, modificando as suas rotinas em função da oportunidade encontrada, muitas vezes quando estas mudanças ocorrem de forma rápida os gastos associados podem ser limitadores, facilitando o mercado aos seus concorrentes com grandes poderes económicos. Outro aspeto, que é referenciado por Teece (2007) que é fundamental na reconfiguração de ativos, é a existência de ativos co-especializados, ou seja, ativos complementares em que o valor do ativo resulta do uso conjunto com outro ativo, resultando desta forma um produto diferenciado.

### **2.2.2 - VANTAGEM COMPETITIVA**

Porter (1985) e Barney (1991), defendem que uma organização tem vantagem competitiva, quando o seu desempenho é superior face ao dos seus concorrentes e consegue criar um valor superior para os seus clientes, resultando num nível de lucratividade superior para a organização.

Em suma, quanto maior a força das Capacidades Dinâmicas, maior a simplicidade para a organização em dar resposta às modificações ambientais, alinhando a sua estratégia com as novas oportunidades verificadas por essas mesmas modificações (Teece, 2014).

Na ótica de Shuen *et al.* (2014), é necessário que as Capacidades Dinâmicas estejam alinhadas com a estratégia para que haja uma boa performance organizacional, isto é, o simples facto de existirem Capacidades Dinâmicas numa organização não implica por si só, que haja vantagem competitiva associada. Se a estratégia organizacional não for suficientemente forte, pode comprometer o resultado associado às Capacidades Dinâmicas existentes. Resumindo, de acordo com o modelo apresentado por Teece (2014), representado pela figura 5, quanto mais turbulento for o ambiente envolvente, maior a relevância dos ativos intangíveis, mais critica é a função da estratégia selecionada e mais fortes devem ser as Capacidades Dinâmicas para que a empresa cresça, e por consequência melhores serão os resultados financeiros.

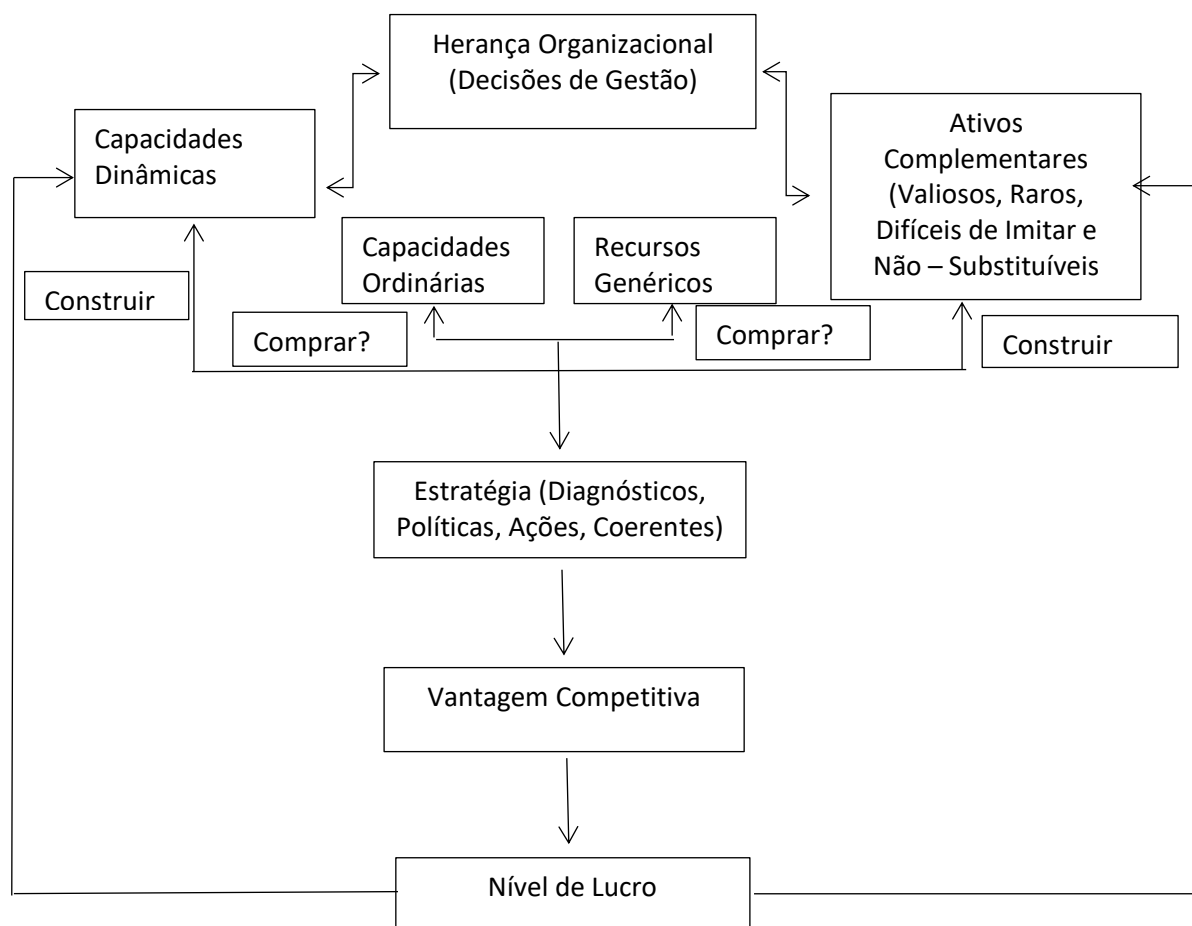


Figura 5 - Relação entre Capacidades Dinâmicas e Nível de Lucro

Fonte: adaptado de Teece (2014)

De acordo com cada tipo de capacidade, resulta determinado objetivo relacionado com a estratégia adotada, ou seja, é através das capacidades de *sensing* que se elabora o diagnóstico estratégico, com as capacidades de *seizing* e *transforming* são elaboradas as políticas, e executam-se as ações coerentes com a estratégia definida (Teece, 2014). Isto significa, que para adquirir uma boa vantagem competitiva é essencial que as capacidades de sensing, seizing e transforming sejam fortes e trabalhem em conjunto (Shuen, Feiler e Teece, 2014).

Portanto, as Capacidades Dinâmicas são desenvolvidas no ambiente interno da organização, através da análise do meio envolvente (recolha de informação e análise de oportunidades), e da reconfiguração dos recursos disponíveis, adquirindo assim vantagem competitiva (Teece, 2014).

### **2.3 – CONCEITO DE CAPACIDADES DINÂMICAS**

O conceito de Capacidades Dinâmicas, para Auguier e Teece (2009), tem como base os estudos realizados por Schumpeter (1997), Penrose (1959), Rumelt (1984), Nelson e Winter (2005) e Teece (2000) (Auguier e Teece, 2009).

Este termo, para a Universidade de Oxford (2010), resulta de uma aproximação da expressão em Inglês *Dynamic Capabilities*, que significa a qualidade para fazer algo utilizando competências e habilidades. Ainda assim, a definição deste conceito é alvo de divergências de pesquisa, para uns é entendido como o conjunto de habilidades, comportamentos e capacidades organizacionais, outros entendem-no como um conjunto de rotinas e processos (Camargo e Meirelles, 2012).

Marino (1996), refere que as capacidades é algo complexo, nascem das relações entre indivíduos que estão envolvidos na mesma organização, e por isso são únicas e inimitáveis, possibilitando à organização o desenvolvimento de atividades de uma melhor forma que os concorrentes, criando vantagem competitiva.

O conceito de Capacidades Dinâmicas foi apresentado inicialmente por Teece, Pisano e Shuen (1997, p. 516), como a “habilidade da firma para integrar, construir e reconfigurar competências externas e internas em direção às mudanças ambientais”. De acordo com os estudos efetuados, estes autores dão ênfase à complexidade dos processos de reconhecimento e direcionamento dos recursos e das capacidades e a aplicação das

competências que resultam desses processos, classificando as Capacidades Dinâmicas em três categorias:

- **Processos:** refere-se à forma como a empresa desenvolve as suas atividades, ou seja, é a forma como a empresa coordena e integra as suas atividades para fazer face às alterações de mercado;
- **Posição:** refere-se à estrutura tecnológica, à propriedade intelectual da empresa, às relações com fornecedores, clientes, parceiros, comunidade, entre outros;
- **Trajetória/caminho:** refere-se às alternativas estratégicas disponíveis para a empresa e a atratividade das oportunidades futuras.

Após esta definição inicial, o conceito de Capacidade Dinâmica evoluiu em bases variadas, e foram criadas inúmeras definições com diferentes concepções, embora todas se relacionem, é comum cada autor realçar algum aspeto em particular das Capacidades Dinâmicas. Uns entendem-nas como um conjunto de processos e rotinas, outros como habilidades ou capacidades organizacionais. Para demonstrar esta variedade de conceitos apresenta-se a tabela 3, com alguns dos conceitos teóricos atribuídos às Capacidades Dinâmicas.

| Referência                   | Definição                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Collis (1994)                | Capacidade em inovar mais rapidamente ou de forma melhor do que a concorrência.                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Teece, Pisano & Shuen (1997) | A habilidade da empresa para integrar, construir e reconfigurar competências internas e externas para responder rapidamente às mudanças ambientais.                                                                                                                                                                                                           |
| Eisenhardt & Martin (2000)   | As empresas utilizam recursos no processo de reconfigurar, ganhar e criar diferenciais diante da concorrência, para igualarem ou até mesmo criarem uma mudança de mercado. As capacidades dinâmicas são as rotinas organizacionais e estratégicas pelo qual as empresas alcançam novas configurações enquanto os mercados emergem, colidem, evoluem e morrem. |

| <b>Referência</b>                     | <b>Definição</b>                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Teece (2000)                          | A capacidade de sentir e aproveitar as oportunidades com rapidez e eficiência.                                                                                                                                                              |
| Zollo e Winter (2002)                 | Padrão de aprendizagem estável da atividade coletiva, através do qual a organização sistémica gera e modifica as suas rotinas operacionais em busca de uma melhor eficácia.                                                                 |
| Winter (2003)                         | Essas capacidades atuam para ampliar, modificar e criar capacidades habituais.                                                                                                                                                              |
| Zahra, Sapienza, e Davidsson (2006)   | São as habilidades para reconfigurar os recursos de uma empresa e rotinas na previsão considerada adequada pelo seu principal decisor.                                                                                                      |
| Bygdas (2006)                         | Processos de ativar estruturas distribuídas de conhecimento e redes fragmentadas de procedimentos e entendimentos soltos que desenvolvem práticas mais eficientes que não são facilmente imitáveis.                                         |
| Helfat, Finkelstein e Mitchell (2007) | A capacidade de uma organização em propositadamente criar, ampliar ou modificar a sua base de recursos.                                                                                                                                     |
| Wang e Ahmed (2007)                   | Comportamento orientado para integrar, reconfigurar, renovar e recriar os seus recursos e capacidades e melhorar e reconstruir as capacidades - chave em resposta às mutações do ambiente, para atingir e sustentar a vantagem competitiva. |
| Dosi, Nelson e Winter (2008)          | Heurísticas gerenciais e as ferramentas de diagnósticos constituem o cerne das capacidades dinâmicas.                                                                                                                                       |
| McKelvie e Davidson (2009)            | Capacidades dinâmicas como um feixe de outras capacidades (capacidades de geração de ideias; de introdução de ruturas no mercado; e capacidades de desenvolvimento de novos produtos, serviços inovadores e novos processos).               |

| Referência   | Definição                                                                                                  |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Teece (2009) | Capacidade de sentir o contexto do ambiente; aproveitar oportunidades; gerenciar ameaças e transformações. |

*Tabela 3 - Definições Capacidades Dinâmicas*

Fonte: Adaptado de Barreto (2010)

No artigo de Eisenhardt e Martin, (2000), ao contrário do que é afirmado por Teece *et al.* (1997), as Capacidades Dinâmicas são os processos da organização que possibilitam alterar ou reconfigurar os recursos para criar vantagens competitivas, provocando alterações no mercado. Para estes autores, a base da Capacidade Dinâmica, que resulta em vantagem competitiva está nos processos.

Para estes dois autores o que conduz as empresas a desenvolver Capacidades Dinâmicas é a competitividade e a transformação dos mercados.

Contudo, de acordo com a tabela 3, apesar de todos os conceitos serem distintos, as características que mais são evidenciadas pelos autores são, ambiente, mudanças, rotinas, processos e capacidades, e ainda salientam o diferencial competitivo como base para criar mudanças no mercado.

O primeiro autor a tratar o tema do diferencial competitivo foi Collis (1994) que define Capacidade Dinâmica, como a capacidade da firma em inovar mais rapidamente ou de forma melhor do que a concorrência.

Com uma outra perspetiva, Zollo e Winter (2002), defendem que também as empresas com baixas taxas de mudança, ou seja, que integram mercados mais estáveis, desenvolvem capacidades para alcançar melhores níveis de eficiência, como por exemplo, capacidades de integrar, construir e reconfigurar competências internas e externas. Estes dois autores definem Capacidades Dinâmicas como um padrão aprendido e estável da atividade coletiva, através do qual a organização sistematicamente gera e modifica as rotinas operacionais em busca da melhoria da eficácia.

A visão de vários autores é de que não é suficiente por si só mudar ou inovar é imprescindível que a mudança seja sistemática e repetitiva, baseada em processos e rotinas. (Eisenhardt e Martin, 2000; Winter, 2003; Zollo e Winter, 2002).

Já para Zahra *et al.* (2006, p. 918), definem CDs como "a habilidade para reconfigurar os recursos e rotinas da empresa de forma prevista e considerada apropriada pelo seu principal tomador de decisão", isto significa que para estes autores o gestor está no centro de todo o processo, é a partir das suas próprias escolhas que se transformam e implementam rotinas ou recursos, de acordo com a motivação, habilidade e experiência de cada gestor.

Na visão de Zahra *et al.* (2006), existe uma hierarquia de capacidades propondo duas categorias: capacidades substantivas ou recursos utilizados para resolver problemas do quotidiano; Capacidades Dinâmicas relacionadas à habilidade da empresa em mudar ou reconfigurar as suas capacidades substantivas ou comuns em novas Capacidades Dinâmicas.

Para além deste contributo, os estudos de Zahra *et al.* (2006), referenciam alguns autores que detêm interesse por este tema ignoram as empresas jovens, baseando-se somente em empresas já estabelecidas para o desenvolvimento deste tema. Não concordando com este pensamento defendem que independentemente do tamanho ou do tempo de vida de uma empresa, todas elas necessitam de desenvolver Capacidades Dinâmicas de forma a sobreviver e a ter sucesso no mercado.

| Dimensão                                                              | Novos Empresas                                                                                                                                                                                                              | Empresas já estabelecidas                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Configuração e atributos das CD (número, complexidade e estabilidade) | Pouco;<br>Simples, então complexos;<br>Mudança rápida.                                                                                                                                                                      | Muito;<br>Complexos, então simples;<br>Resistência à mudança.                                                                                                                                                                       |
| Velocidade de desenvolvimento e uso das CD                            | Aumento da capacidade de integração, falhas recentes na execução, oportunidades em áreas não exploradas;<br>Desenvolvimento, uso provavelmente muda rapidamente a partir de um evento;<br>Mudanças muitas vezes dramáticas; | Presença da capacidade de integração, repetidas falhas na execução, grandes mudanças no cenário competitivo;<br>A mudança ocorre depois de uma lacuna significativa após mudanças nas circunstâncias;<br>Mudanças pouco dramáticas. |

| Dimensão                                                  | Novos Empresas                                                                                                                        | Empresas já estabelecidas                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Principais métodos de descoberta ou desenvolvimento de CD | Tentativa e erro;<br>Improviso e imitação.                                                                                            | Aprendizagem pela experiência;<br>Mudança planeada;<br>Imitação.                                                                     |
| Melhoria das capacidades                                  | A aprendizagem é baseada na ação;<br>A meta chave é preencher lacunas entre as capacidades existentes e oportunidades de crescimento. | Deliberada, com qualidade emergente;<br>O foco é construir CD que conseguem influenciar a empresa e melhorar o nível de competência. |

*Tabela 4 - Capacidades Dinâmicas em novos empreendimentos / empresas estabelecidas*

Fonte: Ferreira (2017)

Para Helfat *et al.* (2007), as Capacidades Dinâmicas são aquelas que possibilitam criar, ampliar ou modificar a base dos recursos da organização de forma propositada. Para estes autores, o conceito tem três funções: identificação de necessidades ou oportunidades de mudança; formulação de respostas adequadas para essas necessidades ou oportunidades; e desenvolvimento de ações. Nem todas as CDs têm presentes as três funções, pois cada capacidade tem um propósito diferente. Relativamente à base de recursos de uma organização, estes autores também defendem que as CDs suportam duas funções: seleção e criação de recursos; e implantação dos recursos.

O conceito defendido por Wang e Ahmed (2007, p. 10), também enfatiza a mudança de recursos e capacidades de forma sistemática, pois este afirma que CDs são “comportamento constante e orientado a integrar, reconfigurar, renovar e recriar seus recursos e capacidades e melhorar e reconstruir as capacidades-chave em resposta a mutações do ambiente, para atingir e sustentar a vantagem competitiva”. Wang e Ahmed (2007) descrevem a presença de quatro níveis conforme representado na figura 6.

|         |                              |                    |
|---------|------------------------------|--------------------|
| Nível 3 | <b>Capacidades Dinâmicas</b> |                    |
| Nível 2 | <b>Capacidades Chaves</b>    |                    |
| Nível 1 | <b>Capacidades Comuns</b>    |                    |
| Nível 0 | <b>Recursos</b>              | <b>Capacidades</b> |

*Figura 6 - Classificação da combinação de capacidades organizacionais para o desenvolvimento de CDs*

Fonte: Wang e Ahmed (2007)

De acordo com o que está representado na figura 6, o nível zero é onde estão os recursos e as capacidades de toda a organização, neste nível não há qualquer tipo de diferenciação, pois todas as organizações têm na sua base determinadas características. No nível 1, estão as capacidades comuns, que é a combinação das capacidades e recursos do nível anterior para a produção e execução de serviços a que a organização se propõe. O nível 2 referindo-se ao conjunto de recursos e capacidades que proporcionam à empresa uma vantagem competitiva de curto prazo. Por último, o nível 3, referente às Capacidades Dinâmicas, que são os recursos, capacidades e capacidades chaves que a empresa intencionalmente renova, reconfigura e recria em resposta às mudanças ambientais e são responsáveis pelo desempenho de longo prazo.

Para Wang e Ahmed (2007) é fundamental que as capacidades chaves tenham capacidade para recriar, renovar e reconfigurar os recursos, caso contrário, facilmente são fáceis de imitar e a vantagem competitiva adquirida através das capacidades chaves, deixa de ser vantajosa para a organização.

No modelo de análise das Capacidades Dinâmicas, Wang e Ahmed (2007) definiram duas premissas básicas e três proposições:

**Premissa 1:** as capacidades são desenvolvidas num longo período, o que significa que este modelo pode não ser adequado para organizações que trabalhem na ótica de curto prazo;

**Premissa 2:** este modelo assume que o crescimento da organização acontece de modo tradicional, isto é, através do desenvolvimento de recursos e capacidades, no entanto algumas organizações utilizam estratégia de expansão baseada em fusões ou aquisições, que não desenvolvem os recursos internos procurando somente recursos externos.

**Proposição 1:** a turbulência do mercado é um fator fundamental para o desenvolvimento das Capacidades Dinâmicas da empresa, ou seja, quanto mais dinâmico é o mercado, mais forte é o direcionamento das empresas em exibir Capacidades Dinâmicas devido às mudanças externas.

**Proposição 2:** A probabilidade de uma organização construir capacidades particulares ao longo do tempo, é tanto maior quanto mais Capacidades Dinâmicas uma empresa demonstra, sendo que o desenvolvimento das capacidades particulares da empresa deve estar alinhado à própria estratégia.

**Proposição 3:** as Capacidades Dinâmicas são condutoras de desempenho de longo prazo da empresa, estas estão mais predispostas a criar um desempenho melhor quando determinadas capacidades são desenvolvidas em conformidade com a escolha estratégica da empresa. Na figura 7, está ilustrado o modelo de pesquisa proposto por Wang e Ahmed

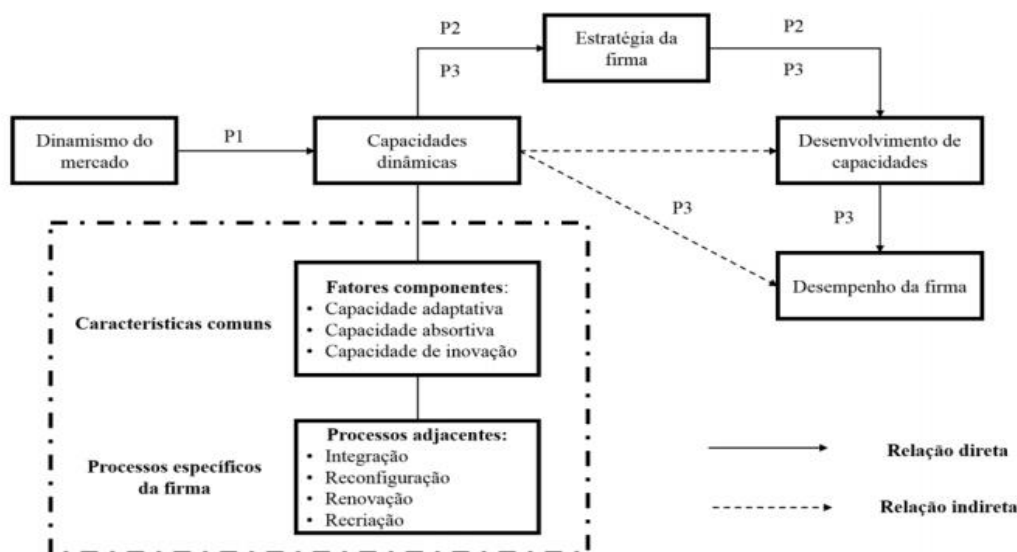


Figura 7 - Modelo de pesquisa de capacidades dinâmicas proposto por Wang e Ahmed (2007)

Fonte: Wang e Ahmed (2007) – Traduzido por Camargo e Meirelles (2012)

Para estes autores existem três capacidades componentes das CDs, capacidade adaptativa, absorviva e de inovação. A capacidade adaptativa está relacionada com a capacidade da empresa reconhecer e reunir as oportunidades provenientes do mercado, a capacidade absorviva relaciona-se com capacidade da organização de distinguir o significado das informações relevantes provenientes do ambiente externo, absorvê-las, e dar a devida aplicação para fins produtivos, e por fim, a capacidade de inovação que se configura pela capacidade da organização de elaborar novos produtos e mercados por meio de diretrizes estratégicas para comportamentos e processos inovativos (Wang e Ahmed, 2007).

Verifica-se que é através da combinação das componentes referidas na tabela 4, que permite à organização elaborar opções de forma rotineira, capazes de enfrentar instabilidades ambientais, construindo novas ideias, produtos e serviços (Wang e Ahmed 2007). Neste sentido, Meirelles e Camargo (2014) afirmam que é a partir da união de atividades rotineiras e orientadas para o desenvolvimento e a adaptação de rotinas operacionais, que indica existência das CDs, como se pode verificar na figura 8.



Figura 8 - Modelo conceitual do ciclo das capacidades dinâmicas nas organizações

Fonte: Elaboração própria, adaptado de Meirelles e Camargo (2014)

Este ciclo representado pela figura 8, ocorre repetidamente nas organizações, inicia-se a partir de alterações externas, estas são assimiladas pela organização, normalmente é o gestor que as analisa através das suas capacidades e impulsiona mudanças internas, capazes de reagir contra essas mudanças de forma eficiente de modo a garantir a sustentabilidade da organização no meio em que opera.

Munck, Silva e Borim – de -Souza (2014), defende este ciclo, quando afirma que é por meio da presença das CDs inseridas nas escolhas dos gestores das organizações, que ocorrem as adaptações às mudanças ambientais. Logo, “este estudo leva em consideração as habilidades das componentes das CDs, conforme apresentado por Wang e Ahmed (2007) capacidade de adaptação, capacidade de absorção e capacidade de inovação”.

Segundo Di Stefano *et al.* (2014) as definições mais importantes na área de investigação das Capacidades Dinâmicas são as de Teece *et al.* (1997), Eisenhardt e Martin (2000), Zollo e Winter (2002) e Helfat *et al.* (2007). Para tal, Di Stefano *et al.*, (2014), analisam e identificam as diferentes definições enumeradas pelos diversos autores referidos, procurando o desenvolvimento das teorias apresentadas pelos mesmos e determinam assim, cinco componentes das CDs:

- A natureza da Capacidade Dinâmica, em que alguns a definem como uma Aptidão ou Capacidade (Teece *et al.*, 1997), e outros como um Processo, Rotina ou Padrão (Eisenhardt e Martin, 2000). Ou seja, o que diferencia é o nível de observabilidade da capacidade dinâmica (Di Stefano *et al.*, 2014);
- O agente da capacidade dinâmica, neste caso para uns é o gestor (Zahra *et al.*, 2006), para outros a organização como um todo (Kale e Singh, 2007);
- Ação, em que se defende três ideias, desenvolvimento das capacidades já existentes, por outro lado, desenvolvimento de novas capacidades, e por último é defendido que para assegurar a sustentabilidade da vantagem competitiva a empresa deve colocar ênfase quer nas competências atuais bem como no desenvolvimento de outras novas;
- Objeto da Capacidade Dinâmica, defende-se que pode ser centralizado no ambiente interno da empresa, tendo como foco os recursos e as capacidades, ou no ambiente exterior procurando as oportunidades de mercado;
- Propósito da Capacidade Dinâmica que está diretamente associado ao resultado das mesmas e com a probabilidade da sua realização, é o aspeto mais debatido.

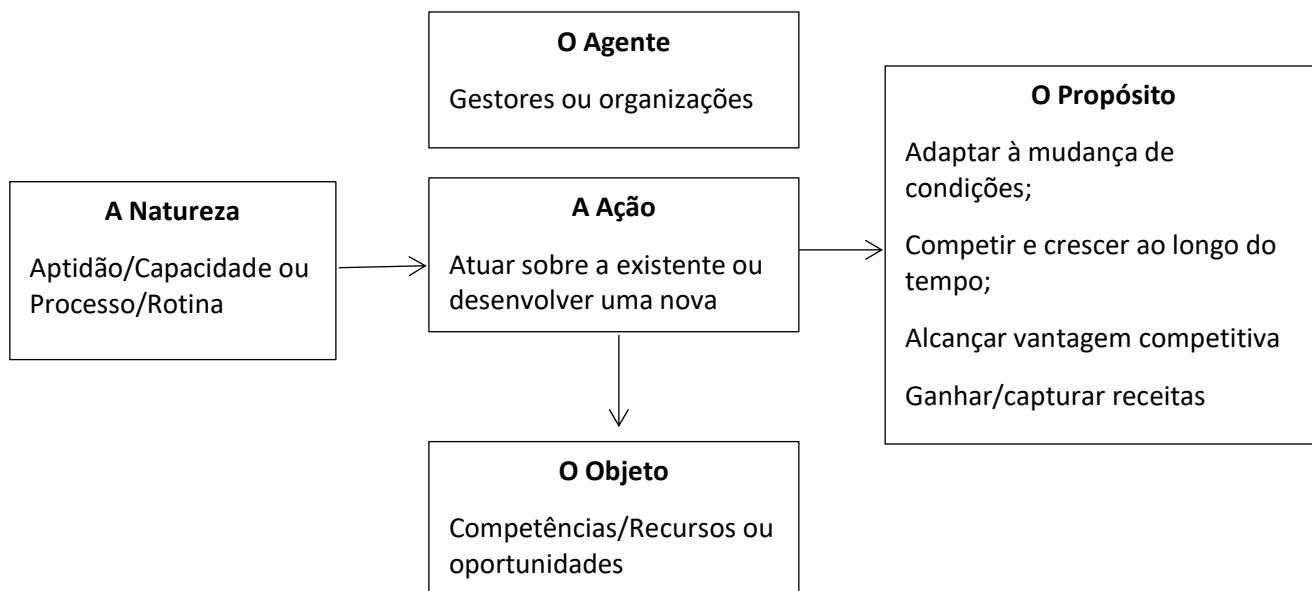


Figura 9 - Componentes das Capacidades Dinâmicas

Fonte: Di Stefano, Peteraf e Verona (2014)

Com este estudo, Di Stefano *et al.* (2014), Helfat *et al.* (2007) e Peteraf *et al.* (2013), afirmam que as principais divergências estão presentes nos dois principais artigos de referência sobre CDs: Teece *et al.*, (1997) e Eisenhardt e Martin, (2000), como podemos observar na tabela 5.

| <b>Principais Diferenças Conceituais</b>                                                                            |                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Teece <i>et al.</i>, 1997</b>                                                                                    | <b>Eisenhardt e Martin, 2000</b>                                                                                                               |
| O modelo aplica-se a ambientes em rápida mudança tecnológica.                                                       | O modelo aplica-se tanto a ambientes em rápida mudança como de moderada.                                                                       |
| As CDs podem ser fonte de vantagem competitiva sustentável, ao serem difíceis de imitar pelos concorrentes.         | As CDs não podem ser fonte de vantagem competitiva sustentável, em qualquer que seja a condição contrapondo o principal argumento da RBV/VRIO. |
| As CDs são fonte de vantagem competitiva, por meio da habilidade das empresas encontrarem novas formas de competir. | As CDs são fonte de limitada vantagem competitiva.                                                                                             |
| As CDs são constituídas pelas “melhores práticas”, pois são as únicas e específicas das empresas.                   | As CDs em ambiente moderado de mutação podem ser constituídas pelas “melhores práticas” e assim as suas funcionalidades podem ser repetidas.   |
| As CDs são heterogeneamente distribuídas entre as empresas que as tornam difíceis de imitar.                        | As CDs são mais homogêneas do que geralmente é assumido.                                                                                       |
| CDs são rotinas fortemente padronizadas e passíveis de repetição pela empresa.                                      | CDs em ambiente de rápida mutação, são simples e provêm da experimentação.                                                                     |

*Tabela 5 - Principais diferenças conceituais*

Fonte: Di Stefano *et al.* (2014)

## 2.4 – COMPONENTES DAS CAPACIDADES DINÂMICAS

O conceito de Capacidades Dinâmicas varia ao longo do tempo e consoante o autor em causa, portanto, não há uma definição única e correta do que são as Capacidades Dinâmicas, mas de acordo com os conceitos apresentados anteriormente acredita-se que é mais amplo de todos, e que proporciona condições para considerar diversas estratégias adotadas pela organização é o exposto por Wang e Ahmed (2007), como já referido anteriormente, estes autores referem três componentes das Capacidades Dinâmicas, a capacidade adaptativa, capacidade absorviva e a capacidade de inovação.

### 2.4.1 – CAPACIDADE ADAPTATIVA

O significado de adaptação já é discutido por vários autores ao longo dos anos, inicialmente Burns e Stalker (1961), explicam-no como sendo a interligação entre dois

ambientes distintos, o ambiente interno e externo da organização. Weick (1979), acrescenta que é através dos clientes, dos concorrentes e de todos aqueles que se relacionam com a organização, que esta identifica e filtra as informações para a tomada de decisão face a mudanças ambientais.

Staber e Sydow (2002) enfatizam a grande diferença entre capacidade adaptativa e adaptação, referindo que a adaptação surge pela necessidade de sobrevivência de uma empresa, enquanto que a capacidade adaptativa procura o equilíbrio entre as estratégias de prospeção e exploração.

Para Prahalad e Hamel (1990), a capacidade da organização de criar competências que a permitam adaptar-se de forma rápida a alterações externas é fundamental para que, nas organizações sejam detentoras de Capacidades Dinâmicas. De acordo com Teece *et al.* (1997), o elemento principal da capacidade adaptativa é a capacidade de resposta que a organização tem, face às oportunidades de mercado, proporcionando assim, um melhor desempenho organizacional.

Na visão de Miles e Snow (1978), a capacidade adaptativa é definida como a capacidade de reconhecer e reunir oportunidades dos mercados em desenvolvimento.

Já na ótica de Gibson e Birkinshaw (2004), a definição de capacidade de adaptação centra-se na capacidade da organização reconfigurar os seus recursos coordenando-os com os processos de forma a desenvolver produtos diferentes, culminando em vantagem competitiva. Sendo que os grandes motivadores da adaptação organizacional são a tecnologia e o conhecimento (Beckman, Haunschild e Phillips, 2004). Atuahene – Gima, (2005), afirma que ao explorar o conhecimento leva à descoberta de novos conhecimentos, novas tecnologias ou processos organizacionais e que o grande desafio dos gestores, centra-se no equilíbrio da gestão do conhecimento.

Zhou e Li (2010), realizaram um estudo sobre a influência da orientação estratégica para as Capacidades Dinâmicas e concluíram que a capacidade adaptativa é um coeficiente central das Capacidades Dinâmicas. Com os resultados verificaram que a orientação estratégica é influenciada pelos clientes, pelos concorrentes e pela orientação tecnológica. Ainda identificaram através deste estudo, que em caso de incerteza relativamente à procura, a orientação para o cliente sobre a capacidade de adaptação é delimitada, a influência da orientação para o concorrente torna-se irrelevante e a influência da orientação tecnológica aumenta.

Para Eisenhardt e Martin (2000) e Nadkarni e Narayanan (2007), a capacidade adaptativa, desenvolve-se em ambientes instáveis e turbulentos, e é devido a esta complexidade ambiental que surge a necessidade de adaptação, visto que as organizações procuram neste contexto, diferentes formas de conhecimento para se adequarem a uma nova realidade. Neste sentido, também é considerada como capacidade adaptativa, quando a organização altera a sua forma de agir fazendo melhorias na organização, mesmo que, não existam mudanças no ambiente externo (Gallopín, 2006).

Segundo Wang e Ahmed (2007), para que as organizações consigam resistir e evoluir face a alterações externas, é essencial a união tanto dos fatores internos como dos externos da organização, sendo estes são a base da capacidade adaptativa.

A capacidade adaptativa verifica-se a partir da habilidade da organização em reconhecer e acumular as oportunidades provenientes do mercado, e posteriormente combinar aquilo que é útil para a sua organização com os recursos internos, criando processos e rotinas para responder a alterações ambientais sem prejudicar a sustentabilidade organizacional (Penrose, 1959).

Portanto, verifica-se que há existência de capacidade de adaptação numa organização, quando esta consegue de forma rápida, flexibilizar os seus recursos e alinhá-los para responder as mudanças ambientais (Wang e Ahmed, 2007).

#### **2.4.1.1 - AMBIENTE EXTERNO**

A organização ao analisar o ambiente que a rodeia, através das suas Capacidades Dinâmicas consegue identificar oportunidades, reconfigurar e criar mecanismos, elaborando novos planos de ação de forma a proteger os seus ativos adaptando-se à nova realidade (Auguier e Teece, 2009). As CDs são muito diferentes das capacidades ordinárias, enquanto que as primeiras são únicas e criadas no contexto de uma organização específica, que tem como objetivo a combinação de recursos com as oportunidades de negócio e tecnológicas e com as necessidades dos consumidores, as capacidades ordinárias são voltadas para a eficiência técnica das funções do negócio. Teece (2014).

| Características      | Capacidades Ordinárias                     | Capacidades Dinâmicas                                                                               |
|----------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Propósito            | Eficiência técnica nas funções do negócio. | Alcançar congruência entre oportunidades tecnológicas e de negócio e necessidades dos consumidores. |
| Esquema Tripartite   | Operações, administração e gerência.       | Sensing, seizing e transforming.                                                                    |
| Meta de Capacidades  | Melhores práticas.                         | “Processos assinados”.                                                                              |
| Prioridade           | Fazes as “coisas corretamente”.            | Fazer as “coisas corretas”.                                                                         |
| Imitabilidade        | Relativamente imitável.                    | Inimitável.                                                                                         |
| Mecanismo de Criação | Compra ou constrói.                        | Inova ou constrói.                                                                                  |
| Resultado            | Técnico (eficiência).                      | Evolucionário (inovação).                                                                           |
| Ênfase Gestão        | Controlo de custos.                        | Preparação dos ativos empreendedores e de liderança.                                                |

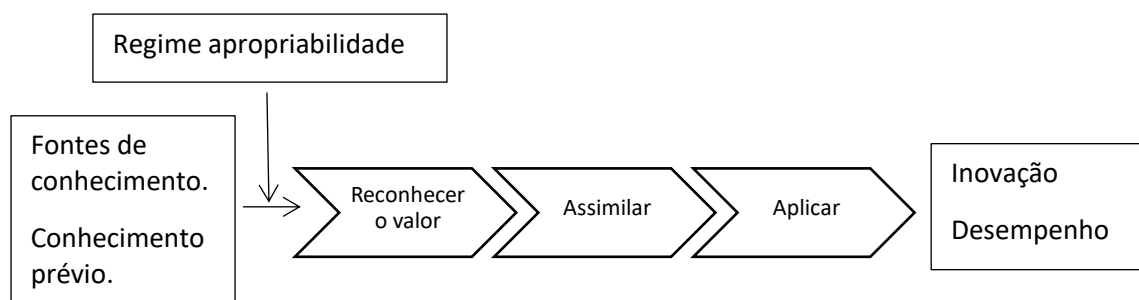
*Tabela 6 - Capacidades Ordinárias versus Capacidades Dinâmicas*

Fonte: adaptado de Shuen, Feiler e Teece (2014)

Ainda Teece (2014), salienta que as Capacidades Dinâmicas são a chave para a identificação de novas oportunidades de mercado, avaliação e julgamento não codificado e é por esta razão que é impossível replicá-las noutras organizações. É possível verificar estas diferenças na tabela 6.

#### 2.4.2 – CAPACIDADE ABSORTIVA

As primeiras pesquisas sobre a capacidade de absorção surgiram a partir dos estudos Cohen e Levinthal nos anos 90, para estes autores a capacidade absorptiva é a capacidade que permite à organização reconhecer o valor de uma informação externa, assimilá-la e aplicá-la, conforme as suas necessidades específicas. Para a existência desta capacidade não importa só identificar e assimilar a informação, importa que essa informação seja explorada e aplicada de acordo com o negócio em causa, culminando na inovação, como se verifica na figura 10. (Cohen e Levinthal 1990).



*Figura 10 - Modelo ACAP Cohen e Levinthal*

Fonte: Ferreira (2017), adaptado de Cohen e Levinthal (1990)

O conhecimento prévio referenciado pelo modelo de Cohen e Levinthal (1990) é o conjunto de todo o conhecimento acumulado pela empresa ao longo da sua existência. Os principais fatores internos que se relacionam com esta capacidades são a qualificação e cultura dos empregados, a estrutura e os meios de comunicação e o tamanho da organização, destacando o papel da comunicação interna, pois é por meio dela que se faz a relação entre os fatores internos e externos, tendo em conta que são os processos internos que asseguram o fluxo da informação e consequentemente a boa gestão da organização (Cohen e Levinthal 1990).

Mais tarde, Zahra e George (2002, p. 186), apresentam uma definição mais ampla de capacidade de absorção, definindo-a como “um grupo de rotinas e processos organizacionais pelos quais as empresas adquirem, assimilam, transformam e aplicam o conhecimento para produzir uma capacidade organizacional dinâmica”, exibindo o modelo representado pela figura 11.

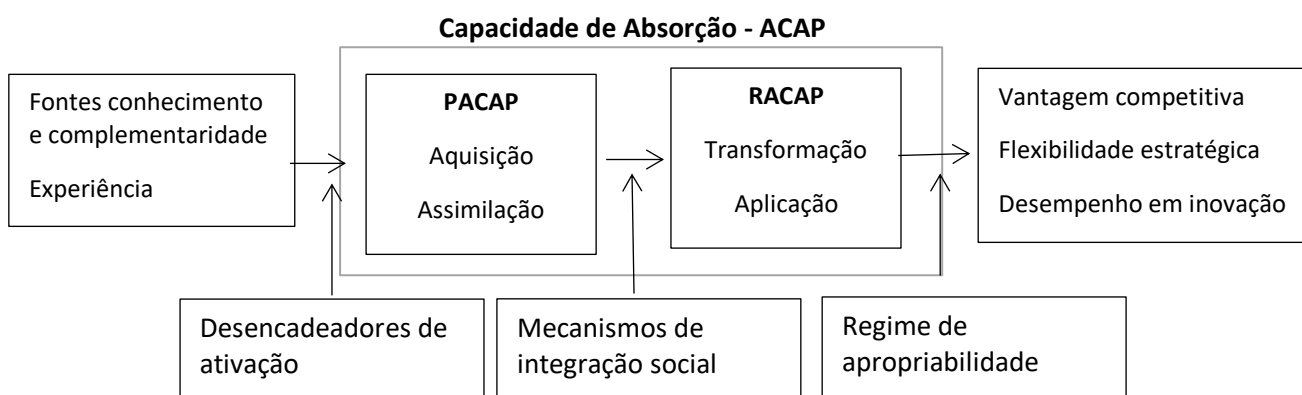


Figura 11 - Modelo ACAP de Zahra e George

Fonte: Ferreira (2017), adaptado de Zahra e George (2002, p. 192)

Este modelo, distingue a capacidade de absorção em dois componentes, capacidade de absorção potencial (PACAP) e da capacidade de absorção realizada (RACAP), e também referencia dois antecedentes e três fatores moderadores.

Segundo Zahra e George (2002), a capacidade de absorção potencial é composta por dois componentes, a aquisição e a assimilação. A função da PACAP consiste em promover a atualização contínua do conhecimento crítico para as intervenções futuras da organização, além de permitir a visualização de novas escolhas estratégicas (Jansen, Van Den Bosh e Volberda, 2005).

Para Ben-Menahem, Kwee, Volberda e Van Den Bosh, (2013), uma empresa com uma grande capacidade de interpretação e compreensão de informações provenientes de fontes externas, terá maior possibilidade para antecipar mudanças, dando resposta mais rapidamente às variações ambientais que interferem com a organização.

A capacidade de aquisição é definida como a capacidade de uma organização localizar, valorizar e adquirir conhecimentos externos, relevantes para o seu negócio. Estes autores salientam a complexidade e riqueza da capacidade de aquisição, alertando para a importância de diferentes áreas de conhecimento dentro da organização, como a internet, redes pessoais, pesquisa de mercado e publicações académicas (Flatten, Zahra e Brettel, 2011).

A capacidade de assimilação é defendida por Camisón e Fóres (2010), como o conjunto de processos e rotinas que possibilitam que uma nova informação, seja analisada, interpretada, processada, internalizada e classificada, processos e rotinas que podem ser por exemplo, estruturas de comunicação que a organização utiliza para disseminar o conhecimento e incorporar em sua base de conhecimento (Camisón e Fóres, 2010).

De acordo com Cohen e Levinthal (1990), a assimilação está relacionada com o conhecimento já existente, pois o resultado do desempenho de aprendizagem será tanto maior quanto o objeto da aprendizagem estiver relacionado com o que já é conhecido pela organização, sendo a aprendizagem muito mais difícil em áreas desconhecidas.

Segundo Zahra e George (2002), a capacidade de absorção realizada tem como componentes a transformação e aplicação. Sendo que, a capacidade de transformação é definida como o aperfeiçoamento do conhecimento externamente adquirido para adequá-lo às rotinas internas, de forma a facilitar a transferência e combinação de conhecimento prévio com o novo conhecimento adquirido ou assimilado para uso futuro. (Zahra e George, 2002; Flatten *et al.*, 2011). Segundo Zahra e George (2002) esta capacidade implica que a empresa reconheça dois conjuntos de informações que são incongruentes à partida e, em seguida, combiná-los para formular um novo esquema favorecendo a organização.

A capacidade de aplicação é definida como a capacidade de uma organização incorporar os conhecimentos adquiridos, assimilados e transformados nas suas operações e rotinas para a sua aplicação. Esta capacidade dá origem à criação ou aperfeiçoamento de novos

produtos, sistemas, processos, competências e estruturas organizacionais (Zahra e George, 2002; Flatten *et al.*, 2011).

Para Zahra e George (2002), sugerem que apesar de componentes distintos todos eles se complementam, ou seja, o ACAP depende do RACAP, visto que uma empresa para explorar as informações do ambiente externo precisa necessariamente ter a capacidade de adquiri-las e assimilá-las.

Relativamente aos antecedentes como exposto pela figura 11, são as fontes de conhecimentos complementares e a experiência dos funcionários. Quanto maior o número e os tipos de conhecimento externo, que têm influência direta nos componentes da PACAP, maior será a probabilidade de a empresa adquirir conhecimento externo relevante para o desenvolvimento da capacidade de aprendizado (Zahra e George 2002). A experiência dos funcionários está associada ao conjunto de atividades que a empresa opta por desenvolver, como por exemplo, benchmarking ou aprendizado experimental, pois, é a partir de experiências anteriores que se procura novos conhecimentos tecnológicos que estejam próximos das áreas onde a organização já teve sucesso. (Zahra e George, 2002). Como fatores moderadores, dá-se ênfase aos desencadeadores de ativação, que impulsionam a empresa a reagir a estímulos externos e internos, os mecanismos de integração social, que diminuem a falha existente entre a PACAP e a RACAP, facilitando as trocas de informação dentro da empresa, e por fim, o regime de apropriabilidade, que atua como mediador entre a RACAP da empresa e a obtenção de vantagens competitivas (Zahra e George, 2002).

Todorova e Durisin (2007) não concordam com o modelo de Zahra e George (2002), pois no seu entender à um distanciamento de conceitos relativamente à capacidade de absorção em comparação com a definição original, e voltam a introduzir o conceito “perceção de valor” e defendem que a fase de transformação e assimilação representam trajetórias diferentes, e por isso levam à exploração do conhecimento obtido, ao contrário do que é defendido por Zahra e George (2002) que consideram estas duas dimensões de forma sequencial. Para estes autores, quando um novo conhecimento se alinha em conjunto com os processos já existentes na organização, dá-se a assimilação, depois este conhecimento é interpretado e compreendido pelas estruturas cognitivas já existentes, caso este novo conhecimento seja incompatível com o conhecimento empresarial, as novas informações não são absorvidas pelas estruturas já existentes, levando a empresa a criar novas estruturas recorrendo à transformação, propondo um novo modelo (Figura 12).

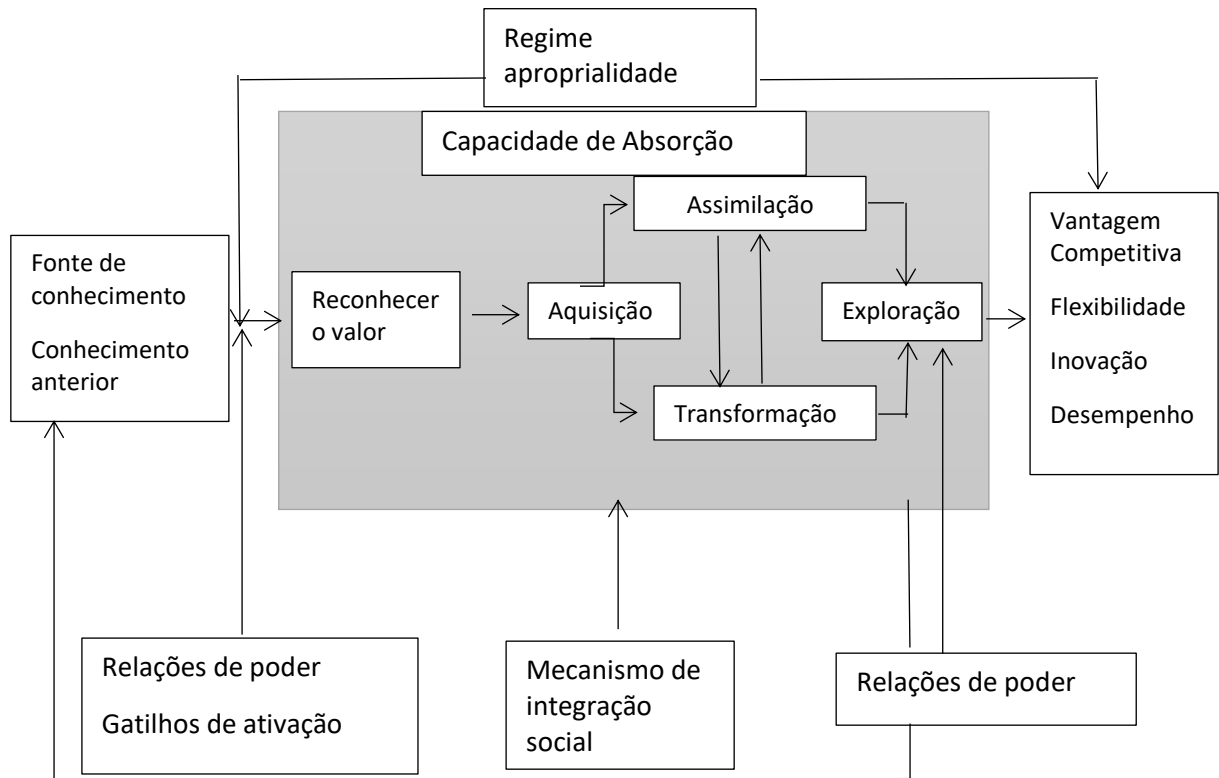


Figura 12 - Modelo ACAP de Todorova e Durisin

Fonte: Ferreira (2017) adaptado de Todorova e Durisin (2007, p. 3)

Com um estudo mais recente Tsai, Chen e Tseng (2012), apresentam um novo modelo intitulado como os “3Rs da Capacidade de Absorção”, estes focam-se na visão das CDs e seguem a proposta Zahra e George (2002), construindo um modelo com três pilares e seis dimensões, todas elas equilibradas entre si (Figura 13).

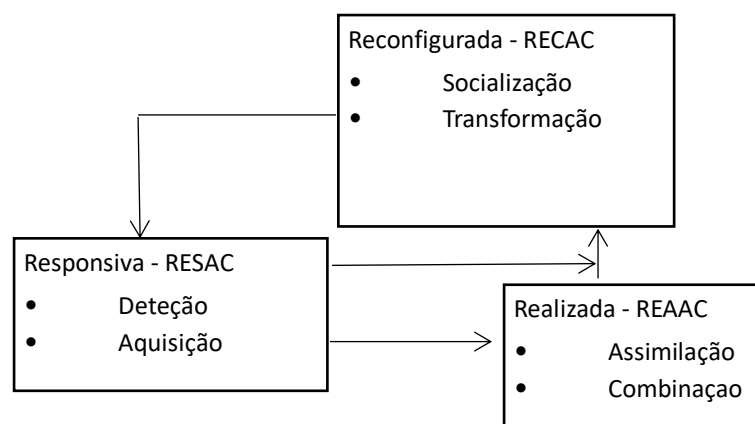


Figura 13 - Modelo 3R ACAP Tsai, Chen e Tseng

Fonte: Ferreira (2017) adaptado de Tsai et al. (2012, p. 716)

A capacidade de absorção responsiva (RESAC) abrange a deteção e aquisição do conhecimento, tanto interno como externo, que tem como função a identificação de informações relevantes dos *stakeholders* e compreender os benefícios de tais informações. A capacidade de absorção realizada (REAAC), tem como função a assimilação e combinação, que são fundamentais para que a empresa consiga empregar os conhecimentos adquiridos. Por último, a capacidade de absorção reconfigurada (RECAC) que engloba a socialização e transformação, enquanto a socialização auxilia no compartilhamento do conhecimento tácito da empresa, a transformação permite que a empresa reconfigure o conhecimento existente.

#### **2.4.3 – CAPACIDADE DE INOVAÇÃO**

Na visão de Schumpeter (1997), a inovação é caracterizada pela combinação de materiais e forças que a empresa detém para produzir uma coisa, e ainda produzir as mesmas coisas ou coisas diferentes a partir de métodos diferentes.

Kim (2013), apresenta a definição de capacidade de inovação como a “capacidade de criar novos e úteis conhecimentos, baseado no conhecimento que a organização já possui”.

Lawson e Samson (2001), com base na definição de CDs dado por Teece *et al.* (1997, p.516), como a “habilidade da firma em integrar, construir e reconfigurar competências internamente e externamente, para endereçar ambientes em rápida mudança”, definem capacidade de inovação a capacidade de transformar continuamente o conhecimento e ideias, em novos produtos, processos e sistemas para benefício da empresa e dos seus *stakeholders*.

Para os autores Wang e Ahmed (2007) a capacidade inovativa tem uma relação estreita com a capacidade absorptiva, visto que ao absorver as informações externas, estas são convertidas em processos ou produtos que resultam em vantagem competitiva para a organização. Com base no que foi dito anteriormente, Wang e Ahmed (2007) propõem uma forma de mensurar a capacidade de inovação, com suporte em cinco dimensões: capacidade de inovação de produto, inovação de mercado, inovação de processo, inovação comportamental e capacidade de inovação estratégica.

| Dimensões      | Definição                                                                                                               |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Produto        | Refere-se à novidade e relevância da introdução de novos produtos no mercado em tempo útil.                             |
| Mercado        | Relaciona-se com a pesquisa de mercado, identificação de novas oportunidades de mercado e entrada em novos mercados.    |
| Processo       | Refere-se à introdução de novos métodos produtivos, novas abordagens de gestão e novas tecnologias.                     |
| Comportamental | Foca-se nas pessoas, uma vez, que uma cultura interna inovadora atua como catalisador na produção de ideias inovadoras. |
| Estratégica    | Refere-se à capacidade de identificação de oportunidades externas, que os concorrentes não visualizam.                  |

*Tabela 7 - As cinco dimensões da capacidade de inovação*

Fonte: adaptado de Wang & Ahmed (2007)

Desta forma, a Capacidade de Inovação define-se como a competência de uma organização para desenvolver novos produtos ou novos mercados, através da interligação da estratégia da organização com comportamentos e processos inovadores, sendo que a capacidade de inovação é a ligação entre os recursos e capacidades internas e os seus mercados, ou seja, esta capacidade alinha o nível efetivo de inovação da empresa com as vantagens competitivas que estas conseguem a partir do mercado (Wang e Ahmed, 2007).

## 2.5 - SÍNTESE

Atualmente, as organizações estão inseridas em climas cada vez mais competitivos, devido à globalização e aos progressivos avanços tecnológicos, neste contexto torna-se imperativo a procura pela vantagem competitiva, pois é dela que depende a sobrevivência das organizações.

A complexidade associada a este desafio aumenta na mesma proporção que a instabilidade ambiental. Isto significa, que para uma organização se manter ativa, no mercado e no seu segmento, é fundamental a conquista de vantagens competitivas para que se consiga posicionar de uma melhor forma que os seus concorrentes, trabalhar os seus recursos e capacidades conjuntamente para encontrar novas estratégias que se adaptem a novas realidades e oportunidades provenientes do dinamismo de mercado que se verifica presentemente. Foi a partir destas variadas conjugações entre recursos e capacidades, com o objetivo da satisfação de novas realidades e oportunidades que nasce o conceito de Capacidades Dinâmicas, que segundo Barney (1991) e Penrose (1959), resulta de uma ampliação da Visão Baseada nos Recursos (VBR) que tem como objetivo a criação de vantagem competitiva a partir dos recursos internos. Já o conceito de Capacidades Dinâmicas engloba a necessidade de reconfigurar os recursos internos para enfrentar as alterações ambientais em virtude da instabilidade vivida atualmente.

Segundo Barney e Wright, (1998), para que os recursos sejam fonte de vantagem competitiva, estes têm de possuir quatro características, têm de ser valiosos, raros, inimitáveis e organizados, sem organização os recursos podem existir, mas rapidamente deixam de ser úteis para alcançar vantagem competitiva, foi por esta razão que o modelo VRIS criado por Barney (1991) foi alterado para VRIO por Barney e Wright, (1998).

Os estudos primordiais realizados nestas áreas e que inúmeros contributos deixaram para o desenvolvimento deste tema nas organizações foram os de Teece *et al.* (1997), Collis (1994), Eisenhardt e Martin (2000), Zollo e Winter (2002), Helfat (2007), Wang e Ahmed (2007), entre outros. Nomeadamente, Teece *et al.* (1997) defende que só as organizações detentoras de Capacidades Dinâmicas são capazes de desenvolver vantagens competitivas, sendo que os três principais elementos das Capacidades Dinâmicas são a capacidade adaptativa, absorptiva e de inovação (Wang e Ahmed, 2007).

Neste sentido, a capacidade adaptativa resume-se na capacidade organizacional reconhecimento e acumulação de novas oportunidades identificadas no mercado, a

capacidade absorptiva centra-se em perceber quais as oportunidades relevantes para a organização de forma aplicar estratégias ao encontro dessas mesmas oportunidades, e a capacidade de inovação resume-se na capacidade da organização em criar novos produtos para satisfazer novas necessidades (Wang e Ahmed, 2007).

Entretanto, Teece (2007), afirma que para fazer face às constantes alterações ambientais, as organizações necessitam de possuir capacidades para identificar as novas oportunidades (*Sensing*), capacidades de explorar oportunidades (*Seizing*) e capacidades de reconfigurar ativos (*Transforming*).

A capacidade de identificar novas oportunidades possibilita à organização identificar oportunidades e afastar ameaças (Fang, Chang e Chou 2014), a capacidade de explorar oportunidades permite à organização investir em oportunidades que realmente façam sentido para a organização e para os seus *stakeholders*, pois um investimento não adequado pode trazer consequências financeiras graves, a capacidade de reconfigurar ativos admite que a organização reconfigure os seus ativos em simultâneo com as modificações ambientais (Teece, 2007).

Em suma, existem inúmeros conceitos de Capacidades Dinâmicas, mas todos eles referenciam que é através do desenvolvimento delas, que se adquire vantagem competitiva. Importa também referir, que a procura de vantagem competitiva através dos recursos e capacidades, que permite a sobrevivência da organização, tem de ser contante, pois as alterações ambientais que implicam que isso aconteça também são constantes, e por isso, ter vantagem competitiva “hoje”, não significa que ela permaneça no futuro.

## **3 – CARACTERIZAÇÃO DO SETOR**

### **3.1 - INTRODUÇÃO**

O setor da saúde em Portugal, ao longo dos últimos anos, tem vindo a desenvolver-se intensivamente, resultado de grandes alterações tecnológicas, políticas e sociais, com o objetivo de prestar cuidados de saúde melhorados e garantir o acesso dos mesmos a todos os cidadãos de forma equitativa (Graça, 2015).

Esta melhoria constante, deve-se à criação do Serviço Nacional de Saúde, que em 2020 celebra o 41º aniversário, realizando sucessivamente inúmeras adaptações às novas realidades, demonstrando diariamente progressos claros, relativamente à eficiência, acesso, qualidade e sustentabilidade dos serviços de saúde prestados (SNS, 2020).

Segundo o Retrato da Saúde (2018), as metas alcançadas a nível da saúde em Portugal devem-se “à melhoria das condições de vida do país, a estratégias preventivas, ao acesso e à cobertura universal de saúde, à prestação de cuidados de qualidade e com segurança para o doente, a medicamentos e meios complementares de diagnóstico efetivos, seguros, a melhores sistemas de informação, à transformação digital em curso e a uma melhor comunicação e proximidade com os cidadãos, eles próprios mais atentos aos seus direitos, deveres e responsabilidades”.

Atualmente, este setor é confrontado com grandes desafios, principalmente a nível demográfico e epidemiológico. Em contexto demográfico, Portugal é constituído por população maioritariamente envelhecida, que exige uma maior complexidade de cuidados, sobrecarregando o SNS, em 2018 o nosso país atinge uma esperança média de vida superior aos 80 anos, verificando-se que mais de um milhão tem idade superior a 75 anos. Já em contexto epidemiológico, verifica-se um crescente registo de novas epidemias, que exigem ao SNS, o desenvolvimento de mecanismos capazes de enfrentar realidades desconhecidas (Retrato da Saúde, 2018).

Novos paradigmas, carecem de novas respostas e é com este comprometimento, que o SNS se revitaliza e adapta diariamente, ao serviço de todos os cidadãos, lutando por melhores cuidados de saúde, atuando contra problemas e dando respostas eficazes para a resolução dos mesmos (SNS, 2020).

### **3.2 – EVOLUÇÃO HISTÓRICA**

O setor da saúde foi evoluindo ao longo dos anos, conjuntamente com o desenvolvimento tecnológico, político e social dos países. Em Portugal, pode-se associar a este desenvolvimento marcos importantes, como por exemplo, a passagem de uma ditadura para uma democracia, no dia 25 de abril de 1974, a descolonização ou a entrada na União Europeia e a adesão à União Monetária Europeia (Lima, 2015).

O sistema de saúde em Portugal até à revolução de 1974 era constituído pelas Misericórdias, instituições de solidariedade social que geriam praticamente todas as instituições hospitalares e outros serviços por todo o país, Serviços Médico-Sociais, responsáveis pela prestação de cuidados aos beneficiários da Federação de Caixa de Previdência, os Serviços de Saúde Pública, que se concentravam na proteção da saúde, dando vacinas, preocupando-se pelo saneamento ambiental, entre outros, Hospitais Estatais, Gerais e Especializados, localizados somente em centros urbanos, e por fim, os Serviços Privados unicamente para quem tinha possibilidades a nível económico-financeiro (Baganha, Ribeiro e Pires, 2002).

No ano de 1974 os Hospitais das Misericórdias, começam a ser geridos por comissões nomeadas pelo Secretário de Estado, ou seja, a partir deste ano o Estado dispõe de uma rede de equipamentos que lhe permite gerir a saúde a nível nacional, estando todas as regras para este efeito definidas no Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro (SNS, 2020).

Em 1976 é aprovada uma nova constituição, em que se define que todos os cidadãos têm direito à saúde e o direito de defender e promover, sendo a partir deste momento, um serviço saúde universal, geral e gratuito, garantindo assim, que todos têm acesso à saúde independentemente da sua condição económico-financeira (SNS, 2020).

Entretanto, em 1978 com o despacho ministerial publicado em Diário da República, 2.<sup>a</sup> série, de 29 de julho de 1978, devido às condições sociais e políticas subjacentes, é constituída uma antecipação do Serviço Nacional de Saúde, pois é garantido o acesso a serviços de saúde a todos os cidadãos portugueses (SNS, 2020).

Finalmente a 15 de setembro de 1979 através da Lei n.º 56/79 é criado o Serviço Nacional de Saúde para assegurar definitivamente o direito ao acesso de cuidados de saúde a todos

os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, bem como aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, apátridas e refugiados políticos (SNS, 2020).

No ano de 1984 são extintos os Serviços Médico-Sociais da Previdência, através da criação da Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, pelo Decreto-Lei n.º 74-C/84, sendo o SNS que adquire a função de orientação técnico-normativa, de direção e de avaliação da atividade desenvolvida pelos órgãos e serviços regionais, distritais e locais (SNS, 2020).

Em 1989 o artigo 64º n.º 2 alínea a) é reformulado instituindo que o direito à proteção da saúde é realizado “através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito” (SNS, 2020).

Em 1990, a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, aprova a Lei de Bases da Saúde em que a saúde deixa de ser simplesmente um direito, mas também uma responsabilidade tanto dos cidadãos, como da sociedade em geral e do Estado (SNS, 2020).

Passados dois anos, o Decreto-Lei n.º 54/92, define o regime de taxas moderadoras para o acesso a alguns serviços de saúde, como por exemplo a urgência, defendendo que a receita adquirida, contribuirá para o aumento da eficiência e qualidade dos serviços prestados (SNS, 2020).

Já em 1993 é aprovado um novo estatuto pelo Decreto – Lei n.º 11/93, que divide os cuidados primários dos diferenciados, criando assim também, o cartão de utente para responder de uma forma mais eficiente a todos os utentes, estabelecendo a ligação entre Centros de Saúde e Hospitais (SNS, 2020).

Em 2002 é aprovado pela Lei n.º 27/2002 um novo regime de gestão hospitalar que resulta de uma reestruturação da Lei de Bases da Saúde, introduzindo-se o conceito de Entidades Públicas Empresariais (SNS, 2020).

No ano seguinte é criada uma rede de cuidados de saúde primários que assume como missão “providenciar cuidados de saúde abrangentes aos cidadãos, constituir e assumir, em articulação permanente com os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde continuados, como um parceiro fundamental na promoção da saúde e na prevenção da doença” (SNS, 2020).

Em 2004 é determinado pelo Decreto-Lei n.º 90/2004, o regime de comparticipação de medicamentos, e em 2005 ocorre a transformação dos Hospitais na forma de sociedade anónima para Hospitais E.P.E. Também no mesmo ano foi permitido através do Decreto-Lei n.º. 134/2005 a venda de medicamentos não sujeitos a receita médica fora das farmácias (SNS, 2020).

No ano de 2006 é criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, com o objetivo de dar resposta ao envelhecimento da população, ao aumento da esperança média de vida e à prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes. No ano seguinte procede-se à reforma dos cuidados de saúde primários, introduzindo-se unidades de saúde familiar (SNS, 2020).

O ano de 2008 é bastante importante, pois surgem os agrupamentos de centros de saúde do SNS, que visam garantir uma melhoria no acesso aos cuidados de saúde (SNS, 2020).

Em 2011 para que os utentes tenham acesso facilitado aos medicamentos, foi aprovado pela Portaria n.º 198/2011 a prescrição eletrónica de receitas médicas, este sistema permitiu uma melhor comunicação entre profissionais de diversas instituições, evitando erros ou confusões na prescrição (SNS, 2020).

Posteriormente, em 2012 é desenvolvido o Portal do Utente pela Comissão para Informatização Clínica e pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, que permite ao utente a marcação de consultas e confirmação de cirurgias online (SNS, 2020).

Em 2014 é criado um fundo para a realização de investigações na área da saúde, com o grande objetivo de obter ganhos na saúde, melhorando a qualidade de vida dos utentes, fortalecendo também a formação dos profissionais que por sua vez, adquirem novos conhecimentos preponderantes no desenvolvimento de novas técnicas (SNS, 2020).

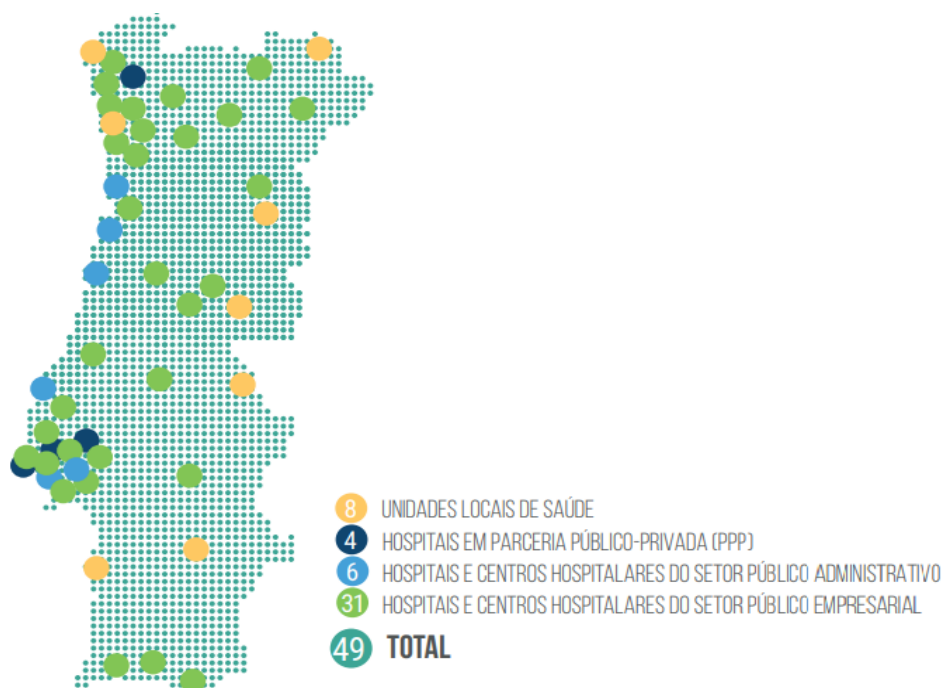
Em 2015 a Portaria n.º. 340/2015 estabelece a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, e no ano seguinte pelo Decreto-Lei n.º. 49/2016 é criado o Conselho Nacional de Saúde (SNS, 2020).

A Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes é publicada no ano de 2017, onde é garantido a todos os utentes a prestação de cuidados de saúde, em tempo clinicamente aceitável, e são também definidos os tempos máximos de resposta. É neste mesmo ano que se realiza o primeiro transplante de coração artificial no Hospital de Santa Marta (SNS, 2020).

Já em 2018 é criado o Registo Oncológico Nacional e é aprovada a Estratégia Nacional para a Visão (SNS, 2020).

No ano de 2019 é implementado um novo modelo de gestão autónoma para Hospitais e Unidades Locais de Saúde, e em 2020, importa referenciar que o SNS celebra o seu 41º aniversário ao serviço da comunidade (SNS, 2020).

Segundo os dados do Retrato da Saúde (2018), o SNS é constituído por 225 hospitais, 107 públicos e 118 privados, sendo esta oferta hospitalar distribuída por unidades do Setor Público Administrativo (SPA), Entidades Públicas Empresariais (EPE) e por Instituições em regime de Parceria Público-Privada (PPP), como se pode observar na figura seguinte.



*Figura 14 - Número de instituições hospitalares do SNS*

Fonte: Retrato da Saúde (2018)

O número de trabalhadores do SNS ascende os 134 mil, sendo que os grupos de profissionais com maior dimensão são os médicos e enfermeiros, entre os anos de 2010 e 2018 registou-se um acréscimo 6620 mil trabalhadores, como se pode observar na seguinte tabela (Retrato da Saúde, 2018).



A sub-região da Grande Lisboa é formada pelos seguintes concelhos: Sintra, Oeiras, Lisboa, Vila Franca de Xira, Cascais, Mafra, Odivelas e Amadora. A sub-região do Oeste é constituído por: Nazaré, Alcobaça, Caldas da Rainha, Óbidos, Peniche, Bombarral, Lourinhã, Cadaval, Torres Vedras, Alenquer, Mafra, Arruda dos Vinhos e Sobral de Monte Agraço. Já a Península de Setúbal abrange os seguintes concelhos: Montijo, Alcochete, Palmela, Moita, Barreiro, Almada, Seixal, Setúbal e Sesimbra. A sub-região Lezíria do Tejo inclui os seguintes concelhos: Rio Maior, Santarém, Chamusca, Alpiarça, Golegã, Azambuja, Almeirim, Cartaxo, Salvaterra de Magos, Coruche e Benavente. Por fim a sub-região do Médio Tejo integra os concelhos: Abrantes, Alcanena, Constância, Entroncamento, Ferreira do Zêzere, Mação, Ourém, Sardoal, Tomar, Torres Novas e Vila nova da Barquinha (Perfil de Saúde, 2018)

A região de Lisboa e Vale do Tejo, para a prestação de cuidados de saúde hospitalares, dispõe de 22 unidades hospitalares, das quais 8 são centros hospitalares (Ministério da Saúde, 2021). De entre estas, para a elaboração do presente estudo, não serão consideradas as unidades de saúde especializadas nem as que têm parceria público-privada (PPP). Sendo então, analisadas as seguintes:

- ✓ Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.
- ✓ Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, E.P.E.
- ✓ Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E.
- ✓ Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.
- ✓ Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, E.P.E.
- ✓ Hospital Garcia de Orta, E.P.E.
- ✓ Centro Hospitalar do Barreiro Montijo, E.P.E.
- ✓ Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
- ✓ Centro Hospitalar do Oeste, E.P.E.
- ✓ Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.

### 3.3.1 – CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO, E.P.E.

O Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E. é constituído por três unidades hospitalares, o Hospital Nossa Senhora da Graça, localizado em Tomar, o Hospital Doutor Manoel Constâncio, sediado em Abrantes e o Hospital Rainha Santa Isabel em Torres Novas, prestando auxílio a 15 concelhos que totalizam uma população de cerca de 266 mil habitantes (CHMT, 2020). Estas unidades hospitalares têm em média uma distância de 35,45 km, sendo aproximadamente 43,5 Km entre as unidades hospitalares de Tomar e Abrantes, 34,8 km entre Abrantes e Torres Novas e 28,1 km entre Torres Novas e Tomar, conforme a figura seguinte.



*Figura 16 - Localização do CHMT, E.P.E.*

Fonte: Elaboração própria.

De acordo com o SNS (2020), no mês de dezembro o CHMT dispõe de 2217 profissionais tendo como missão prestar cuidados de saúde diferenciados, através da combinação entre os três hospitais, com custos comportáveis para os utentes do Médio Tejo, apostando em cuidados de saúde com a melhor qualidade possível ao menor custo possível (CHMT, 2020). O seu grande objetivo passa pelo “tratamento e a reabilitação, em tempo clinicamente adequado, dos doentes, em condições ótimas de qualidade e humanidade dos serviços prestados” (CHMT, 2020).

Esta organização aposta exaustivamente na satisfação dos seus utentes/clientes, definindo assim a sua identidade como um Centro Hospitalar de referência na prestação de cuidados de saúde, desenvolvendo através de uma gestão adequada de recursos, serviços

inovadores e eficientes que culminam em especialidades diferenciadas para os seus utentes (CHMT, 2020).

Para o desenvolvimento de toda a sua atividade junto da sociedade, o CHMT (2020), rege-se com base nos seguintes valores:

- ✓ Qualidade: através dos diversos serviços existentes no CHMT, procura consecutivamente os melhores resultados e níveis de serviço, tendo como base o princípio da melhoria continua dos cuidados prestados;
- ✓ Ética e integridade: realização de todas as ações, tendo por base tanto nas decisões como nas relações dos mais nobres princípios de conduta;
- ✓ Respeito pelos direitos individuais: assumindo o compromisso perante cada indivíduo de salvaguardar a sua dignidade, nas relações que resultem da sua operacionalidade;
- ✓ Competência e inovação: promovendo o desenvolvimento do CHMT, com a implementação e desenvolvimento de várias soluções para uma melhor prestação de cuidados de saúde.

### 3.3.2 – CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA NORTE, E.P.E

O Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, E.P.E., é formado por duas unidades Hospitalares, o Hospital de Santa Maria e o Hospital Pulido Valente, ambos situados em Lisboa. O primeiro situa-se na Avenida Professor Egas Moniz, e o segundo na Alameda das Linhas de Torres, distanciados em 4,5 km (SNS, 2020).



Figura 17 - Localização do CHULN, E.P.E.

Fonte: Elaboração própria

A sua área de influência direta corresponde à Unidade Setentrional de Lisboa (Alvalade, Avenidas Novas, Benfica, Campolide, Carnide, Lumiar, Santa Clara e São Domingos de Benfica) (SNS, 2020).

O CHULN é uma unidade de saúde que tem como missão, a prestação de cuidados de saúde ao cidadão dentro da sua capacidade e no âmbito da sua responsabilidade, sendo altamente diferenciada em saberes e tecnologias, devido a parcerias com instituições académicas nacionais e internacionais e à simbiose existente com a Faculdade de Medicina de Lisboa, com a qual partilha instalações, recursos humanos e conhecimentos, ensino e formação (SNS, 2020).

A sua visão assenta na capacidade de atrair novos utentes, pela qualidade, competitividade, excelência, segurança e prática dos serviços clínicos prestados e pela inovação dos seus processos gestionários, estimulando assim a criação de valor para a sua atividade, nomeadamente no âmbito de um processo integrado, com contratualização de serviços com o exterior e de internacionalização. Esta instituição assume-se assim, como um exemplo prestação de cuidados de saúde, centrada na mudança e diferenciação, sendo uma marca de referência no sistema nacional de saúde (SNS, 2020).

Para cumprir a sua missão, a instituição e os seus profissionais que em dezembro de 2020 acumulavam um total de 6495 profissionais, partilham os seguintes valores e princípios (SNS, 2020):

- ✓ Acesso à saúde igual para todos;
- ✓ Responsabilidade social e ambiental;
- ✓ Consideração pela dignidade humana, pela diversidade cultural e religiosa e pelos direitos dos doentes;
- ✓ Rigor, integridade e responsabilidade;
- ✓ Elevados padrões de humanização, de competência técnica e científica dos serviços prestados;
- ✓ Cultura institucional e espírito de equipa;
- ✓ Ambição e empenho na melhoria contínua da qualidade;
- ✓ Valorização, motivação e envolvimento dos profissionais;

- ✓ Respeito pelos princípios éticos e deontológicos na atividade assistencial, formação e investigação.

### **3.3.3 – CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL, E.P.E.**

O Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E. foi criado pelo Decreto-lei n.º 50-A/ 2007, a 28 de fevereiro de 2007, juntando o Centro Hospitalar de Lisboa, de que faziam parte o Hospital de S. José e Hospital de Santo António dos Capuchos ao Hospital de Santa Marta e de D. Estefânia (CHULC, 2020).

A 23 de fevereiro de 2012, são integrados no Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E., pelo Decreto-Lei n.º 44/ 2012, o Hospital de Curry Cabral, E.P.E., e a Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Por fim, o Decreto-Lei n.º 61/ 2018, de 3 de agosto, reconhece oficialmente o Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E. como centro universitário, passando a ser designado como Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E. (SNS, 2020).

Neste momento, é constituído por um conjunto de seis unidades hospitalares situadas em Lisboa, o Hospital de São José, o Hospital dos Capuchos, o Hospital de Santa Marta, o Hospital Dona Estefânia, o Hospital Curry Cabral e a Maternidade Dr. Alfredo da Costa, contando de acordo com o SNS (2020) com 8157 profissionais, assegurando à população da sua área de influência cuidados especializados que se distribuem por dois polos materno-infantil (HDE e MAC), um polo com vocação cardiovascular (HSM) e três outros com vocação generalista, para adultos (HSJ, HSAC e HCC) (SNS, 2020).

A sua missão passa por prestar cuidados de saúde diferenciados, juntamente com as restantes unidades do SNS, assegurando aos utentes os cuidados necessários, aplicando e utilizando as melhores práticas e recursos. Por ser um hospital de ensino universitário, e com formação a nível de pós-graduação, prima pela elevada diferenciação científica e pela eficácia, eficiência e excelência clínica. Pautando a sua atividade pelos seguintes valores (SNS, 2020):

- ✓ Competência técnica;
- ✓ Ética profissional;

- ✓ Segurança e conforto para o doente;
- ✓ Responsabilidade e transparência;
- ✓ Cultura de serviço centrada no doente;
- ✓ Melhoria contínua da qualidade;
- ✓ Cultura de mérito, rigor e avaliação sistemática;
- ✓ Atividade orientada para resultados;
- ✓ Trabalho em equipa/multidisciplinar e pluriprofissional;
- ✓ Boas condições de trabalho.

Apresenta também vários objetivos que se compromete a atingir, tais como, a prestação de cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, em tempo adequado, com eficiência e em ambiente humanizado, intervenção na prevenção da doença, otimização na utilização de recursos disponíveis, constituição de uma entidade de referência na prestação de cuidados diferenciados, promoção do ensino, da formação e da investigação em áreas clínicas e de apoio, promoção do desenvolvimento profissional dos seus colaboradores através da responsabilização por resultados, instituindo uma política de incentivos à produtividade, ao desempenho e ao mérito bem como, uma política de formação contínua e desenvolvimento de programas de melhoria da eficiência operacional e da gestão clínica, de forma a garantir o equilíbrio económico-financeiro (SNS, 2020).

### **3.3.4 – CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, E.P.E.**

O Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E., resulta da junção de três unidades hospitalares, o Hospital S. Francisco de Xavier, o Hospital de Santa Cruz e o Hospital Egas Moniz, sendo o primeiro e o terceiro localizados em Lisboa, e o segundo em Carnaxide (SNS, 2020).



Figura 18 - Localização do CHLO, E.P.E.

Fonte: Elaboração própria

O Hospital Egas Moniz, iniciou a sua atividade em 1925, através do seu primeiro pavilhão denominado como Pavilhão de Macau, integrado no Hospital Colonial de Lisboa. Em 1948, aumentou as instalações e passou a designar-se como Hospital do Ultramar. Nesta altura, tinha como principais objetivos, o acompanhamento e tratamento dos seus doentes, a parceria com o Instituto de Medicina Tropical e a investigação de doenças tropicais e infecciosas. Em 1975 celebra-se o centenário do Professor Egas Moniz, o Hospital é ampliado novamente e passa a ser designado como Hospital Egas Moniz (CHLO, 2020).

O Hospital de São Francisco Xavier inaugurado em 24 de abril de 1987, foi denominado assim, por ser o nome da freguesia onde foi construído e pela sua ligação à partida dos portugueses para a Índia (CHLO, 2020).

O Hospital de Santa Cruz iniciou as suas funções a 23 de abril de 1980, com o objetivo de colmatar carências na área da cardiologia, a nível médico e cirúrgico, e nefrologia. A sua história é marcada pela realização da primeira angioplastia coronária no ano de 1984 e pelo primeiro transplante cardíaco em Portugal no ano de 1986 (CHLO, 2020).

A 29 de dezembro de 2005, estes três hospitais juntam-se, integrando o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. (CHLO, 2020).

O Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E., apresenta como missão a prestação, de acordo com as suas capacidades e responsabilidades, de cuidados de saúde em tempo oportuno e com a máxima qualidade aos cidadãos da sua área de influência. Desenvolvendo atividades complementares de investigação e formação profissional, bem com a implementação de projetos de prestação de cuidados de saúde em ambulatório e ao domicílio, para minimizar o impacto da hospitalização (CHLO, 2020).

Neste momento, este centro hospitalar conta com 4549 profissionais, que se regem para o desenvolvimento da sua atividade pelos seguintes valores e princípios (SNS, 2020):

- ✓ Humanização e não discriminação;
- ✓ Respeito pela dignidade individual de cada doente;
- ✓ Promoção da saúde na comunidade;
- ✓ Atualização face aos avanços da investigação e da ciência;
- ✓ Excelência técnico-profissional;
- ✓ Ética profissional;
- ✓ Promoção da multidisciplinaridade;
- ✓ Respeito pelo ambiente.

### **3.3.5 - HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO DA FONSECA, E.P.E.**

O Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, E.P.E., anteriormente denominado por Hospital Amadora-Sintra, foi inaugurado em 1995, sendo o seu nome em homenagem ao médico português Fernando Fonseca (SNS, 2020).

O seu serviço de urgência geral é considerado como o maior da região de Lisboa e Vale do Tejo, sendo o grande objetivo desta unidade a prestação de cuidados de saúde diferenciados à sua área de influência, Amadora e Sintra, ou seja, cuidados com qualidade, adequados e em tempo útil, juntamente com as unidades de saúde da sua região, melhorando o desempenho técnico-científico dos seus colaboradores. Deseja ser reconhecido como uma referência, a nível de acesso e qualidade da atividade assistencial e de articulação com os cuidados de saúde primários, para a promoção do trabalho multidisciplinar e de elevada satisfação dos utentes e profissionais, bem como uma

cultura de gestão sólida, tornando o hospital um projeto economicamente sustentável (SNS, 2020).

Para o exercício da sua atividade, apresenta como valores os seguintes (SNS, 2020):

- ✓ Dignificação humana e profissional;
- ✓ Disponibilidade;
- ✓ Responsabilização;
- ✓ Diálogo, honestidade e retidão.

### **3.3.6 – HOSPITAL GARCIA DE ORTA, E.P.E.**

O Hospital Garcia de Orta, E.P.E., começou a prestar os seus cuidados em 1991 para substituir os cuidados prestados pelo Hospital de Almada/Hospital Distrital de Almada, pois este último deixou de conseguir dar resposta à população devido ao seu crescimento acentuado. Atualmente, presta os seus serviços a cerca de 350 mil habitantes pertencentes ao concelho de Almada e Seixal, contando com 2996 trabalhadores. Dispõe também, de um Centro de Desenvolvimento da Criança, único na zona sul do País, desde 2007, que se destina a dar apoio a crianças e jovens residentes na área de influência do hospital com patologias neurológicas e de desenvolvimento (SNS, 2020).

Tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados, assegurando a cada doente os cuidados adequados às suas necessidades, garantindo as melhores práticas clínicas de acordo com os recursos disponíveis. Como visão pretende ser reconhecido como uma instituição de referência, “consolidando as suas áreas de excelência e a prestação de cuidados de qualidade e em ambiente organizado, assegurando a sustentabilidade e a acessibilidade, bem como, a satisfação de colaboradores e utentes” (SNS, 2020).

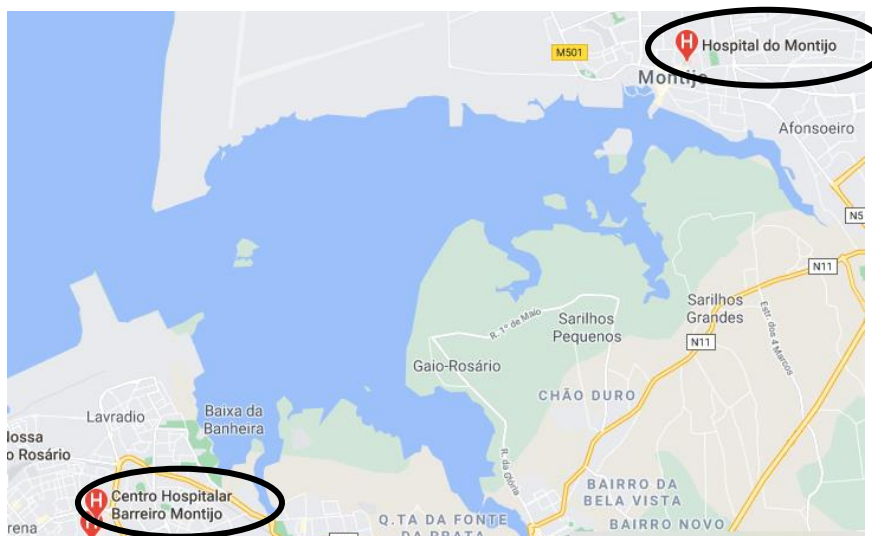
Relativamente aos valores, esta instituição rege pelos seguintes (SNS, 2020):

- ✓ Cultura organizacional de prestação de serviço público;
- ✓ Colocação do doente no centro da prestação dos cuidados de saúde;
- ✓ Observância de padrões de ética no exercício da atividade hospitalar;
- ✓ Equidade no acesso e na prestação dos cuidados de saúde;

- ✓ Eficiência na utilização dos recursos;
- ✓ Proteção do meio ambiente.

### 3.3.7 – CENTRO HOSPITALAR DO BARREIRO MONTIJO, E.P.E.

Este centro hospitalar foi criado há cerca de 11 anos, mais precisamente a 1 de novembro de 2009 pelo Decreto-lei n.º 280/2009, e é composto por duas unidades, o Hospital de Nossa Senhora do Rosário e o Hospital do Montijo, distanciados em 19,4 Km. De acordo com o SNS, serve uma população de mais de 213 mil habitantes, distribuídos pelos concelhos do Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete (SNS, 2020).



*Figura 19 - Localização do CHBM, E.P.E.*

Fonte: Elaboração própria

O Hospital Nossa Senhora do Rosário, foi inaugurado em 1959, e dirigido pela Santa Casa da Misericórdia, esta estrutura era bastante pequena e muito pouco diferenciada, no entanto manteve-se em funcionamento durante 30 anos. Em 1985, passou a ser denominado por Hospital Distrital do Barreiro, e em 1995 foi designado como Hospital Nossa Senhora do Rosário (SNS, 2020).

Já o Hospital Distrital do Montijo foi inaugurado em 1943, passados quatro anos iniciou-se a sua ampliação, terminando em 1954. Em 1976 foi integrado no Serviço Nacional de

Saúde e em fevereiro de 1983 foi elevado à categoria de Hospital Distrital, sendo dotado das respetivas valências básicas (SNS, 2020).

O Centro Hospitalar do Barreiro Montijo, E.P.E., tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados a todos os cidadãos, de acordo com as suas capacidades e responsabilidades, oferecidas pelas unidades hospitalares que o integram, bem como, a execução das definições de política de saúde a nível nacional e regional, e aos planos estratégicos e decisões superiormente aprovados. Quanto à sua visão pretende ser um hospital de excelência para a comunidade e uma referência nacional (SNS, 2020).

Atualmente conta com 1919 profissionais que desenvolvem a sua atividade com base nos seguintes valores (SNS, 2020):

- ✓ Humanização;
- ✓ Não discriminação;
- ✓ Respeito pelo doente;
- ✓ Constante atualização face aos avanços da ciência e investigação;
- ✓ Excelência técnico-profissional;
- ✓ Ética profissional;
- ✓ Respeito pelo ambiente.

### **3.3.8 – CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.**

O Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E. foi constituído, em 31 de dezembro de 2005, integrando o Hospital de São Bernardo e do Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão. O Hospital de São Bernardo foi inaugurado a 9 de maio de 1959, quatro anos após o início da sua construção, que teve por base uma doação de Antoine Velge, presidente da Sapec, pelo facto do seu filho Bernard se ter curado em Portugal (SNS, 2020).



Figura 20 - Localização do CHS, E.P.E.

Fonte: Elaboração própria

O CHS conta com 2445 profissionais e quer ser reconhecido como uma referência no desenvolvimento de técnicas eficientes e inovadoras no tratamento em ambulatório e internamento, pretendendo diferenciar-se pela sua especificidade e acessibilidade, pelo compromisso com o doente, assumindo-se como um centro de elevada competência na organização assistencial e no desenvolvimento e inovação na prestação de cuidados de saúde. Tem como missão a prestação de cuidados de saúde especializados a todos os cidadãos, mediante a sua capacidade e responsabilidade, respeitando a dignidade de cada doente, despertando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, de forma a aumentar a qualidade, eficiência e eficácia organizativa (SNS, 2020).

### 3.3.9 – CENTRO HOSPITALAR DO OESTE, E.P.E.

O Centro Hospitalar do Oeste E.P.E., foi constituído a 1 de outubro de 2012, por três unidades Hospitalares, a unidade de Caldas da Rainha, Peniche e Torres Vedras. O CHO detém uma área de influência constituída pelas populações dos concelhos de Caldas da Rainha, Óbidos, Peniche, Bombarral, Torres Vedras, Cadaval e Lourinhã e de parte dos concelhos de Alcobaça (freguesias de Alfeizerão, Benedita e São Martinho do Porto) e de Mafra (com exceção das freguesias de Malveira, Milharado, Santo Estevão das Galés

e Venda do Pinheiro). Para a prestação de cuidados de saúde a uma população de cerca de 300 000 habitantes conta com a colaboração de 1885 profissionais (SNS, 2020).

Apresenta como missão a prestação de “cuidados de saúde com rigor e excelência técnica, científica e organizativa, com ética profissional e justiça social, respeitando a Constituição da República Portuguesa e o compromisso do Serviço Nacional de Saúde” (SNS, 2020).

A sua visão centra-se no reconhecimento como referência tanto a nível regional como internacional, por mérito no desempenho da sua missão, cujo papel é fundamental na afirmação e desenvolvimento do país e da população que serve (SNS, 2020).

Para alcançar os objetivos a que se compromete, tem por base os seguintes valores:

- ✓ Serviço Público;
- ✓ Justiça e equidade;
- ✓ Afeto.

### **3.3.10 – HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM, E.P.E.**

O Hospital Distrital de Santarém E.P.E., iniciou a sua atividade em 1985, e em 2002 o seu estatuto foi alterado de Instituto Público para Sociedade Anónima de capitais exclusivamente públicos. Só em 2005 através do Decreto-Lei.º 93/2005, de 7 de junho, foi então transformado em entidade pública empresarial, assumindo desde então a denominação de Hospital Distrital de Santarém, E.P.E. (SNS, 2020).

Atualmente, presta os seus cuidados, com a ajuda de 1741 profissionais a nove concelhos, nomeadamente, Rio Maior, Santarém, Golegã, Chamusca, Alpiarça, Cartaxo, Almeirim, Salvaterra de Magos e Coruche.

A sua missão passa por prestar cuidados de saúde com elevada qualidade aos seus utentes e garantir a satisfação das entidades financeiramente responsáveis por essa prestação, promovendo a realização pessoal e profissional dos seus colaboradores. Relativamente à sua visão, pretende “ser um hospital de referência pela sua capacidade de resposta às necessidades dos utentes, pela qualidade técnica e humana dos seus profissionais, que aqui terão um lugar atrativo para se realizarem e desenvolverem” (SNS, 2020).

Os valores que sustentam a sua atividade são os seguintes (SNS, 2020):

- ✓ Orientação para o doente, respondendo às suas necessidades e adequando as melhores práticas possíveis;
- ✓ Inovação, criando soluções flexíveis assegurando a prestação dos melhores cuidados;
- ✓ Ética nas Relações Pessoais, Profissionais e Institucionais;
- ✓ Qualidade;
- ✓ Responsabilidade Social e Ambiental, comprometendo-se com a manutenção do equilíbrio necessário da sua envolvente interna e externa, nas vertentes de Gestão Ambiental, da Segurança e Saúde no Trabalho;
- ✓ Realização dos Colaboradores, para que estes se sintam realizados tanto a nível pessoal como profissional;
- ✓ Criação de Valor Económico e Social, tendo sempre presente a criação de valor económico e social, quer para a comunidade da sua zona de referência, quer para o país.

### **3.4 - ENFERMAGEM**

A Enfermagem como profissão surge no século XIX, contudo segundo Margarida Vieira (2009), esta atividade profissional sempre esteve presente desde o início da humanidade, não como profissão, mas como ofício, pois dizia respeito a qualquer pessoa que ajudava outra a garantir a sua sobrevivência.

Com esta premissa, em 1940 introduziu-se a definição de enfermagem como sendo “uma arte que tem por fim coadjuvar a medicina nas suas relações com os doentes; a missão dos seus profissionais consiste em vigiar os doentes e aplicar-lhes as prescrições dos clínicos” (Joaquim Barbosa cit. In Nunes, Lucília 2003, p. 189).

Em 1996 com a publicação do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro pelo Decreto- Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro define-se Enfermagem como “a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma

que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.

Também neste Regulamento está descrito o conceito de Enfermeiro sendo “o profissional habilitado com curso de enfermagem, [...] que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária”.

A carreira de Enfermagem com a publicação do Decreto-Lei nº. 247/2009 estava estruturada em duas categorias, a de Enfermeiro e Enfermeiro principal, entretanto o Decreto-Lei nº. 71/2019 procedeu a alteração da carreira de Enfermagem para as seguintes categorias: Enfermeiro, Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Gestor.

Ao Enfermeiro, segundo o Decreto-Lei nº. 71/2019 compete a realização das seguintes atividades:

- ✓ Perceber quais os cuidados de enfermagem que são necessários para a promoção da saúde, da prevenção da doença, do tratamento, da reabilitação e readaptação funcional e da palição;
- ✓ Atendendo às prioridades e recursos disponíveis, planear os cuidados de enfermagem a serem prestados;
- ✓ Prestação de cuidados nos três níveis de prevenção e ao longo de todo o ciclo de vida;
- ✓ Avaliar e ajustar os cuidados de enfermagem sempre que necessário;
- ✓ Facultar informações relevantes do exercício profissional para registo no sistema de informação;
- ✓ Avaliar as suas intervenções, contribuindo para o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, tendo em vista a eficiência e qualidade dos cuidados de enfermagem, a autonomia e a valorização profissional;
- ✓ Integrar equipas multidisciplinares e participar em processos de decisão relativos à sua própria atividade;
- ✓ Integrar júris para processos de recrutamento;
- ✓ Participar e colaborar em projetos de investigação;

- ✓ Apoiar na formação de outros perfis de profissionais e de estudantes de enfermagem, bem como na integração de outros profissionais;
- ✓ Promover e participar em ações que visem articular as diferentes redes e níveis de cuidados de saúde;
- ✓ Frequentar formações para atualização de conhecimentos;

Sendo que, para a categoria de enfermeiro é exigida apenas a cédula profissional definitiva como enfermeiro, para a categoria de enfermeiro especialista, são necessários pelo menos quatro anos de exercício profissional, e detenção do título de enfermeiro especialista exigido para o preenchimento do correspondente posto de trabalho, por fim para a categoria de enfermeiro gestor, são necessários pelo menos três anos de exercício de funções na especialidade correspondente à do serviço ou unidade a que respeita o posto de trabalho a ocupar, devendo o enfermeiro, preferencialmente, estar habilitado com formação em gestão de serviços.

Em dezembro de 2020 de acordo com o SNS, verifica-se que os hospitais pertencentes à região de Lisboa e Vale do Tejo, detêm 2437 enfermeiros distribuídos da seguinte forma:

| <b>Hospitais</b>                                          | <b>Número de Enfermeiros</b> |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------|
| Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.                   | 822                          |
| Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, E.P.E.   | 2029                         |
| Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E. | 2796                         |
| Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.             | 1583                         |
| Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, E.P.E.     | 1102                         |
| Hospital Garcia de Orta, E.P.E.                           | 1075                         |
| Centro Hospitalar do Barreiro Montijo, E.P.E.             | 707                          |

| <b>Hospitais</b>                       | <b>Número de Enfermeiros</b> |
|----------------------------------------|------------------------------|
| Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.   | 834                          |
| Centro Hospitalar do Oeste, E.P.E.     | 660                          |
| Hospital Distrital de Santarém, E.P.E. | 632                          |

*Tabela 9 - Número de enfermeiros RLVT*

Fonte: Elaboração própria

### 3.5 - SÍNTESE

A saúde em Portugal é uma das áreas que mais evoluiu, principalmente nos últimos dez anos, devido a várias reestruturações do Serviço Nacional de Saúde, desde 1979, ano da sua criação (Retrato da Saúde, 2018).

O SNS tem vindo gradualmente a modificar as suas estratégias, com o intuito de oferecer a todos os cidadãos, cuidados cada vez mais especializados e adequados a cada realidade, reorganizando os serviços e aumentando os recursos (Retrato da Saúde, 2018).

Atualmente, o sistema de saúde português é uma referência a nível europeu, devido ao desenvolvimento do SNS. As várias alterações estruturais iniciaram em 2005 com uma grande reorganização em todo o SNS que permitiu alcançar metas relevantes, como por exemplo, melhoria da qualidade, acesso, efetividade, eficiência e equidade nos cuidados de saúde prestados (Retrato da Saúde, 2018).

Posteriormente, outra das transformações é referente aos cuidados de saúde hospitalares que nos últimos anos sofreram alterações a nível jurídico, a nível da organização da oferta e dos modelos de prestação de cuidados, surgindo as unidades do Setor Público Administrativo (SPA), as Instituições em regime de Parceria Público-Privada (PPP) e as Entidades Públicas Empresariais (EPE), onde se insere o Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E. (Retrato da Saúde, 2018).

Outro marco importante foi a criação da Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), levando aos utentes um novo tipo de oferta de proximidade, que funciona em rede, permitindo que todos os cuidados de saúde estejam interligados. Este serviço está presente em todo o território nacional, ajudando principalmente as pessoas que se encontram dependentes e com perda de autonomia (Retrato da Saúde, 2018).

O reforço da prestação de cuidados de saúde mental, de cuidados paliativos, de resposta a situações de urgência e emergência e seguimento de pessoas com doenças crónicas, também têm sido áreas de elevada importância para a reforma do SNS (Retrato da Saúde, 2018).

O SNS, mantém ao longo dos últimos 40 anos, a mesma missão, visão e valores, mas enfrenta todos os dias novos desafios, priorizando a prestação de cuidados de saúde de excelência, reduzir as desigualdades no acesso à saúde, reforçar o poder do cidadão,

defendendo os princípios da celeridade, transparência e humanização dos serviços  
(Retrato da Saúde, 2018).

## **4 – METODOLOGIA**

### **4.1 – INTRODUÇÃO**

Para Fortin (2009) a escolha do método de colheita de dados depende do nível de investigação, do tipo de fenómeno ou da variável e dos instrumentos disponíveis, sendo assim, é responsabilidade do investigador definir o tipo de instrumento que mais se adequa ao seu estudo, de modo a alcançar os objetivos do estudo, e de dar resposta à questão de investigação.

Neste capítulo, iremos proceder à escolha da metodologia mais apropriada para esta investigação, que de acordo com Fortin (2009), é o conjunto de métodos e técnicas utilizadas pelo investigador para a elaboração do seu processo de investigação científica, e de todos os métodos de aquisição de conhecimentos. A investigação científica traduz-se no método mais rigoroso, mais credível e o mais aceitável, uma vez que assenta num processo racional.

Desta forma selecionou-se, como metodologia de recolha de dados, para a presente investigação, a técnica por entrevista, devido às características que esta apresenta, ou seja, é uma técnica completa, flexível e de fácil aplicação.

Ao longo deste capítulo será apresentada esta técnica de investigação, bem como as diversas tipologias de entrevista, entre elas a entrevista informal, focalizada, estruturada e semiestruturada ou formalizada, serão ainda apresentadas as etapas que devem ser percorridas na elaboração da entrevista, as vantagens e limitações associadas a esta técnica, e por último, as regras, a que se deve recorrer para a elaboração de um guião.

## 4.2 – ENTREVISTA

No âmbito da metodologia, para a investigação do tema Capacidades Dinâmicas nas instituições de saúde pertencentes à RLVT, diversas metodologias de recolha de dados poderiam ser utilizadas. Segundo Quivy e Campenheoudt (2003), existem três grandes grupos de métodos de recolha de dados que se podem utilizar como fontes de informação nas investigações qualitativas, nomeadamente, a observação, o inquérito por entrevista ou questionário e análise de documentos, no entanto como se trata de uma instituição de saúde o método escolhido foi o inquérito por entrevista, devido às condicionantes presentes associadas à área de investigação.

Na ótica de Minayo (2010) a entrevista é considerada como uma interação entre pessoas, em que o investigador formula perguntas ao investigado para encontrar respostas que interessam para a sua investigação.

Já para Gil (2008) o inquérito por entrevista é uma técnica em que o entrevistador e o entrevistado entram em contacto direto, em que o primeiro com o objetivo de recolher dados formula perguntas ao fornecedor de informação (entrevistado), de forma a obter dados relevantes para o estudo em causa. Quando o inquérito por entrevista é bem planeado e bem interpretado pelo entrevistado, consegue-se obter informações coerentes e consistentes para a elaboração de conclusões adequadas para o estudo pretendido.

A entrevista é considerada para muitos autores, a técnica mais completa e eficiente, devido à flexibilidade de planeamento e aplicação em diversas áreas, sendo a mais adequada para obtenção de informações sobre o que as pessoas sabem, creem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes (Gil, 2008 e Amado, 2013).

No entanto, o sucesso da entrevista está interligado à capacidade do entrevistador para a sua condução, isto é, este deve limitar a informação que não é necessária ao estudo, conduzindo a entrevista para o caminho desejado, de forma a obter informações úteis, deve também ter a capacidade de filtrar a informação dada pelo entrevistado, e quando necessário limitar a sua resposta para que este não preste informações desnecessárias e ocupe o tempo da entrevista com informações pouco importantes para o tema (Amado, 2013).

Para Belei, (2008), um bom entrevistador tem a capacidade de ouvir, mas ouvir de forma ativa, ou seja, demonstrar que está interessado nas informações dadas pelo entrevistado e nas suas emoções, realizando novas questões frequentemente, confirmando com gestos que o está a ouvir atentamente e a compreender cada palavra e cada detalhe, sem influenciar o seu discurso.

Tradicionalmente, Gil (2008) afirma que a modalidade mais utilizada e eficaz para a realização da entrevista seria presencialmente, apostando no contacto direto entre entrevistado e entrevistador. No entanto, nas últimas décadas esta modalidade tem sofrido alterações, começando a mesma a ser realizada por telefone. Inicialmente não era aceite como metodologia de pesquisa, pois defendia-se que a maioria da população não tinha acesso a telefone e a probabilidade de uma amostra estar enviesada era bastante elevada.

Atualmente, a entrevista por telefone é bastante utilizada face à pessoal, apresentado como principais vantagens, segundo Gil (2008);

- Custos mais baixos;
- Facilidade na seleção da amostra;
- Rapidez;
- Facilidade de interação, pois a maioria das pessoas sente receio ao receber pessoas desconhecidas nas suas próprias casa;
- Simplicidade no agendamento, pois evita deslocações.

Apesar desta modalidade ser muito vantajosa em vários aspetos, também existem algumas desvantagens que têm se ter tidas em conta:

- Interrupção da entrevista pelo entrevistado;
- Menos informações disponibilizadas;
- As características do entrevistado e as circunstâncias em que a entrevista foi realizada não podem ser descritas (Gil, 2008).

Uma das etapas mais importantes da entrevista é a sua preparação, uma entrevista que não seja devidamente preparada, dificilmente resultará em informações úteis para a investigação, assim sendo, nesta etapa importa que o investigador defina o seu papel e os seus objetivos, qual o problema associado à investigação e qual o papel do entrevistado (Minayo, 2010).

Segundo Amado (2013), existem condicionantes essencialmente relacionadas com o receio, que influenciam a postura do entrevistado face ao entrevistador e a informação que vai ser fornecida, estas condicionantes são nomeadamente:

- Pouco conhecimento do conteúdo exato da entrevista;
- Visualização da entrevista como uma avaliação;
- Medo de não estar à “altura” das questões que vão ser realizadas;
- Sentimento de superioridade em relação ao entrevistador, pelo facto de possuir informação que este carece;
- Perceção das informações que podem prestar, fazendo distinção do que é confidencial ou não.

Gil (2008) defende que devem ser definidos objetivos para a investigação e objetivos específicos para a entrevista, visto que é a partir destes objetivos específicos, que o entrevistador consegue uma maior interação com o entrevistado, conduzindo a entrevista até à informação desejada, para tal, é essencial que se apresentem os objetivos ao entrevistado, de forma a elucidá-lo do que realmente se pretende e por fim explicar a tipologia das questões colocadas.

### **4.3 – ETAPAS DA ENTREVISTA**

Segundo Gil (2008) e Amado (2013), a entrevista enquanto técnica de recolha de dados divide-se em três momentos, o antes, o durante e o depois da entrevista. Antes da realização da entrevista deve-se ter em atenção os seguintes pontos:

- Definição do objetivo da entrevista;
- Planeamento do guião que permite responder a esses objetivos;
- Seleção dos entrevistados, isto é, devem seleccionar-se pessoas que pela sua experiência, responsabilidades ou estatuto, estejam envolvidas ou em contacto permanente com o problema que se quer investigar;
- Estabelecimento de um contacto com esses mesmos entrevistados;
- Agendamento da entrevista, definindo a data, a hora e o local;
- Formação do entrevistador.

Posteriormente à conclusão do primeiro momento, passa-se para a realização da entrevista, que se deve:

- Fazer uma apresentação do investigador e qual é o objetivo da investigação, para que este se identifique com o tema e responda em consonância com o mesmo;
- Criar uma relação de confiança com o entrevistado, saber ouvir sem interromper o raciocínio de quem está a fornecer a informação;
- Saber controlar a entrevista sem ser de uma forma abusiva;
- Realizar inicialmente perguntas introdutórias sobre experiências atuais ou próximas, depois avançar com questões mais factuais do que opinativas, as questões mais específicas, de opinião, interpretação e sentimentos, devem ser realizadas em fases intermédias ou finais, de forma estabelecer uma relação de confiança entre entrevistador/entrevistado;
- Efetuar uma breve explicação das perguntas mais difíceis ou incómodas para o entrevistado (Gil, 2008 e Amado 2013).

Entretanto depois da obtenção de informação procede-se à realização dos seguintes pontos:

- Registo das principais informações fornecidas pelo entrevistado A gravação eletrônica é o melhor modo de preservar o conteúdo da entrevista, mas é importante considerar que o uso do gravador só poderá ser feito com o consentimento do entrevistado;
- Registo do seu comportamento a atitude durante a entrevista e do ambiente em que esta decorreu (Gil, 2008 e Amado 2013).

#### **4.3.1 – VANTAGENS E LIMITAÇÕES DA ENTREVISTA**

A entrevista, como todas as técnicas, apresenta algumas vantagens e limitações, que interferem com a qualidade da entrevista. Relativamente às vantagens, são apresentadas por Gil (2008), as seguintes:

- Através da entrevista é possível recolher dados para os mais variados temas;
- A entrevista é uma técnica bastante eficiente para obtenção de dados relacionados com o comportamento humano;
- Maior taxa de sucesso, comparativamente com o questionário, é mais fácil não concluir um questionário do que, em entrevista presencial, deixar de responder ao entrevistador;
- Os dados obtidos com esta técnica podem ser classificados ou quantificados;
- Não é necessário que o entrevistado saiba ler ou escrever;
- Possibilita ao entrevistador explicar o objetivo da pergunta, caso haja alguma dúvida por parte do entrevistado;
- Proporciona a captação da expressão corporal do entrevistado e a tonalidade da sua voz face à pergunta colocada;

Na entrevista também subsistem algumas limitações, que a torna menos recomendável em certas circunstâncias, no entanto, todas elas podem ser contornadas

através de um bom planeamento da entrevista e da flexibilidade que esta apresenta.

Gil (2008) inúmera as seguintes limitações:

- Pouca motivação do entrevistado para responder às questões colocadas;
- O entrevistado não compreende o significado da pergunta;
- Desmotivação ao longo da entrevista por a mesma não ir ao encontro do que era expectável por ambos;
- Fornecimento de respostas falsas, dadas de forma consciente ou inconsciente;
- Incapacidade de resposta, devido a falta de vocabulário ou problemas psicológicos;
- Custos com a aplicação das entrevistas;
- Influência do entrevistador pelo entrevistado deriva da própria experiência do entrevistador ou da expectativa que este tem para a entrevista;
- Influência das opiniões pessoais do entrevistador sobre as respostas do entrevistado.

As vantagens da entrevista devem ser exploradas ao máximo, de forma a minimizar as desvantagens. Através da sua flexibilidade, transversalidade e planeamento, a entrevista facilmente se torna dinâmica e fluida contribuindo para uma relação empática entre entrevistador e entrevistado.

#### **4.4 – TIPOS DE ENTREVISTA**

Importa explicar que a entrevista pode ser de vários tipos, cada tipologia está associada aos objetivos de pesquisa, ao tema e ao grupo escolhido para o fornecimento de informação, isto significa, que pode ir desde uma conversa informal a um roteiro padronizado, podendo a mesma pesquisa conter vários tipos de entrevista (Gil, 2008).

#### **4.4.1 – ENTREVISTA INFORMAL**

Este tipo de entrevista é utilizado devido às suas características, para estudos de cariz exploratório, associados a realidades pouco conhecidas pelo pesquisador, neste contexto quem domina a área é o entrevistado, sendo o entrevistador é aquele que menos conhecimento apresenta. É muito pouco ou nada estruturada, sendo que se distingue de uma simples conversação pelo facto de que o objetivo é a recolha de dados (Gil, 2008).

#### **4.4.2 – ENTREVISTA FOCALIZADA**

Esta entrevista é muito semelhante à anterior, os que a distingue é o foco num tema muito específico, o entrevistado pode falar e expressar-se livremente sobre determinado tema, mas quando o entrevistador se apercebe de um desvio, tenta resgatar a conversa retomando o tema original. Utiliza-se para investigações experimentais, onde o objetivo passa por explorar uma situação vivida em condições muito precisas (Gil, 2008).

#### **4.4.3 – ENTREVISTA ESTRUTURADA**

A entrevista estruturada formula-se a partir de um conjunto de questões, que são apresentadas aos entrevistados sempre pela mesma ordem. Por norma é um conjunto de questões em grande número, que possibilita o tratamento quantitativo dos dados, tornando-se o mais adequado para o desenvolvimento de levantamentos sociais. As grandes vantagens deste tipo de entrevista são a sua rapidez, não é necessária grande preparação por parte do entrevistador, custos baixos e possibilita a análise estatística dos dados, devido ao padrão de respostas. A grande desvantagem é que não é possível realizar uma análise em profundidade, pois as perguntas são fixas (Gil, 2008).

A lista de perguntas é chamada de questionários ou formulário, normalmente é utilizado na maioria dos casos o segundo conceito, para afastar possíveis confusões entre o método de entrevista e questionário (Gil, 2008).

#### **4.4.4 – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA OU FORMALIZADA**

As questões deste tipo de entrevista são planeadas previamente, através de um guião, onde é registado um conjunto de perguntas, embora o objetivo da interação é que o entrevistado ao longo da conversa usufrua da liberdade de resposta, referente a cada pergunta exposta (Amado, 2013).

A entrevista semiestruturada ou formalizada é utilizada como um dos principais instrumentos de pesquisa de natureza qualitativa, isto porque não há uma imposição rígida de questões, dando ao entrevistado a possibilidade de abordar diversas áreas relacionadas com o tema proposto, nunca saindo da linha de conduta proposta pelo guião de entrevista (Amado, 2013).

De acordo com a tipologia de entrevistas apresentada, selecionamos para a presente investigação a entrevista semiestruturada ou formalizada, desta forma, foram planeadas 6 entrevistas com questões direcionadas aos enfermeiros chefes dos hospitais da RLVT, de modo a obter informações sobre a influência das Capacidades Dinâmicas em contexto hospitalar.

O guião de entrevista foi elaborado segundo algumas regras, para garantir a solidez e a fiabilidade do mesmo. Segundo Cartaxo (2017) essas regras são:

- As informações de como iniciar a entrevista, quanto tempo poderá demorar, em que local e circunstância poderão ser realizadas, como proceder em caso de recusa, etc, devem ser elaboradas com clareza, para que o entrevistador se sinta seguro durante a entrevista;
- As questões devem de ser de fácil leitura para o entrevistador e de fácil compreensão para o entrevistado.
- A elaboração de questões ameaçadoras deve ser feita de modo a eu o entrevistado responda sem constrangimentos;
- Devem ser evitadas questões abertas, caso isso aconteça, o entrevistador deve anotar de imediato as suas respostas, tendo cuidado para que as anotações correspondam à realidade, pois entre aquilo que é dito e aquilo que se transcreve por vezes, não é equivalente.

#### **4.5 – SÍNTESE**

Para a realização de um processo de investigação, é fundamental selecionar um método de recolha de dados que permita obter informações relevantes para a investigação em causa. Diversas metodologias de recolha de dados poderiam ser utilizadas, como por exemplo a observação, o inquérito por entrevista ou questionário e a análise de documentos, no entanto como se trata de uma instituição de saúde, o método escolhido foi o inquérito por entrevista, devido às condicionantes presentes associadas à área de investigação (Freixo, 2006).

De acordo com o principal objetivo de investigação, os possíveis entrevistados e a instituição em estudo, de entre as várias tipologias de entrevista, como as entrevistas estruturadas, focalizadas, informais e formalizadas ou semiestruturada a tipologia de entrevista selecionada foi a semiestruturada, isto porque, apresenta um conjunto de características que se adequam a este estudo, o guião associado a esta tipologia permite focalizar as principais áreas de investigação, dando liberdade ao entrevistador e entrevistado para a exploração de outras, ao longo da entrevista.

Desta forma, foram planeadas 6 entrevistas, através da elaboração de guião direcionado aos enfermeiros chefes dos hospitais da RLVT, de modo a obter informações sobre a influência das Capacidades Dinâmicas em contexto hospitalar.

## **5 – ANÁLISE DE RESULTADOS**

### **5.1 – INTRODUÇÃO**

Neste capítulo são apresentados e analisados os dados obtidos relativos a seis entrevistas semiestruturadas, efetuadas aos enfermeiros chefes, pertencentes aos hospitais da Região de Lisboa e Vale do Tejo.

Estas entrevistas foram realizadas por videochamada, isto porque devido à pandemia e às restrições existentes no país, não foi possível efetuá-las presencialmente como tinha sido planeado, aquando a elaboração do guião. A sua duração variou entre os 20 e os 44 minutos, tendo sido feitas as anotações necessárias ao longo da entrevista, para a obtenção dos resultados para o presente estudo.

Inicialmente pretendia-se obter entrevistas nos dez hospitais envolvidos neste estudo, no entanto, devido à situação pandémica só foi possível recolher seis entrevistas. Para a proteção dos entrevistados, não será divulgada a sua identidade, nem o nome da instituição em que prestam os seus serviços.

Ao longo deste capítulo, em primeiro lugar procura-se analisar individualmente, as respostas às várias questões colocadas aos entrevistados, e em segundo lugar, verificar de que forma os resultados obtidos, corroboram com os estudos previamente analisados para a elaboração desta investigação.

## 5.2 – ANÁLISE DAS QUESTÕES DO GUIÃO DE ENTREVISTA

**Questão 1 – “De que forma a organização se têm adaptado para responder às novas doenças? Nas últimas décadas quais as alterações organizacionais que tem verificado? Considera que essas adaptações contribuíram para enfrentar esta nova realidade (covid-19)?”**

Quando colocada esta questão aos entrevistados, na maioria, todos eles rapidamente referiram que as adaptações que têm sido feitas ao longo dos anos, tanto para dar resposta a novas doenças como à melhoria continua do serviço prestado aos seus utentes, são inúmeras, tanto a nível pessoal e individual, como a nível técnico.

A maioria dos entrevistados considera que as principais adaptações feitas nos últimos anos, relacionam-se principalmente com a formação continua, cada vez mais diferenciada dos enfermeiros, a introdução de tecnologia e a digitalização ao longo dos processos, bem como questões relacionadas com a higienização, que permitem à instituição uma melhor abordagem de todos os problemas, uma melhoria na gestão de equipas e uma adaptação mais atempada às alterações externas.

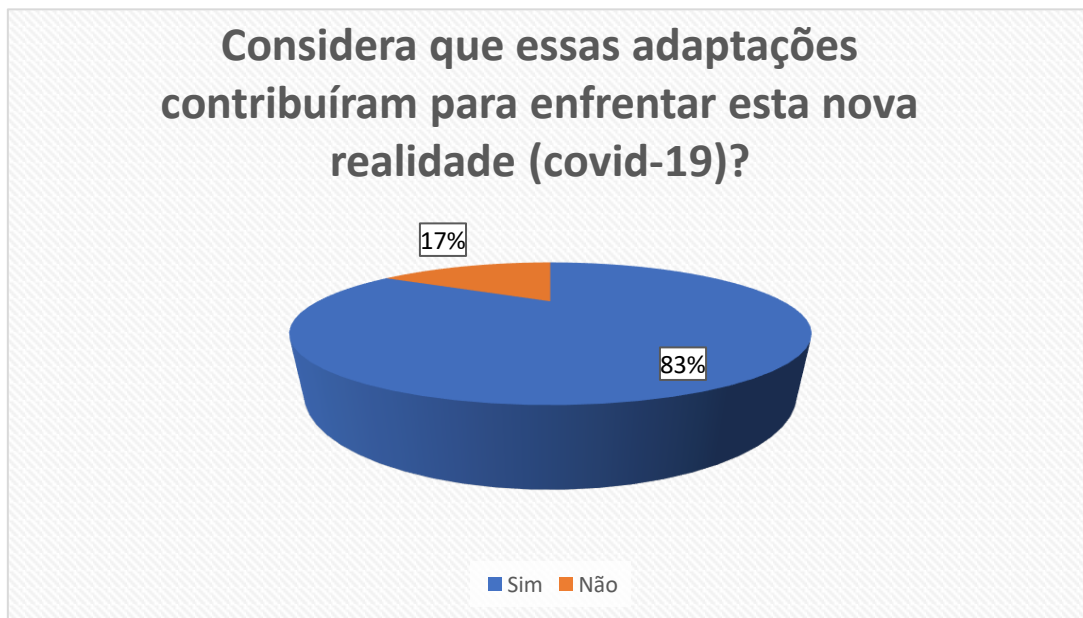
Numa outra perspetiva, é defendido por dois entrevistados, que os hospitais são estruturas especializadas e capacitadas para se adaptar e ajustar rapidamente sempre que seja necessário, e o exemplo está na capacidade de resposta dada à pandemia pela qual todos estamos a passar.

Ainda é referido que, nas últimas décadas se tem vindo a verificar uma estruturação, subjacente ao crescente número de patologias, associado a um envelhecimento da população e consequente aumento da morbilidade. Esta estruturação tanto nos serviços/especialidades, como nas equipas, torna-as cada vez mais capacitadas e especializadas, permitindo uma melhor adaptação para enfrentar esta dura realidade do Covid-19. As equipas tendem a ser cada vez mais capazes de se mobilizar, e embora haja mais especialistas na área da enfermagem, estes também tendem a ser mais dinâmicos, isto é, com melhores conhecimentos e experiências diferenciadoras, o que é sem dúvida uma mais valia no ato de cuidar em situações complexas como as que se vivem atualmente.

Ainda assim, um outro entrevistado, concordando que o perfil do doente tem vindo a alterar-se e a multiplicar-se, afirma que a organização atual por especialidades, talvez não seja a melhor em situação pandémica.

Em suma, dos seis entrevistados, cinco deles afirmam que as adaptações realizadas foram úteis no combate à pandemia, enumerando como principais as seguintes:

- ✓ Formação;
- ✓ Estruturação de especialidades e equipas;
- ✓ Introdução de tecnologia;
- ✓ Digitalização ao longo dos processos;
- ✓ Higienização.



*Gráfico 1 - Considera que essas adaptações contribuíram para enfrentar esta nova realidade (covid-19)?*

Fonte: Elaboração própria

## **Questão 2 – “Como é que a equipa que lidera, se adaptou à pandemia? Quais as principais alterações?”**

Os entrevistados quando questionados sobre a adaptação da sua equipa à pandemia, e que alterações tiveram de ser feitas neste contexto, as respostas foram diversificadas.

Em algumas das abordagens, foi referido que as equipas sofreram alteração na sua estrutura e foi necessário recorrer a formação urgente, de forma a simplificar processos, aumentar stocks e reforço de material, para que nada faltasse, tanto a nível de recursos humanos como materiais, ou seja, à medida que a situação pandémica avançava, os ajustes eram feitos com base em ordens superiores e de tutela.

Também foi referido, que para as equipas oferecerem respostas em tempo útil, tendo em conta que cada profissional tem o seu perfil, foi essencial, em simultâneo, com o trabalho prático exigido diariamente, treinar os processos, como por exemplo, nos cuidados relativos ao ato de equipar e desequipar, higienização e desinfeção mais frequentes, criar rotinas, criar circuitos, adicionar componentes tecnológicos, elaborar protocolos de serviço e reduzir os profissionais em áreas partilhadas.

No entanto, um dos entrevistados, afirma que numa primeira fase se sentia muito entusiasmando na gestão da sua equipa, mas atualmente o cansaço é imenso e não tem grande margem para a sua gestão.

Resumidamente, com base nos resultados expostos, verifica-se que todas as equipas tiveram de se adaptar, sendo que as principais alterações efetuadas foram as seguintes:

- ✓ Alteração da sua estrutura;
- ✓ Treino de processos;
- ✓ Criação de rotinas;
- ✓ Criação de circuitos;
- ✓ Adição de componentes tecnológicos;
- ✓ Elaboração de protocolos de serviço;
- ✓ Redução de profissionais em áreas partilhadas.

É de salientar, que ao longo das entrevistas, os entrevistados responderam às questões 1 e 2, identificando adaptações quer da equipa, quer da organização em ambas. Posto isto, procedeu-se à elaboração da seguinte tabela, que agrupa todas as adaptações enumeradas pelos entrevistados, tanto na organização como na equipa.

| Entrevistados  | Adaptações                                                                                                                                                    |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Entrevistado 1 | Formação<br>Introdução de tecnologia<br>Digitalização de processos                                                                                            |
| Entrevistado 2 | Treino de processos<br>Questões de Higienização                                                                                                               |
| Entrevistado 3 | Criação de rotinas<br>Treino de processos<br>Estruturação de equipas e especialidades<br>Redução de profissionais em áreas partilhas<br>Protocolos de serviço |
| Entrevistado 4 | Formação                                                                                                                                                      |
| Entrevistado 5 | Criação de rotinas<br>Treino de processos<br>Adição de componentes tecnológicos<br>Estruturação em especialidades                                             |
| Entrevistado 6 | Simplificação de processos<br>Estruturação das equipas<br>Formação                                                                                            |

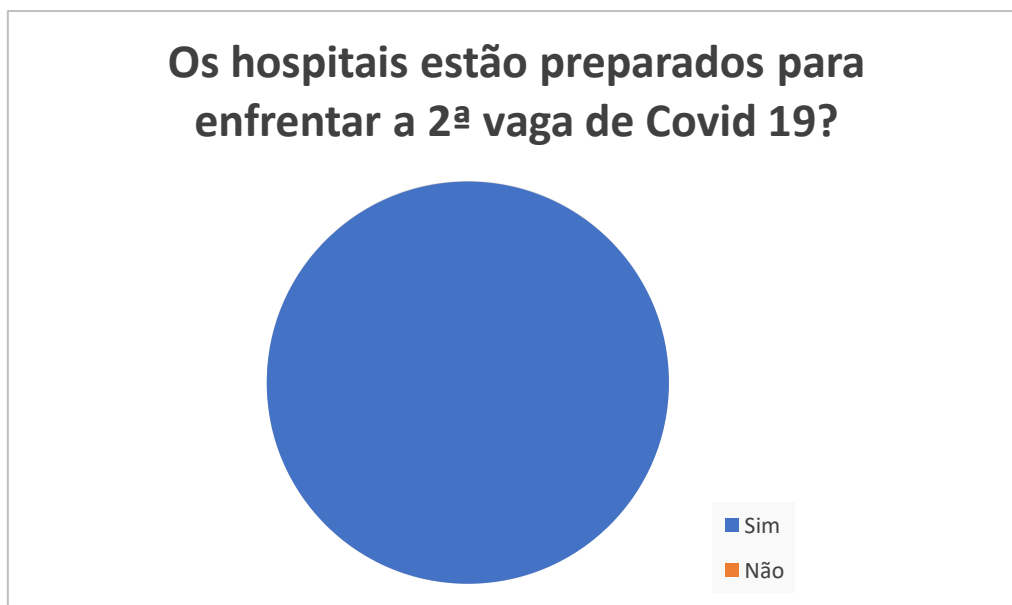
*Tabela 10 - Adaptações efetuadas ao longo da pandemia*

Fonte: Elaboração própria

### **Questão 3 – “Relativamente à 1ª vaga de Covid 19 que aprendizagens foram feitas? Estão agora preparados? Se sim, como?”**

Sobre a primeira parte desta questão, que consiste nas aprendizagens feitas ao longo da primeira vaga de Covid 19, as respostas são bastante idênticas, visto que a maioria declara que a primeira vaga foi importante para definir e interiorizar rotinas, alterar processos e essencialmente aprender a lidar com uma situação, que até então era desconhecida.

Relativamente à segunda parte deste questão, que tem como objetivo perceber se as instituições estão atualmente preparadas, e de que forma se prepararam, os questionados afirmam que sim, hoje estão muito mais bem preparados que na primeira vaga, embora a aprendizagem seja constante, sentem que no decorrer dos dias, conseguem atingir resultados cada vez melhores, tendo a perfeita noção que a capacidade de resposta, hoje é mais reduzida, dada a procura que existe e não pela falha das instituições de saúde. No entanto, asseguram que apesar de todo o esforço, as infraestruturas e os recursos humanos são limitados, por muito que exista aumento destes.



*Gráfico 2 - Os hospitais estão preparados para enfrentar a 2ª vaga de Covid 19?*

Fonte: Elaboração própria

**Questão 4 – “Quais os recursos que estão agora a ser utilizados, que antes não eram?  
Estes novos recursos têm contribuído para melhorar o desempenho da  
organização?”**

Relativamente a esta questão, em que se questiona, sobre que recursos estão atualmente a ser utilizados, que antes da pandemia não se utilizavam, bem como, o seu contributo para melhorar o desempenho da organização, três dos entrevistados, focaram a sua resposta, no reforço de recursos humanos, defendendo que só desta forma se conseguiu colmatar falhas.

No entanto, dois dos entrevistados afirmam algo bastante interessante, isto é, que apesar do reforço de recursos humanos, existe uma maior taxa de ausência dos mesmos, devido ao cansado extremo e a baixas causadas pela ansiedade. Isto, torna as equipas mais unidas, porque sabem que um bom trabalho, depende do contributo de cada elemento da sua equipa.

Outra das repostas aborda o equipamento médico, e também é referido por mais do que um entrevistado, a utilização da tecnologia, que até então, não era muito utilizada, mas que neste contexto fez toda a diferença, só assim se consegue diminuir a distância entre o doente e a família, responder a todas as solicitações, como facultar estratégias pedagógicas através do Youtube e rádio.

Ainda é dito, que se utilizam os mesmos recursos que anteriormente, sendo que inicialmente se verificou algumas falhas de materiais.

Por fim, é importante realçar mais uma resposta, em que um entrevistado refere que todos os recursos que estavam disponíveis foram utilizadas, procurando dar o mínimo de resposta às necessidades. Na sua opinião, para melhorar o desempenho é necessário que exista outro tipo de adaptação e um planeamento mais eficaz.

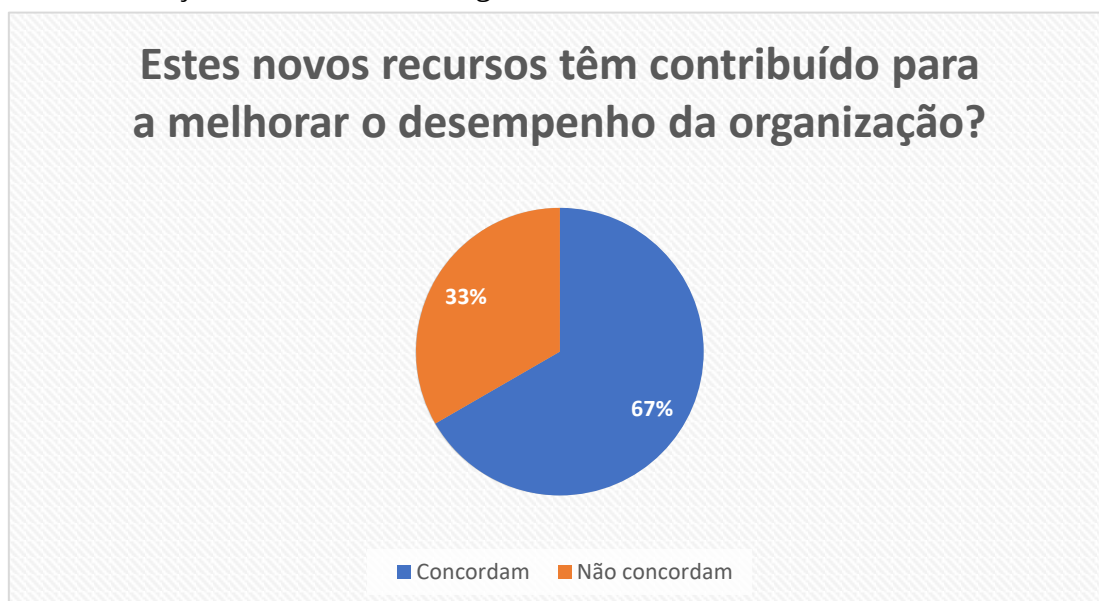
| <b>Entrevistados</b> | <b>Novos recursos que contribuem para a melhoria do desempenho organizacional</b> |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Entrevistado 1       | Recursos humanos                                                                  |
| Entrevistado 2       | Recursos humanos e tecnológicos                                                   |
| Entrevistado 3       | Não são necessários mais recursos                                                 |
| Entrevistado 4       | Equipamento médico<br>Recursos humanos e tecnológicos                             |
| Entrevistado 5       | Recursos humanos e tecnológicos                                                   |
| Entrevistado 6       | -                                                                                 |

*Tabela 11 - Novos recursos que contribuem para a melhoria do desempenho organizacional*

Fonte: Elaboração própria

Ou seja, os recursos que têm contribuído para melhorar o desempenho das instituições de saúde são:

- ✓ Reforço de recursos humanos;
- ✓ Equipamento médico;
- ✓ Utilização de recursos tecnológicos.



*Gráfico 3 - Estes novos recursos têm contribuído para a melhorar o desempenho da organização?*

Fonte: Elaboração própria

**Questão 5 – “A nível tecnológico a organização está preparada para enfrentar estes novos desafios? Têm recursos suficientes? Competências necessárias? Quais as adaptações que têm de ser feitas?”**

Os entrevistados quando questionados com a primeira parte desta pergunta, ou seja, se a organização está preparada a nível tecnológico para enfrentar novos desafios, só um enfermeiro – chefe, respondeu que sim, que existem recursos tecnológicos adequados às necessidades.

Quanto à segunda parte da questão, em que se perguntou se têm recursos e competências necessárias para enfrentar desafios, foi referido por um entrevistado relativamente aos recursos, que atualmente há uma preocupação na substituição dos equipamentos tecnológicos, para criar condições para melhorar os sistemas de informação, já no que se refere às competências, praticamente todos os entrevistados afirmam que é necessária mais formação, sem ela, não conseguem acompanhar o avanço tecnológico, o que pode ser prejudicial para a prestação do serviço. No entanto, um entrevistado considera que neste momento, a formação tecnológica, não é uma prioridade.

Relativamente às adaptações que necessitam de ser feitas, dois entrevistados referem que é necessário criar novas condições para responder ao acesso das visitas, utilizando as tecnologias para minimizar a distância entre o doente e a família, pois atualmente para que isso aconteça é necessário recorrer aos telemóveis pessoais. Outra das sugestões dadas neste sentido, é a digitalização da informação relativa ao paciente, para o familiar/acompanhante.

Outros dois entrevistados referem que outra das adaptações necessárias, passa por, através de sistemas informáticos mais avançados, a interligação de vários sistemas e estruturas de saúde existentes, que ajudará e muito na gestão de situações pandémicas como a que vivemos.

Um único entrevistado, refere uma opinião um pouco contraditória à dos seus colegas, dizendo que apesar dos recursos tecnológicos serem necessários, quanto mais existirem, maior terá de ser a capacidade de gestão e tecnológica do gestor de equipa, sendo que, a dependência total da tecnologia também pode ter pontos fracos, caso existam dificuldades de acesso à internet, podendo invalidar todo o processo.

**Questão 6 – “Os Recursos Humanos são reconhecidos pelo seu conhecimento, e este é utilizado para melhorar os serviços prestados? Considera que esse reconhecimento tem vindo a aumentar após a chegada da Pandemia?”**

Na sexta e última questão, onde se questiona se os recursos humanos são reconhecidos pelo conhecimento que têm, e o se o mesmo, é utilizado para melhorar os serviços prestados, um dos entrevistados afirma que ter conhecimento não é tudo, ou seja, para melhorar os serviços prestados é necessário saber aplicá-lo, absorver informações e definir estratégias de aprendizagem. Outros dois entrevistados, referem que o reconhecimento é algo que precisa de ser urgentemente resolvido, sobretudo a nível financeiro, visto que atualmente os profissionais estão mais cansados e desgastados com toda a situação, e sendo eles o pilar do SNS, é indispensável a valorização do seu trabalho.

Quanto ao conhecimento ambos defendem, que é algo que se vai acumulando ao longo dos anos, através de rotinas e de aprendizagens em contexto de serviço, sendo que neste momento, devido à falta de profissionais, os processos de recrutamento são constantes, e para responder às necessidades do SNS, é importante existir uma política de recrutamento e retenção de talentos mais eficaz, sendo relevante recrutar profissionais capacitados, ou seja, com capacidade de inovar de se adaptar face à nova realidade. Concluindo que quanto maior for o conhecimento, maiores e melhores os resultados alcançados.

Um outro enfermeiro-chefe, ainda acrescenta que hoje estamos muito mais bem preparados e com níveis de conhecimento sobre a situação muito melhorados em comparação ao início da pandemia. Sem dúvida que este conhecimento é a chave para o sucesso dos serviços prestados.

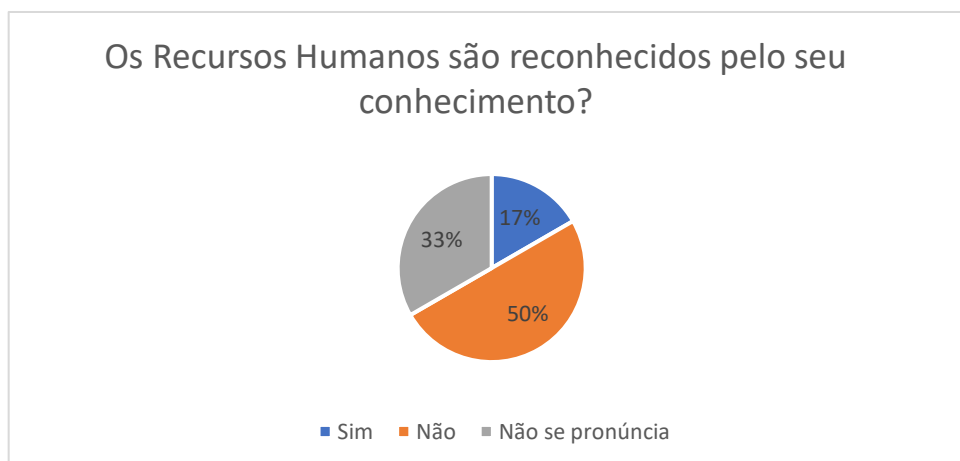
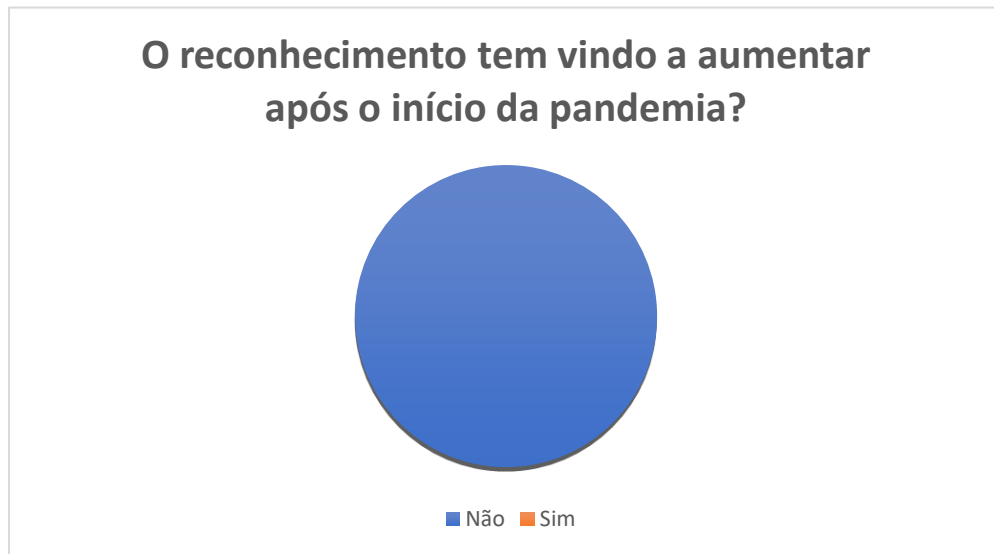


Gráfico 4 - Os Recursos Humanos são reconhecidos pelo seu conhecimento?

Fonte: Elaboração própria

Já sobre a segunda parte da questão, em que se questiona se considera que o reconhecimento tem vindo a aumentar após o início da pandemia, só um dos entrevistados é que se pronuncia claramente sobre a questão, afirmando que no início da pandemia esse reconhecimento existiu.



*Gráfico 5 - O reconhecimento tem vindo a aumentar após o início da pandemia?*

Fonte: Elaboração própria

### 5.3 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

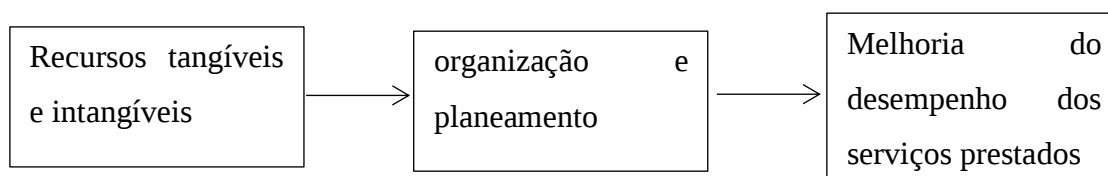
De acordo com a revisão bibliográfica realizada e com as respostas obtidas ao longo das entrevistas, verifica-se que a base, para o desenvolvimento das Capacidades Dinâmicas, que por consequência, culmina num melhor desempenho organizacional, está nos recursos. Já em 1991, Barney, Arikan e Grant, desenvolveram a primeira abordagem, A Visão Baseada nos Recursos (VBR), que deu origem aos mais variados estudos na área das Capacidades Dinâmicas, referiam isso mesmo, que uma organização revela um desempenho superior, com base no ambiente interno da organização, isto é, devido aos seus recursos internos.

Os recursos podem ser tangíveis ou intangíveis, segundo Muhanna (2010), e divididos em três grupos, recursos de capital humano, recursos de capital físico e recursos de capital organizacional, com base nas respostas dadas, à questão sobre “Quais os recursos que estão agora a ser utilizados, que antes não eram? Estes novos recursos têm contribuído para melhorar o desempenho da organização?”, em que se pretende compreender qual o papel dos recursos, no atual desempenho das instituições de saúde, percebe-se que para fazer frente à pandemia, foi essencial adquirir novos recursos e adquirir outros que estavam em falta, principalmente recursos de capital humano e capital físico, dando ênfase aos seguintes:

- ✓ Reforço de recursos humanos;
- ✓ Adquisição de equipamento médico;
- ✓ Utilização de recursos tecnológicos.

Para se conseguir prestar os cuidados de saúde exigidos, os entrevistados afirmam que a principal falha detetada de imediato foi ao nível dos recursos humanos, estes não eram suficientes e dadas as circunstâncias, todos os dias se verificam várias ausências, devido a ansiedade e ao cansaço dos profissionais. Quanto ao equipamento médico, este tornou-se insuficiente, porque a procura num curto espaço de tempo aumentou drasticamente. Por fim, os recursos tecnológicos, que até à então não eram muito utilizados, foram a chave para a resolução de várias questões, como por exemplo, na diminuição do distanciamento entre o utente e a sua família, o único problema relativo ao uso da tecnologia, abordado por vários entrevistados, é falta de formação dos profissionais de saúde nesta área.

Uma outra contribuição dada relativa aos recursos, é que não é suficiente utilizar os recursos disponíveis ou adquirir novos, é necessário proceder à sua organização e planeamento, caso contrário, a sua utilidade é nula, sendo essa uma das razões pela qual as instituições de saúde, por vezes não atingem o desempenho que tanto gostariam, na prestação dos seus serviços, pela falta de planeamento dos seus recursos. Corroborando com aquilo que é defendido por Barney e Wright, (1998), uma organização para rentabilizar os seus recursos, de modo a aumentar o seu desempenho, o seu foco, tem de ser a organização de recursos.



*Figura 21 - Influência dos recursos no desempenho*

Fonte: Elaboração própria

Quanto à questão sobre se “Relativamente à 1ª vaga de Covid 19 que aprendizagens foram feitas? Estão agora preparados? Se sim, como?”, em que o objetivo é perceber se a aprendizagem teve influencia no grau de desempenho demonstrado na 2ª vaga, conclui-se que sim, os hospitais estão muito mais bem preparados para enfrentar esta 2ª vaga, devido às aprendizagens feitas na primeira fase de pandemia, sendo que a aprendizagem é constante, e neste caso em específico, todos os dias se aprende, e o que importa é retirar de cada dia, tudo aquilo que possa beneficiar o doente em situações futuras.

Mas para que tal aconteça, de acordo com o que foi respondido pelos entrevistados, é necessário que as aprendizagens, sejam interiorizadas em rotinas, e os processos sofram alterações, ajustando cada rotina/processo à situação que é vivenciada em cada momento. Esta conclusão, vai ao encontro do que é defendido por Muhanna (2010), em que os recursos para que possam conferir à organização um impacto positivo no seu desempenho, é fundamental que sejam transferidos em processos ou rotinas.

Para se dar respostas em tempo útil, num clima de grande instabilidade foi necessário treinar processos/rotinas, de forma a melhorar o desempenho da organização, como por exemplo, treinar repetidamente, o ato de equipar e desequipar, higienização e desinfeção

mais frequentes. Esta informação vai ao encontro da definição de rotina dada por vários autores, por exemplo, Zollo e Winter (2002) caracterizam-na como um padrão estável de comportamento que determina as reações de uma organização aos variados estímulos internos e externos, também na perspetiva de Nelson e Winter (2005), podem ser definidas como padrões repetitivos de atividades dentro de uma organização.

Relativamente aos processos, como é dito por vários entrevistados, é importante alterá-los de acordo com as necessidades do ambiente externo, transformando-os depois, em rotinas que perdurem no tempo, é isto que tem acontecido nas instituições de saúde para dar resposta a um clima tão dinâmico, causado por esta pandemia, corroborando com as ideias dos seguintes autores, Ferreira (), Birnholtz, Cohen e Hock (2009), Camargo e Meirelles (2012), e Cappellari (2017), em que o primeiro identifica o processo como o modo como uma operação é realizada, os segundos, afirmam que é através dos processos regenerativos que se desenvolvem rotinas, os terceiros, vêem que os processos são a base de transformação dos *inputs* em *outputs*, isto é, os processos fazem parte das rotinas, logo, não há rotina, sem que se inicie em primeiro lugar a repetição de um processo, por fim, Cappellari (2017) define que o processo é uma ação demorada que envolve determinada atividade.

Conclui-se assim, através da análise desta questão, quando o ambiente é dinâmico, e é necessário responder rapidamente, torna-se imperativo, verificar a existência de recursos disponíveis, caso a organização não possua recursos suficientes, terá de proceder à sua aquisição, pois só assim, através de uma boa base de recursos, será possível interiorizar processos, que repetidos várias vezes, se transformam em rotinas, obtendo um melhor desempenho organizacional.

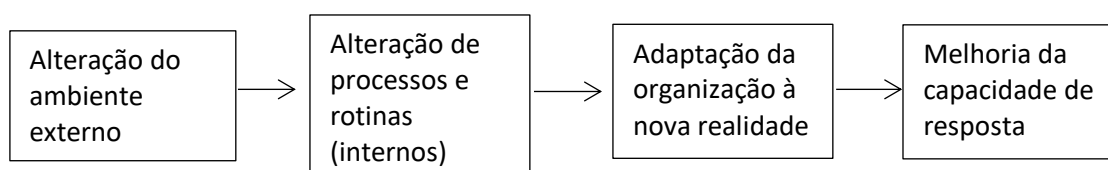
Neste contexto, com a análise das questões “De que forma a organização se tem adaptado para responder às novas doenças? Nas últimas décadas quais as alterações organizacionais que tem verificado? Considera que essas adaptações contribuíram para enfrentar esta nova realidade (covid-19)?” e “Como é que a equipa que lidera, se adaptou à pandemia? Quais as principais alterações?”, em que se tem como objetivo identificar através destas duas questões, se as instituições de saúde, têm capacidade adaptativa, sendo esta uma das três componentes estudadas das Capacidades Dinâmicas, verifica-se que, é devido às rotinas, que se conquista tais adaptações, tanto na equipa como na organização, destacando-se, portanto, as afirmações de Feldman e Rafaeli (2008), que explicam que as rotinas criam condições de adaptação e definem padrões estáveis, e a de Camargo e

Meirelles (2012), que defendem que as rotinas organizacionais são o pilar das Capacidades Dinâmicas, pois, na perspetiva das Capacidades Dinâmicas, tanto as rotinas como os processos fornecem suporte à geração de novas ideias, novos produtos e serviços, bem como na seleção e implementação de mudança.

Relativamente à primeira questão, em que o foco é a organização, e as adaptações que têm sido feitas para dar resposta a novas doenças, prestando aos seus utentes os melhores cuidados de saúde, as respostas centram-se principalmente na introdução de tecnologia, higienização e estruturação nos serviços/especialidades, permitindo tanto em outras situações, como na situação atual em que vivemos, uma rápida adaptação.

Já na segunda questão, os entrevistados são bastante objetivos quanto à sua opinião, concluindo-se, que as principais adaptações que se tiveram e têm de continuar a ser implementadas nas equipas são essencialmente, a nível da formação, percebe-se perfeitamente que a formação é crucial para dar resposta à pandemia, a estruturação de equipas, elaboração de protocolos de serviços e a redução de profissionais em áreas partilhadas, de forma a especializar o serviço prestado e a controlar a disseminação do vírus.

Em suma, pode-se afirmar que as instituições de saúde estudadas são detentoras de capacidade adaptativa, visto que todas as adaptações enumeradas anteriormente, foram motivadas por uma alteração do ambiente externo, e pela procura de respostas face a uma realidade diferente, o que corrobora com os estudos de Prahalad e Hamel (1990), em que afirma que a capacidade da organização de criar competências que a permitam adaptar-se de forma rápida a alterações externas é fundamental para que, nas organizações sejam detentoras de Capacidades Dinâmicas, e de Teece et al. (1997), onde o elemento principal da capacidade adaptativa é a capacidade de resposta, que a organização tem, face às necessidades, proporcionando assim, um melhor desempenho organizacional.



*Figura 22 - Adaptação em contexto de mudança*

Fonte: Elaboração própria

Posto isto, e relativamente à questão sobre se, “Os Recursos Humanos são reconhecidos pelo seu conhecimento, e este é utilizado para melhorar os serviços prestados? Considera que esse reconhecimento tem vindo a aumentar após a chegada da Pandemia?”, em que se procura perceber qual a ligação entre o conhecimento e o reconhecimento, e principalmente qual a influencia do conhecimento na melhoria dos serviços prestados, identifica-se que, um dos fatores preponderantes para que uma organização se adapte rapidamente a um novo estímulo externo, é o conhecimento, segundo Gibson e Birkinshaw (2004), que argumentam que a definição de capacidade de adaptação, centra-se na capacidade de a organização reconfigurar os seus recursos coordenando-os com os processos de forma a desenvolver novos serviços, sendo que os grandes motivadores da adaptação organizacional são a tecnologia e o conhecimento (Beckman, Haunschild e Phillips, 2004). Atuahene – Gima, (2005), ainda afirmam que ao explorar o conhecimento leva à descoberta de novos conhecimentos, novas tecnologias ou processos organizacionais e que o grande desafio dos chefes de equipa, se centra no equilíbrio da gestão do conhecimento.

Também é referido nas respostas a esta questão, que o conhecimento é útil, quando se sabe aplicar e é constantemente atualizado pela absorção de novas informações, só assim será possível melhorar o desempenho organizacional, pois foi através das aprendizagens feitas na 1ª vaga, ou seja, da absorção de conhecimentos adquiridos na 1ª vaga sobre o vírus e o seu modo de atuação, que foi possível melhorar o desempenho das instituições. Corroborando com o modelo de Cohen e Levinthal (1990) e Zahra e George (2002), sendo que os primeiros autores a capacidade absorptiva é a capacidade que permite à organização reconhecer o valor de uma informação externa, assimilá-la e aplicá-la, conforme as suas necessidades específicas, referenciando que o conhecimento prévio, é o conjunto de todo o conhecimento acumulado pela organização ao longo da sua existência, os principais fatores internos que se relacionam com esta capacidades, são a qualificação e cultura dos profissionais, Zahra e George (2002), apresentam uma definição mais ampla de capacidade de absorção, definindo-a como um conjunto de rotinas e processos organizacionais pelos quais as organizações adquirem, assimilam, transformam e aplicam o conhecimento para produzir uma capacidade organizacional dinâmica.

Contudo, os profissionais entrevistados revelam o seu descontentamento face ao reconhecimento, afirmando que o SNS, só lhe deu algum, na fase inicial da pandemia, demonstrando que cada vez se sentem mais cansados e desmotivados, sendo que a única

coisa que os faz continuar a dar o melhor de si ao longo de todos estes dias, é o respeito que têm pela profissão e a vontade de dar, dia após dia, melhores cuidados aos seus doentes. O reconhecimento é algo que deveria de ser urgentemente resolvido, visto que impulsiona a motivação, e certamente que os profissionais mais motivados, desenvolvem melhor o seu trabalho.

Com o objetivo de compreender se as organizações de saúde conseguem, através da inovação atingir melhores resultados, recorreu-se às respostas das seguintes questões, “Quais os recursos que estão agora a ser utilizados, que antes não eram? Estes novos recursos têm contribuído para a melhorar o desempenho da organização?” e “A nível tecnológico a organização está preparada para enfrentar estes novos desafios? Têm recursos suficientes? Competências necessárias? Quais as adaptações que têm de ser feitas?”, averigua-se que a utilização de tecnologia, tem permitido a criação de alguns processos inovadores, que até então não eram utilizados, principalmente porque até então, não havia essa necessidade.

Um dos grandes desafios referentes à tecnologia, é que a maioria dos profissionais não tem formação suficiente nesta área, o que incapacita a sua utilização, no entanto afirmam que com a situação atual não se torna algo prioritário. Quanto há existência destes recursos tecnológicos, só um entrevistado afirma que os recursos existentes são suficientes, simplesmente não são utilizados, enquanto que todos os outros destacaram que para melhorar o serviço prestado é necessário, ou a sua substituição, ou aquisição.

Em algumas instituições, a tecnologia, tem sido um grande auxílio, na prestação e na procura de um serviço melhor, por exemplo, consegue-se diminuir a distância entre o doente e a sua família, criando novas condições de acesso a visitas, responder a todas as solicitações, melhorando os sistemas de informação, e até facultar estratégias pedagógicas pelo Youtube e rádio, que permitem alertar e divulgar informações sobre o vírus. Relativamente ao primeiro ponto, importa referir que pela falta de equipamento tecnológico, muitas das vezes, o contacto online feito com a família, tem de se recorrer aos telemóveis pessoais.

Durante as entrevistas, os questionados, ainda facultaram algumas sugestões, para o uso de tecnologia, de forma a melhorar o desempenho, nomeadamente:

- ✓ A digitalização de toda a informação relativa ao paciente, para facultar ao familiar/acompanhante;

- ✓ A interligação de vários sistemas e estruturas de saúde existentes, que ajudará e muito na gestão de situações pandémicas como a que vivemos, através de sistemas informáticos mais avançados.

Em suma, apura-se que as opiniões expostas, vão ao encontro dos estudos de Wang e Ahmed (2007) e Kim (2013), pois a capacidade inovativa surge da capacidade de absorver as informações externas, convertendo-as em processos ou serviços, que resultam num melhor desempenho organizacional, sendo que Wang e Ahmed a definem como a competência de uma organização para desenvolver novos serviços, através da interligação da estratégia da organização com comportamentos e processos inovadores, já Kim apresenta a definição de capacidade de inovação como a “capacidade de criar novos e úteis conhecimentos, baseado no conhecimento que a organização já possui”.

## 5.4 – SÍNTESE

De acordo, com os resultados obtidos, verifica-se que as instituições de saúde, selecionadas para este estudo, se adaptaram à nova situação, em que se verificou uma rápida alteração das necessidades dos utentes, tendo por base o desenvolvimento de Capacidades Dinâmicas.

Os desafios encontrados foram muitos, e ainda hoje, é preciso criar soluções para enfrentar inúmeras barreiras que tendem a surgir, dia após dia. Certo, é o que os profissionais de saúde se encontram muito cansados e desgastados, face a toda esta situação, que parece não ter fim, pelo menos a curto prazo.

A presença de Capacidades Dinâmicas, neste contexto é notória, pois devido a uma nova realidade, os profissionais de saúde em conjunto com os recursos disponíveis, aliaram-se em busca da prestação de um melhor serviço, adaptando-se, absorvendo todas as informações possíveis e até mesmo inovando através de serviços que até então eram impensáveis, corroborando com Teece, Pisano e Shuen (1997), que define Capacidades Dinâmicas como a habilidade da empresa para integrar, construir e reconfigurar competências internas e externas para responder rapidamente às mudanças ambientais.

Em suma, os hospitais para atingirem melhores resultados em ambientes de rápida mudança, centram-se nos seus recursos disponíveis, que por intermedio das aprendizagens feitas (1ª vaga da pandemia), transformam-nas em processos e rotinas, adaptando-se às necessidades existentes em conjunto coma absorção de todas as informações relevantes, culminando na inovação, ou seja, na prestação de novos serviços, como representa a figura seguinte.

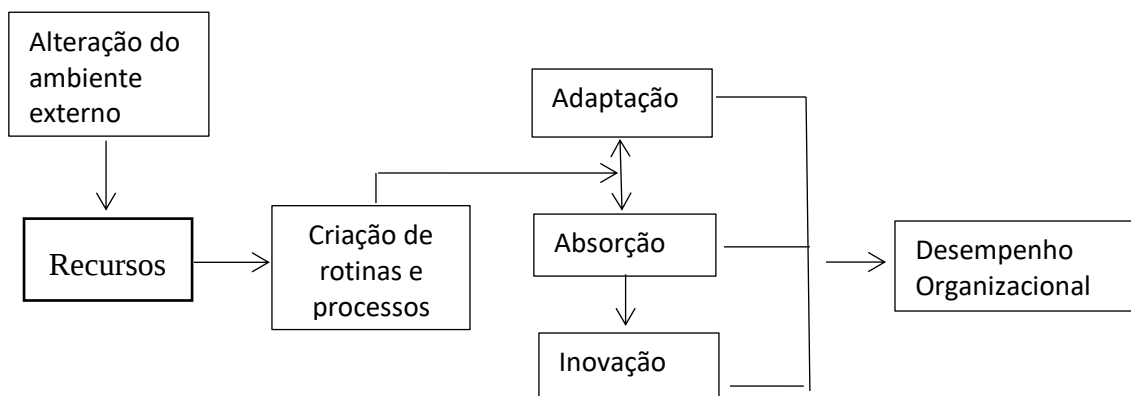


Figura 23 - Modelo de melhoria de desempenho organização nas Instituições de saúde

Fonte: Elaboração própria

## 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

As instituições de saúde em Portugal como todas as outras organizações, devido à globalização e evolução tecnológica, lutam diariamente por se superar na sua área de atuação, desenvolvendo mecanismos e estratégias para se diferenciarem da sua concorrência. Apesar das instituições de saúde trabalharem em conjunto pela prestação de melhores cuidados de saúde à população, cada uma delas, ao longo dos últimos anos, sentiram obrigação de recrutar recursos humanos, cada vez mais capacitados, para as mais variadas áreas, aplicar melhores metodologias e melhor tecnologia, de forma a dar respostas mais adequadas às necessidades dos utentes, sendo eles também cada vez mais exigentes com os cuidados que lhe são prestados. Atualmente, com o aparecimento da pandemia, pode-se afirmar que muitas das soluções encontradas para dar respostas às mais diversas situações, deve-se essencialmente ao investimento desses mesmos recursos em períodos anteriores.

O presente estudo surge precisamente pela verificação destas constantes mudanças que ocorreram nos últimos anos no setor da saúde, focando-se essencialmente no atual desafio, que é vivido a nível mundial, causado pelo aparecimento do SARS-CoV-2.

O principal objetivo centra-se em verificar de que forma as Capacidades Dinâmicas influenciam o desempenho dos hospitais, neste caso aos que pertencem à Região de Lisboa e Vale do Tejo, nesta fase de grande complexidade e mudança. Quanto aos objetivos secundários pretende-se, identificar e caracterizar a existência de Capacidades Dinâmicas nos hospitais da RLVT, verificar de que de forma estas instituições de saúde se adaptaram à nova realidade, perceber também, quais são os principais desafios e como podem ser ultrapassados, por fim, investigar quais foram as alterações efetuadas que contribuíram na melhoria do desempenho destes hospitais.

Para tal, efetuou-se uma ampla revisão de literatura sobre o tema das Capacidades Dinâmicas, incluindo a sua origem, os estudos efetuados e as suas motivações, bem como as várias componentes associadas às Capacidades Dinâmicas.

A primeira abordagem desenvolvida nesta área foi a teoria da Visão Baseada nos Recursos (VBR), que começa por dar ênfase os recursos internos de uma organização, ou seja, afirma que só é possível atingir um melhor desempenho através dos recursos, não explicando como é que se consegue atingir tal desempenho, quando o ambiente é inconstante e turbulento (Eisenhardt e Martin, 2000).

Devido a esta lacuna identificada, Teece, Pisano e Shuen, elaboram uma outra teoria, aquela que dá suporte aos estudos realizados nesta área, a Teoria das Capacidades Dinâmicas, em que defendem que o bom desempenho está relacionando com a envolvente entre os recursos internos de uma organização e o seu ambiente externo. Uma organização só adquire um bom desempenho, se for capaz de integrar, construir e reconfigurar competências externas e internas em direção às mudanças ambientais.

Ao longo dos anos, muito se tem debatido para encontrar uma definição de Capacidades Dinâmicas, no entanto percebe-se que algo bastante complexo, alguns dos autores marcantes pelos estudos desenvolvidos são nomeadamente, Teece *et al.* (1997), Collis (1994), Eisenhardt e Martin (2000), Zollo e Winter (2002), Helfat (2007), Wang e Ahmed (2007), entre outros, todos eles criaram definições de Capacidades Dinâmicas distintas, no entanto, cruzam-se na abordagem a alguns conceitos como, ambiente, mudanças, rotinas, processos e capacidades, salientando ainda que é pela constante procura de uma melhor performance, que se torna possível criar mudanças.

Wang e Ahmed (2007), ainda afirmam que só as organizações detentoras de Capacidades Dinâmicas, adquirem vantagem competitiva/desempenho organizacional, enumerando como os seus elementos principais, a capacidade adaptativa, absorptiva e de inovação. É de salientar que foi com base neste estudo, e no desenvolvimento destes três elementos que esta investigação foi realizada.

Neste contexto, para a elaboração deste estudo selecionou-se o setor da saúde, pelos enormes desafios que lhe são propostos, principalmente a nível epidemiológico, visto que se regista um crescente número de novas epidemias, exigindo as SNS, o desenvolvimento de estratégias capazes de enfrentar novas realidades, de forma rápida e eficiente (Retrato da Saúde, 2018).

Dentro do setor da saúde, várias regiões poderiam ter sido escolhidas para o desenvolvimento deste tema, no entanto, por ser a região onde estamos inseridos, estudamos aprofundadamente a Região de Lisboa e Vale do Tejo.

Esta região está organizada em cinco NUTS III, isto é, em cinco sub-regiões, nomeadamente, Grande Lisboa, Península de Setúbal, Médio Tejo, Oeste e Lezíria do Tejo, prestando auxílio a 52 concelhos e 526 freguesias, correspondendo a um território de 12.216,37 Km<sup>2</sup>, a uma população residente de 3.664 milhares de pessoas e a uma

densidade populacional de 312 habitantes/km<sup>2</sup> (Perfil de Saúde, 2018). Dispondo de vinte e duas unidades hospitalares, das quais oito são centros hospitalares.

Contudo, foram analisadas apenas dez destas unidades, visto que não foram consideradas as unidades de saúde especializadas nem as que têm parceria público-privada (PPP). Sendo então, analisadas as seguintes: Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E., Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, E.P.E., Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E., Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E., Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, E.P.E., Hospital Garcia de Orta, E.P.E., Centro Hospitalar do Barreiro Montijo, E.P.E., Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., Centro Hospitalar do Oeste, E.P.E. e por fim, o Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.

Relativamente à metodologia de recolha de dados, para a presente investigação, selecionou-se a técnica por entrevista, devido às circunstâncias em que vivemos e às suas características, pois é uma técnica completa, flexível e de fácil aplicação.

Tendo presente os principais objetivos, procedeu-se à elaboração de um guião com seis perguntas bastante abrangentes, de forma a responder aos objetivos inicialmente propostos. Este guião foi aplicado a seis enfermeiros chefes, pertencentes aos hospitais da RLVT, escolheu-se esta categoria de profissionais, porque são eles os responsáveis por todas as decisões relativas à sua equipa e pela gestão de todos os processos.

Após a análise das respostas obtidas a partir das seis entrevistas efetuadas, retiraram-se algumas conclusões interessantes. Uma delas, vai ao encontro do estudo de Barney e Wright, (1998), verificando-se que a base para um bom desempenho, é a organização dos recursos. Com a chegada da pandemia, todos os entrevistados referiram que para dar a resposta aos seus utentes, tornou-se imperativo o uso de todos os recursos disponíveis e a aquisição de outros para colmatar as falhas existentes, sem estes recursos não tinha sido possível desenvolver os serviços mínimos para o combate à pandemia. No entanto, não é possível prestar melhores cuidados de saúde, se não se planear e organizar a utilização dos mesmos. Algumas das falhas enumeradas pelos entrevistados são principalmente a nível dos recursos humanos, equipamento médico e tecnológico. Relativamente aos recursos humanos procedeu-se de imediato ao recrutamento de pessoal especializado, já no que diz respeito ao equipamento médico, solucionou-se através da sua aquisição e empréstimo de outras entidades, por fim, os recursos tecnológicos na maioria dos casos já existiam, por vezes a barreira que se coloca à sua utilização é a falta de formação.

Uma outra conclusão, surge na abordagem à segunda questão, em que se percebe que de facto, os hospitais não estavam preparados para enfrentar uma pandemia com estas características, contudo neste momento, já se sentem mais seguros no desenvolvimento das suas ações, devido às aprendizagens adquiridas na 1ª vaga da pandemia. É certo que a aprendizagem é constante e todos os dias, são confrontados com novas situações que culminam em novas aprendizagens. Para que estas aprendizagens se tornem vantajosas no desempenho da organização, de acordo com o que foi dito pelos entrevistados é imprescindível que as aprendizagens, sejam interiorizadas em rotinas, e os processos sofram alterações de acordo com a situação que é vivenciada em cada momento, corroborando com Muhanna (2010).

Posto isto, também é perceptível pelas respostas obtidas que para enfrentar a pandemia, algumas adaptações tiveram de ser feitas, sendo que, tais adaptações só são possíveis, depois de interiorizadas as rotinas/processos, como explica Feldman e Rafaeli (2008), as rotinas são o pilar das Capacidades Dinâmicas. Algumas das adaptações referidas pelos entrevistados foram as seguintes, formação, estruturação de especialidades e equipas, introdução de tecnologia, digitalização e treino dos processos, higienização, criação de rotinas, elaboração de protocolos de serviço e redução de profissionais em áreas partilhadas. Sem dúvida, que foi devido a todas estas adaptações que se conseguiu melhorar o serviço prestado a todos os níveis, sendo possível ultrapassar os vários desafios causados por esta mudança repentina do ambiente externo.

Outra das conclusões, bastante vincada pelos entrevistados é a questão do reconhecimento, estes demonstram que é algo urgente de ser resolvido. Estes profissionais estão completamente exaustos com toda esta situação, muitas das vezes têm de trabalhar mais turnos do que o suportável e o reconhecimento teima em não chegar, tanto pelo nível de conhecimento que detêm, como pelas horas extraordinárias que realizam. Afirmam também, que só através do conhecimento é possível explorar novos desafios, assimilar novas informações, tecnologias e processos, ou seja, o conhecimento é o grande impulsionador para encontrar soluções para os novos desafios, e por consequência melhorar o desempenho organizacional, indo ao encontro de Cohen e Levinthal (1990) e Zahra e George (2002).

Por fim, averigua-se que a tecnologia tem tido um papel preponderante no ato de inovar, verificando-se, que depois de várias adaptações realizadas em sintonia com a assimilação/absorção de informações relevantes, em conjunto com a tecnologia foi

possível inovar em vários processos essenciais para a melhoria dos serviços prestados, corroborando com Ahmed (2007) e Kim (2013). Alguns dos exemplos são os seguintes, diminuir a distância entre o doente e a sua família, criando novas condições de acesso a visitas, responder a todas as solicitações melhorando os sistemas de informação, e até facultar estratégias pedagógicas pelo Youtube e rádio, que permitem alertar e divulgar informações sobre o vírus. Posto isto, ainda muito há para explorar, no entanto os hospitais, de acordo com a sua disponibilidade têm apostado em várias vertentes na procura por um serviço cada vez mais eficientes e diferenciados, mesmo em fase de pandemia.

Quanto às limitações, durante esta investigação foram surgindo algumas, nomeadamente, na realização do capítulo de Revisão de Literatura, visto que é um tema ainda pouco estudado e desenvolvido, sentindo-se por este motivo a necessidade de recolher todos os estudos credíveis encontrados nesta área, que futuramente fossem úteis para o desenvolvimento dos possíveis resultados encontrados. Outra grande limitação esteve presente na aplicação das entrevistas, primeiro porque selecionou-se para este estudo o setor da saúde, mais concretamente os hospitais pertencentes à RLVL, sendo que estão muito atarefados com toda esta situação e focados na procura de respostas face a este novo vírus, não tendo muita disponibilidade para colaborar neste tipo de estudos o que é perfeitamente compreensível. Em segundo, as entrevistas foram aplicadas aos enfermeiros chefes, que estão muito cansados e desgastados com toda esta situação, demonstrando que apesar de quererem ajudar, numa altura como esta não dispõem de grande disponibilidade para tal, sendo por este facto que só se conseguiram seis entrevistas. Por último, como é uma situação muito recente, as respostas também não foram muito objetivas tornando difícil a análise de dados.

Relativamente a futuras linhas de investigação para a comunidade científica, seria interessante, já que esta investigação se focou na RLVL, realizar o mesmo tipo de estudo noutras regiões do país ou mesmo a nível mundial. Também seria igualmente interessante, perceber o impacto da pandemia noutros setores, visto que, apesar do setor da saúde estar efetivamente na linha da frente no combate à pandemia, esta teve impacto, de uma forma ou de outra, em praticamente todos os outros setores.

Por fim, seria também aliciante, aplicar novamente este estudo, que foi realizado em plena pandemia, após pandemia, depois de uma reflexão e interiorização de toda esta situação, conseguindo obter resultados mais concretos e objetivos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amado, J. (2013). *Manual de Investigação Qualitativa em Educação*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Ambrosini, V., & Bowman, C. (2009). What are dynamic capabilities and are they a useful construct in strategic management? *International Journal of Management Reviews*. 11(1), pp. 29–49.

Amit, R.; Schoemaker, P. (1993). Strategic assets and organizational rent. *Strategic Management Journal*. 14, 33-46.

Argote, L., & Ren, Y. (2012). Transactive Memory Systems: A Microfoundation of Dynamic Capabilities. *Journal of Management Studies*. 24, 1-8.

Atuahene-Gima, K. (2005). Resolving the capability-rigidity paradox in new product innovation. *Journal of Marketing*, 69, 61-83.

Auguier M., & Teece, D. (2009). Dynamic Capabilities and the Role of Managers in Business Strategy and Economic Performance. *Organization Science*, 20, 410 – 421.

Barney, J., & Arikan, A. (1991). Firm resources and sustained competitive advantage. *Journal of Management*, 17, 99–120.

Barney, J. (1991). Firm resources and sustained competitive Advantage. *Journal of Management*. 17(1), 99-120.

Barney, J.; Wright, M. (1998). On becoming a strategic partner: the role of human resources in gaining competitive advantage. *Human Resource Management*, 37(1), 31–46.

Beckman, C., Haunschild, P., & Phillips, D. (2004). Friends or strangers? Firmspecific uncertainty, market uncertainty, and network partner selection. *Organization Science*, 15(3), 259-275.

Ben-Menahem, S., Kwee, Z., Volberda, H., & Van Den Bosch, F. (2013). Strategic Renewal Over Time: The Enabling Role of Potential Absorptive Capacity in Aligning Internal and External Rates of Change. *Long Range Planning*, 46(3), 216–235.

Biazzi, F. (2012). Intellectual capital and organizational renewal: building dynamic capabilities through people. *Brazilian Administration Review*, 9, 38-59.

Birnholtz, J., Cohen, M., & Hoch, S. (2009) Is the 'same'? Observing regeneration or organizational character at Camp poplar Grove. In: Becken, M., Lazaric, N. *Organizational Routines: Advancing Empirical Research*, 7, 131-158.

Baganha, M., Ribeiro, J., & Pires, S. (2002). O Sector da Saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional. *Oficina do Centro de Estudos Sociais*, 182.

Belei, A. (2008). O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. *Revista Cadernos de Educação*, v. 30, p. 187-199. Acedido a 17/12/2020, <http://www.periodicos.ufpel.edu.br>

Bogdan, R. & Biklen. S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora.

Brahma, S., & Chakraborty, H. (2011). From industry to firm resources: resource-based view of competitive advantage. *Journal of Business Strategy*, 8 (2), 7-21.

Bresser, K., & Powalla, C. (2012). Practical implications of the resource based view: asseting the predictive power of the VRIO framework. *Zeitschrift fur Betriebswirtschaft*. 82, 335-359.

Burns, T., & Stalker, G. (1961). *The management of innovation*. London: Tavistock Publications.

Brites, F. (2014) *Tecnologias de Informação na Gestão aplicadas à Comunicação dos Serviços de Saúde: Estudo de caso na Rede Hospitalar do distrito de Lisboa*. (Dissertação de Mestrado em Administração. Instituto Superior de Gestão, Lisboa).

Bygdas, A. (2006). Enacting dynamic capabilities in distributed organisational environments. *Proceedings of the EGOS Conference*, 22.

Camargo, A., & Meirelles, D. (2012). Capacidades Dinâmicas: O que São e Como Identificá-las? *Revista de Administração Contemporânea*, 3, 41-64.

Camisón, C., & Forés, B. (2010). Knowledge absorptive capacity: new insights for its conceptualization and measurement. *Journal of Business Research*, 63(7), 707-715.

Cappellari, G. (2017). *Inteligência de mercado e desenvolvimento de capacidades dinâmicas: relações na gestão estratégica dos negócios*. (Dissertação de Mestrado em

Desenvolvimento. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil).

Cartaxo, J. (2017). Performance na Centralização Logística: Estudo de caso nos Armazéns do Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE. (Dissertação de mestrado em gestão, IPT-Instituto Politécnico de Tomar, Portugal).

Chamberlin, E. (1933). *The theory of monopolistic competition*, Cambridge, MA: Harvard University.

Collis, D. (1994). Research note: how valuable are organizational capabilities? *Strategic Management Journal*, 15, 143–152.

Cohen, W., & Levinthal, D. (1990). Absorptive Capacity: A New Perspective on Learning and Innovation. *Administrative Science Quarterly*, 35(1), 128-152.

Di Stefano, G., Peteraf, M., & Verona, G. (2014). The Organizational Drivetrain: A Road To Integration of Dynamic Capabilities Research. *Academy of Management Perspectives*.

Decreto-Lei n.º 161/96. Diário da República n.º 205/1996 – I Série. Lisboa

Decreto Lei n.º 248/2009 de 22 de setembro. Diário da República n.º 184/2009 - I Série. Lisboa

Decreto Lei n.º 71/2019 de 27 de maio. Diário da República n.º 101/2019 - I Série. Lisboa

Dosi, G., Nelson, R. & Winter, S. (2008). Introduction: The Nature and Dynamics of Organizational Capabilities. *The Nature and Dynamics of Organizational Capabilities*, 1-22.

Doving E., & Gooderham, P. (2008). Dynamic capabilities as antecedents of the scope of related diversification: the case of small firm accountancy practices. *Strategic Management Journal*, 29, 841–857.

Eisenhardt, K., & Martin, J. (2000). Dynamic capabilities: what are they? *Strategic Management Journal*, 21 (10), 1105-1121.

Fahy, J. (2000). The resource-based view of the firm: Some stumbling-blocks on the road to understanding sustainable competitive advantage. *Journal of European Industrial Training*, 24(2), 94-104.

- Fang, S., Chang, E., & Chou, C. (2014). Internal market orientation, market capabilities and learning orientation. *European Journal of Marketing*, 45, 170-192.
- Felodman, M., & Rafaeli, A. (2008). Organizational routines as a source of connections and understandings. *Journal of Management Sciences*.
- Ferreira, G. (2017). *Capacidade de Absorção e Desempenho em Inovação em Empresas Familiares Brasileiras*. (Tese de Doutoramento em Gestão. Universidade da Beira Interior, Covilhã).
- Flatten, T., Engelen, A., Zahra, S., & Brettel, M. (2011). A measure of absorptive capacity: Scale development and validation. *European Management Journal*, 29(2), 98–116.
- Fleury, A. (2003). *Estratégias competitivas e competências essenciais*, vol.10, 129-144.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Freixo, J. (2006). *Teorias e Modelos de Comunicação*. Lisboa. Instituto Piaget.
- Galbreath, J. (2004). *Determinants of firm success: a resource-based analysis*. (Doctoral Thesis. Graduate School of Business).
- Gallopin, G. (2006). Linkages between vulnerability, resilience, and adaptive capacity. *Global Environmental Change*, 16(3), 293-303.
- Gibson, G., & Birkinshaw J. (2004). The antecedents, consequences, and mediating role of organizational ambidexterity. *Academy of Management Journal*, 47(2), 209-226.
- Gil, C. (2008). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Editora Atlas, SA - 6ª Edição.
- Graça, L. (2015). História e memória da saúde pública. Lisboa: *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(2), 125–127.
- Grant., R. (1991). The resource-based theory of competitive advantage: implications of strategy formulation. *California Management Review*. 33(3), 114-135.
- Helfat, C., & Peteraf, M. (2003). The dynamic resource-based view: capability lifecycles. *Strategic Management Journal*, 24, 997-1010.

Helfat, C., Finkelstein, S., Mitchell, W., Peteraf, M., Singh, H., Teece, D., & Winter, S. (2007). *Dynamic capabilities: Understanding strategic change in organizations*.

Jansen, J., Van Den Bosch, F., & Volberda, H. (2005). Managing potential and realized absorptive capacity: how do organizational antecedents matter. *Academy of Management Journal*, 48(6), 999–1015.

Kim, Y., & Gao, Y. (2013). Does family involvement increase business performance? Family longevity goals' moderating role in Chinese family firms. *Journal of Business Research*, 66(2), 265-274.

Lawson, B., & Samson, D. (2001). Developing Innovation Capability in Organisations: A Dynamic Capabilities Approach. *International Journal of Innovation Management*, 5(3), 377–400.

Lin, C., Tsai, H., Wu, Y., Kiang, M. (2012). A fuzzy quantitative VRIO-based framework for evaluating organizational activities. *Management Decision*. 50 (8), 1-27.

Marcus, A., & Anderson, H. (2006). A general dynamic capability: does it propagate business and social competencies in the retail food industry? *Journal Of Management Studies*, 19-43.

Marino, E. (1996). Developing consensus on firm competencies and capabilities. *Academy of Management Executive*, 10 (1), 40-53.

McKelvie, A., & Davidsson, P. (2009). From resource base to dynamic capabilities: an investigation of new firms. *British Journal of Management*, 15-19.

Milis, R., & Snow, C. (1978). *Organizational strategy, structure, and process*. New York: McGraw-Hill.

Ministério da Saúde. (2018). Obtido de Serviço Nacional de Saúde: Acedido em 05/12/200; <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/> Ministério da Saúde. (2018). Retrato da Saúde 2018. Lisboa.

Ministério da Saúde. (2020). Obtido de Serviço Nacional de Saúde: Acedido em 2/12/2020, <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/>

Ministério da Saúde. (2016). Regulamento Interno do Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E. Obtido de Centro Hospitalar do Médio Tejo: Acedido em 5/12/2020,

[http://www.chmt.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/27/2018/01/regulamento\\_interno\\_CHMT.pdf](http://www.chmt.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/27/2018/01/regulamento_interno_CHMT.pdf)

Ministério da Saúde. (2020). Obtido de Serviço Nacional de Saúde: Acedido em 15/12/2020, <http://www.chmt.min-saude.pt/>

Muhammad, M., Char, A., Yaso, M., & Hassan, Z. (2010). The role of marketing. *Journal of Marketing*, 63, 180-197.

Munk, L., Silva, A., & Borim-de-Souza, R. (2014). Compreender o agir organizacional para a construção de capacidades dinâmicas: uma análise exploratória. *Revista de Ciências da Administração*, 17 (42), 131-144.

Nadkarni, S., & Narayanan, V. (2007). Strategic Schemas, strategic flexibility and firm desempenho: the moderating role of industry clockspeed. *Strategic Management Journal*, 28(3), 243-270.

Nelson, R., & Winter, S. (2005). *Uma teoria evolucionária da mudança econômica*. Campinas: Unicamp.

Nunes, L. (2003). *Um olhar sobre o ombro – Enfermagem em Portugal*. Lusociência, Loures.

Oliveira, J., Fleury, M. (2009). *Compartilhando conhecimento em negócios internacionais*, Curitiba: Eneo.

Oxford University Press. (2010). *New Oxford American dictionary*. Oxford: Author.

Penrose, E. (1959). *The Theory of The Growth of The Firm*, Oxford, Fourth Edition.

Peteraf, M., & Reed, R. (2013). *Managerial choice, internal fit, and adaptation under regulatory constraints and change*. Working Paper, Tuck School of Business at Dartmouth.

Pereira, F. (2000). Mudanças estratégicas em organizações hospitalares: uma abordagem contextual e processual. *Revista de Administração de Empresas*, 40, 83-96.

Porter, M. (1985). *Vantagem competitiva: criando e sustentando um desempenho superior*, (29.ª Ed), Editora Campus, São Paulo.

Prahalad, C., & Hamel, G. (1990). The core competence of the corporation. *Harvard Business Review*, 68, 79-91.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, 4.<sup>a</sup> Edição. Lisboa: Gradiva.

Ramalho, I. (2017). *RBV: Valor, raridade, vantagem competitiva e desempenho: Uma investigação empírica no sector do calçado português*. (Dissertação de Mestrado em Gestão. Universidade da Beira Interior, Covilhã).

Ray, G., Barney, B. & Muhanna, A., (2004). Capabilities, Business Processes and Competitive Advantage: Choosing The Dependent Variable In Empirical Tests Of The ResourceBased View, *Strategic Management Journal*, 25, 1.

Robison, J. (1933). *The economics of imperfect competition*, London: MacMillan.

Rumelt, R. (1984). “The expansion of firms”, *Journal of Political Economy*, Vol. 84, pp. 936- 949.

Sahlman, K., & Haapasalo, H. (2009). Elements of strategic management of technology: a conceptual framework of enterprise practise. *International Journal of Management and Enterprise Development*, 7 (3), 319-337.

Sánchez, R., & Yepes, J. (2000). *La teoria de los recursos y capacidades de la empresa: una revisión*.

Sandberg, E., & Abrahamsson, M. (2011). Logistics capabilities for sustainable competitive advantage. *International Journal of Logistics: research and applications*. 14(1), 61-75.

Schumpeter, A. (1997). *Teoria do desenvolvimento econômico*. São Paulo: Nova Cultural.

Shuen, A., Feiler, P., & Teece, D. (2014). Dynamic Capabilities in the upstream oil and gas sector: Managing next generation competition. *Energy Strategy Review*, 3, 5-13.

Staber, U., & Sydon, J. (2002). Organizational adaptive capacity: a structuration perspective. *Journal of Management Inquiry*, 11, 408-424.

Stigler, G. (1961). The economics of information. *The Journal of Political Economy*, 69(3), 213-225.

Teece, D., Pisano, G., & Shuen, A. (1997). Dynamic capabilities and strategic management. *Strategic Management Journal*, 18 (7), 509-533.

- Teece, D. (2000). Strategies for managing knowledge assets: The role of firm structure and industrial context. *Long Range Planning*, 33 (1), 35-54.
- Teece, D. (2007). Explicating dynamic capabilities: The nature and microfoundations of (sustainable) enterprise performance. *Strategic Management Journal*, 28(13), 1319-1350.
- Teece, D. (2009). *Dynamic capabilities and strategic management: Organizing for Innovation and Growth*. Oxford: Oxford University Press.
- Teece, D. (2014). The Foundations of Enterprise Performance: Dynamic and Ordinary Capabilities in an (Economic) Theory of Firms. *The Academy of Management Perspective*, 28, 328-352.
- Todorova, G., & Durisin, B. (2007). Absorptive capacity: valuing a reconceptualization. *Academy Management Review*, 32(03), 774–786.
- Tsai, Y., Chen, C., & Tseng, C. (2012). 3Rs Absorptive Capacity: Responsive, Realized, and Reconfigured. *Knowledge and Learning International Conference 2012*, 711-719.
- Tuckman, B. (2002). *Manual de Investigação em Educação: Como Conceber e Realizar o Processo de Investigação em Educação*. 2ª edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Wang, C., & Ahmed, P. (2007). Dynamic capabilities: A review and research agenda. *International Journal of Management Reviews*, 9 (1), 31-51.
- Weick, K. (1979). *The social psychology of the organization*. Reading, MA: AddisonWesley Publishing Company.
- Wernerfelt, B. (1984). A resource-based View of the firm. *Strategic Management Journal*, 5 (2), 171-180.
- Winter, S. (2003). Understanding dynamic capabilities. *Strategic Management Journal*, 24 (10), 991-995.
- Zack, A. (1999). *Knowledge work supervision: transforming schools into learning organizations*.
- Zahra, S., Sapienza, H., & Davidsson, P. (2006). Entrepreneurship and Dynamic Capabilities: A Review, Model and Research Agenda. *Journal of Management Studies*, 43 (4), 917-955.

Zahra, S., & George, G. (2002). Absorptive Capacity: a review, reconceptualization, and extension. *Academy of Management Review*, 27(2), 185-203.

Zhou, K., & LI, C. (2010). How strategic orientations influence the building of dynamic capability in emerging economies. *Journal of Business Research*, 63, 224-231.

Zollo, M., & Winter, S. (2002). Deliberate learning and the evolution of dynamic capabilities. *Organization Science*. 13 (3), 339-351.

## **ANEXOS**

### **GUIÃO DE ENTREVISTA**

1. De que forma a organização se tem adaptado para responder às novas doenças? Nas últimas décadas quais as alterações organizacionais que tem verificado? Considera que essas adaptações contribuíram para enfrentar esta nova realidade (covid-19)?
2. Como é que a equipa que lidera, se adaptou à pandemia? Quais as principais alterações?
3. Relativamente à 1ª vaga de Covid 19 que aprendizagens foram feitas? Estão agora preparados? Se sim, como? Quais os recursos que estão agora a ser utilizados, que antes não eram? Estes novos recursos têm contribuído para a melhorar o desempenho da organização?
5. A nível tecnológico a organização está preparada para enfrentar estes novos desafios? Têm recursos suficientes? Competências necessárias? Quais as adaptações que têm de ser feitas?
6. Os Recursos Humanos são reconhecidos pelo seu conhecimento, e este é utilizado para melhorar os serviços prestados? Considera que esse reconhecimento tem vindo a aumentar após a chegada da Pandemia?