



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

A Performance nos Serviços de Saúde
Influência da Fiabilidade, Aprendizagem Organizacional
e Coordenação Relacional

Dora Melo

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Gestão de Unidades de Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor Luís Martins
Co-orientador: Prof.^a Doutora Anabela Almeida

Covilhã, Junho de 2011

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Luís Martins, pela orientação, incentivo, disponibilidade, crítica e ensinamentos transmitidos durante a realização do estudo.

À Professora Doutora Anabela Almeida, pela disponibilidade, apoio e incentivo neste percurso formativo.

Ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E., pela facilidade concedida para a realização do estudo.

A todos os profissionais que participaram no estudo, pela colaboração e disponibilidade demonstradas, sem as quais não seria possível sua concretização.

À minha mãe, irmão e restante família, pelo amor e apoio incondicional, sem o qual seria inalcançável a concretização deste projecto. E ao meu pai, pela energia que me transmite...

Aos meus amigos e colegas, pelo estímulo, críticas e sugestões, que constituíram um valioso contributo para a realização desta dissertação.

Resumo

A considerável complexidade das organizações de saúde torna-as permeáveis à ocorrência de acidentes, tornando-as menos seguras que o desejável. Um conjunto substancial de estudos aponta os erros médicos como uma potencial causa de morte ou lesão do utente.

A redução dos erros clínicos tornou-se uma questão central e incontornável na esfera das preocupações da saúde a nível internacional, que visa melhorar a performance organizacional através da promoção da segurança clínica, pelo que têm sido desenvolvidos e estudados diversos paradigmas que a influenciam. Uma cultura fundamentada na gestão do erro permite uma aprendizagem que promove a melhoria da qualidade dos cuidados, tornando as organizações mais fiáveis e portanto mais sensíveis à performance organizacional.

A presente investigação focalizou-se em duas Unidades de Cuidados Intensivos (das quais apenas uma possui sistema de gestão da qualidade certificado) por se tratar de serviços caracterizados pela elevada complexidade e incerteza, em que os erros se devem essencialmente a causas humanas e do sistema organizacional. O estudo teve por objectivo conhecer a percepção dos profissionais de saúde dessas unidades relativamente à fiabilidade, coordenação relacional, aprendizagem organizacional e performance, como factores indutores da melhoria contínua dos cuidados de saúde. Estudou-se, ainda, a influência e o peso das diferentes dimensões das variáveis em causa na performance organizacional.

O tratamento estatístico dos dados revelou que a coordenação relacional, a aprendizagem organizacional e a fiabilidade organizacional exercem impacto na performance dos cuidados de saúde. A variabilidade da performance é explicada em 18% pela coordenação relacional, 28.5% pela aprendizagem organizacional e 37.3% pela fiabilidade organizacional, quando estas são analisadas individualmente. Verificou-se, ainda, que o vínculo contratual influencia na coordenação relacional, que a certificação da qualidade influencia a fiabilidade do serviço prestado, contrariamente ao grupo profissional que não exerce qualquer influência.

Concluiu-se que o modelo conceptual mais adequado para explicar a variabilidade da Performance Organizacional (63%) integra o conjunto das variáveis aprendizagem organizacional, fiabilidade organizacional e coordenação relacional, bem como as diversas dimensões dos dois últimos paradigmas.

Palavras-chave

Performance Organizacional; Erro Médico; Fiabilidade Organizacional; Coordenação Relacional; Aprendizagem Organizacional; Qualidade; Gestão do Risco; Serviço de Saúde.

Abstract

The considerable complexity of healthcare organizations makes them permeable to the occurrence of accidents, making them less reliable than desirable. A substantial group of research studies points out medical errors as a potential cause of the patient death or injury.

The reduction of medical error has become a central and unavoidable issue in the scope of health concerns at an international level, in order to improve organizational performance through the promotion of clinical safety, having been developed and studied the different paradigms that influence it. A culture based on error management allows learning, which improves the quality of healthcare, making organizations more reliable and, therefore, more sensitive to organizational performance.

This investigation focused on two intensive care units (having only one a certificated quality management system) because they are healthcare services with a high complexity and uncertainty, where errors are essentially due to human and system organizational causes. This study aimed to understand the perception of health professional staff members regarding the reliability of these units, relational coordination, learning organization and performance as factors that induce continuous improvement in healthcare. It was also studied the influence and weight of the different dimensions of the variables involved in organizational performance.

Statistical data have shown that relational coordination, learning organization and reliability organization have an impact in the performance of healthcare. The variability of performance is explained in 18% by relational coordination, 28.5% by learning organization and 37.3% by the reliability organization, when these are individually analyzed. It was also identified that contractual relationships influence the relational coordination and that the quality certification influences the service reliability, having the professional group no influence at all.

It was concluded that the most appropriate conceptual model to explain the variability of Organizational Performance (63%) includes the variables learning organization, reliability organization and relational coordination, as well as the several dimensions of the last two paradigms.

Key-words

Organizational Performance; Medical Error; Reliability Organization; Relational Coordination; Learning Organization; Quality Management; Risk Management; Health Care Service.

Índice

Resumo	iv
Palavras-chave	iv
Abstract	v
Key-words.....	v
Índice de Figuras.....	viii
Índice de Quadros	ix
Siglas e Acrónimos	x
Capítulo 1 - Introdução	1
1.1. Contextualização do tema e Definição do problema.....	1
1.2. Objectivos Gerais e Específicos	3
1.3. Questões de Investigação.....	4
1.4. Estrutura do Trabalho.....	4
Capítulo 2 - Enquadramento	5
2.1. Organizações de Saúde	5
2.2. Coordenação Relacional	8
2.3. Aprendizagem Organizacional	14
2.4. Fiabilidade Organizacional	18
2.5. Erro Clínico	23
2.6. Gestão da Qualidade	27
2.7. Performance Organizacional.....	29
Capítulo 3 - Metodologia	34
3.1. Tipo de Estudo	34
3.2. Variáveis	34
3.3. Hipóteses.....	35
3.4. Modelo de Análise	36
3.5. Instrumentos	36
3.6. População e Amostra.....	37
3.7. Análise de Dados.....	38
Capítulo 4 - Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados.....	38
4.1. Resultados	38
4.1.1. Relação entre as variáveis independentes e a Performance Organizacional.	44
4.2. Análise e Discussão	45

Capítulo 5 - Conclusões	49
5.1. Conclusões	49
5.2. Limitações do Estudo	50
5.3. Sugestões para Futuras Investigações	50
Referências Bibliográficas	52
Anexos	57

Anexo I - Pedido de Autorização

Anexo II - Questionário

Anexo III - Estatística Descritiva

Anexo IV - Teste de Fiabilidade dos Questionários

Anexo V - Teste Kruskal-Wallis

Anexo VI - Regressão Linear ao Modelo Conceptual

Índice de Figuras

Figura 1: <i>A Relational Model of How High Performance Work Systems Work</i>	12
Figura 2: <i>Using relational coordination to shift the quality-efficiency frontier</i>	13
Figura 3: Estilos de Aprendizagem	14
Figura 4: Condições que estimulam a criação de uma Cultura de Corporativismo	21
Figura 5: Modelo de análise	36
Figura 6: Relações entre as variáveis.....	44

Índice de Quadros

Quadro 1: Resumo das configurações estruturais	7
Quadro 2: Execução como Eficiência VS Execução como Learning	16
Quadro 3: Médias do Vínculo Contratual para a Coordenação Relacional	40
Quadro 4: Teste de Kruskal-Wallis para o Vínculo Contratual e a Coordenação Relacional	40
Quadro 5: Médias da Certificação da Qualidade para a Fiabilidade Organizacional	40
Quadro 6: Teste de Kruskal-Wallis para a Certificação da Qualidade e a Fiabilidade Organizacional.....	40
Quadro 7: Médias da Fiabilidade Organizacional para a Performance Organizacional	41
Quadro 8: Teste de Kruskal-Wallis para a Fiabilidade Organizacional e a Performance Organizacional.....	41
Quadro 9: Regressão Linear para a Fiabilidade Organizacional e a Performance Organizacional	41
Quadro 10: Teste <i>One-Way</i> ANOVA para a Fiabilidade Organizacional e a Performance Organizacional.....	42
Quadro 11: Coeficientes para a Fiabilidade Organizacional e a Performance Organizacional .	42
Quadro 12: Regressão Linear para a Coordenação Relacional e a Performance Organizacional	42
Quadro 13: Teste <i>One-Way</i> ANOVA para a Coordenação Relacional e a Performance Organizacional.....	42
Quadro 14: Coeficientes para a Coordenação Relacional e a Performance Organizacional	43
Quadro 15: Regressão Linear para a Aprendizagem Organizacional e a Performance Organizacional.....	43
Quadro 16: Teste <i>One-Way</i> ANOVA para a Aprendizagem Organizacional e a Performance Organizacional.....	43
Quadro 17: Coeficientes para a Aprendizagem Organizacional e a Performance Organizacional	43

Siglas e Acrónimos

ANOVA - *Analysis of Variance*

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

HRO - *High Reliability Organization*

IOM - *Institute of Medicine*

ISO - *International Organization for Standardization*

K-W - *Kruskal-Wallis*

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

UCIC - Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

Capítulo 1 - Introdução

1.1. Contextualização do tema e Definição do problema

A saúde constitui um bem imaterial de extrema importância, o qual deve ser assegurado a todos os indivíduos e está descrito como direito fundamental na maioria das constituições. A Constituição da República Portuguesa consagra o direito à saúde no seu artigo 64.º e a Lei de Bases da Saúde caracteriza o Serviço Nacional de Saúde como universal e tendencialmente gratuito (Lei 48/90, de 24 de Agosto).

As instituições de saúde são organizações complexas quer pela sua forma de organização (tanto horizontal como vertical) quer pelos elementos integradores a ter em conta na sua produção: o factor humano (os recursos humanos e os utentes), os equipamentos de elevada tecnologia, a especificidade crescente dos dispositivos médicos, as características das instalações e a adequabilidade dos processos de trabalho, constituindo, por isso, organizações que potenciam a ocorrência de acidentes, sendo menos seguras do que deveriam ser.

Esta complexidade é tanto maior quanto mais instável for o equilíbrio resultante da conjugação das diversas variáveis, com especial ênfase para a probabilidade de existência de ruído na comunicação entre os diversos elementos da equipa multidisciplinar e de cada um deles com o utente. Sendo este um ser humano único e irrepetível, cuja resposta ao tratamento é influenciada por uma diversidade de factores intrínsecos e extrínsecos ao próprio indivíduo, não deve, em caso algum, ser descurada a importância de uma aproximação máxima ao equilíbrio perfeito das mesmas variáveis, para evitar o erro sempre que possível. Este equilíbrio instável contém em si um maior ou menor grau de insegurança, que propicia a ocorrência de eventos adversos e pode constituir causa de morte ou lesão para o doente.

A segurança clínica e os riscos que decorrem da falta desta tem vindo a tornar-se uma questão central e incontornável na área da saúde em geral e nas instituições hospitalares em particular. Este tema tomou especial relevância aquando da publicação, pelo *Institute of Medicine*, do documento *To Err is Human*, que refere a ocorrência de 44.000 a 98.000 mortes anuais, como resultado de erros médicos, nos Estados Unidos da América. Estes dados colocaram na ordem do dia a fiabilidade organizacional (HRO) como paradigma central na gestão das organizações de saúde, caracterizadas como burocracias profissionais, onde os erros surgem da falta de articulação das equipas de prestação de cuidados de saúde, pelo que a coordenação relacional e a aprendizagem organizacional surgem como variáveis centrais na análise da performance das organizações de saúde.

Em Portugal não é conhecida a verdadeira dimensão dos eventos adversos ocorridos na prestação de cuidados de saúde nem as consequências a eles associadas, por não existirem dados relativos à notificação dos erros, em virtude da incipiente cultura de segurança. Desconhece-se a existência de estudos que avaliem todas as perspectivas do risco e as suas possíveis implicações, sendo necessário recorrer às orientações e estudos internacionais para se determinar que aspectos ou factores devem ser abordados na redução do erro médico.

Actualmente, exige-se aos profissionais, às organizações e ao sistema de saúde não só a eficiência mas também a garantia da fiabilidade e da performance dos cuidados prestados. Apesar de todos os progressos observados na medicina, os profissionais de saúde são frequentemente confrontados com acontecimentos que surgem de forma imprevisível, muitas vezes resultantes de desajustes da articulação da organização com o seu meio envolvente. Assim, fará sentido que grande parte do investimento na redução do erro deverá focalizar-se na melhoria da interface homem-sistema, através da melhoria dos sistemas e dos processos.

Para além das questões de natureza operacional, que determinam o grau de segurança da intervenção dos profissionais de saúde, entende-se que a cultura das organizações de prestação de cuidados de saúde também é um factor relevante.

A nível organizacional, não deverá existir apenas uma preocupação com o cumprimento dos objectivos definidos, mas deverá inculcar-se uma cultura de aprendizagem activa, em que o erro faça parte do processo, e adoptar-se o princípio “aprender com os erros”, pois só assim se evoluirá no sentido de responder aos novos desafios.

Numa outra perspectiva de abordagem, a política organizacional que tenha por base a Gestão pela Qualidade Total irá contribuir para o desenvolvimento e melhoria contínua da organização, na medida em que se centra no controlo e na melhoria dos processos que contribuem para o seu sucesso e possibilitam responder a novas exigências. Assumir que os erros podem ser eliminados na sua totalidade é utópico. No entanto, o recurso a mecanismos como a rotina, a standardização ou a adopção de elevados padrões de qualidade podem ser utilizados como instrumentos de aprendizagem individual e organizacional, reduzindo o erro.

Assim, o erro deve ser analisado não só no contexto organizacional, mas também do ponto de vista individual, pois este desencadeia nos indivíduos, consoante o contexto em que ocorre, distintos comportamentos e atitudes, que podem conduzir a sentimentos de depressão, descontrolo, stress, ansiedade, entre outros, por inviabilizar a concretização do objectivo. Somente através de estratégias adequadas para gerir as situações de stress (auto-estima, capacidade de adaptação, planeamento e adequação das actividades), os indivíduos adquirirão competências que lhe permitam lidar com o erro, enfrentando-o, assimilando-o de forma positiva e aprendendo com ele de forma a melhorar a sua performance.

Compreender o modo como cada organização interpreta o erro é fundamental para definir uma cultura de segurança que integre a política de prevenção ou de gestão do erro, a qual constitui uma ferramenta crucial para a organização, pois traduz a forma como esta gere as suas oportunidades de aprendizagem e as suas capacidades de adaptação e inovação, que lhe permitam aumentar a performance, a eficiência e a efectividade do seu desempenho.

No estudo das causas de erro, devem avaliar-se as circunstâncias, as condições, os procedimentos e os instrumentos ligados ao evento ocorrido. Embora uma parte considerável dos eventos adversos sejam atribuídos a erros preveníveis, a elevada incerteza com que as organizações de saúde se deparam, exige que estas saibam gerir o inesperado, comportando-se como *High Reliability Organizations*, isto é, Organizações Altamente Fiáveis que estimulam a existência de vários tipos de aprendizagem.

Se por um lado, uma cultura de segurança, alicerçada na notificação do erro, na identificação da sua causa raiz e na aprendizagem daí decorrente, promove a melhoria da qualidade dos cuidados e torna as organizações mais fiáveis. Por outro lado, a fiabilidade organizacional, a aprendizagem organizacional e a coordenação das equipas que prestam cuidados de saúde influenciam a performance organizacional.

Dada a complexidade do presente estudo, e tendo em conta as diversas variáveis que podem conduzir à ocorrência do erro clínico, revela-se pertinente estudar de que forma é percebida pelos profissionais de saúde a fiabilidade dos cuidados que prestam, bem como a performance dos mesmos. Uma vez que os factores humanos e as suas interações são encaradas como fontes indutoras de erro, considera-se também útil analisar se a coordenação das equipas de prestação de cuidados de saúde e uma cultura de aprendizagem com o erro promovem o aumento da performance organizacional.

1.2. Objectivos Gerais e Específicos

Como objectivos gerais deste estudo, identificam-se os seguintes: 1) Conhecer a importância da certificação da qualidade, coordenação relacional, aprendizagem organizacional e da fiabilidade organizacional na performance organizacional relativa à prestação de cuidados de saúde; 2) Analisar a influência das variáveis indutoras de performance na prestação de cuidados de saúde (grupo profissional, vínculo contratual com a organização, certificação da qualidade, coordenação relacional, aprendizagem organizacional e fiabilidade organizacional).

Quanto aos objectivos específicos, identificam-se os seguintes: 1) Verificar a relação entre o grupo profissional e a fiabilidade organizacional, a aprendizagem organizacional e a coordenação relacional; 2) Aferir a relação entre o vínculo contratual com a organização e a

fiabilidade organizacional, a aprendizagem organizacional e a coordenação relacional; 3) Verificar a relação da certificação da qualidade com a fiabilidade organizacional, a aprendizagem organizacional e a coordenação relacional; 4) Aferir as relações da fiabilidade organizacional, da coordenação relacional e da aprendizagem organizacional com a performance organizacional percebida.

1.3. Questões de Investigação

Tendo em conta os objectivos delineados, as questões de investigação que se colocam são as seguintes:

- 1) *“Qual a influência do grupo profissional, do vínculo contratual com a organização e da certificação da qualidade na coordenação relacional, na aprendizagem organizacional e na fiabilidade da prestação de cuidados de saúde?”;*
- 2) *“De que modo a fiabilidade organizacional, a coordenação relacional e a aprendizagem organizacional influenciam a percepção da performance organizacional?”.*

1.4. Estrutura do Trabalho

A dissertação é constituída por cinco capítulos. No capítulo dois é feita uma revisão da literatura, analisando criticamente o contributo dos diversos autores para a descrição do estado da arte relativamente às organizações de saúde, à coordenação relacional nas equipas de prestação de cuidados de saúde, à aprendizagem organizacional, à fiabilidade organizacional, ao erro clínico, à gestão da qualidade e à performance organizacional, temáticas que constituem a essência fundamental da dissertação.

No capítulo três, apresenta-se a metodologia adoptada, o tipo de estudo, o modelo de análise, as variáveis dependentes e independentes e as hipóteses formuladas. Neste capítulo apresenta-se, ainda, a caracterização da população e da amostra seleccionada, bem como o método de tratamento dos dados.

No capítulo quatro são apresentados, analisados e discutidos os resultados obtidos a partir do tratamento estatístico dos dados recolhidos.

No capítulo cinco apresentam-se as principais conclusões, fazendo referência às contribuições teóricas e práticas do estudo, assinalando as suas principais limitações e sugerindo algumas orientações para posterior investigação neste domínio.

Capítulo 2 - Enquadramento

2.1. Organizações de Saúde

Uma organização de saúde deve ser encarada como uma unidade de produção, com *inputs* (entrada de recursos, utentes, etc.) e *outcomes*, ou seja, resultados em saúde. Este processo deve ser desenvolvido ao menor custo, com o menor desperdício, com a maior celeridade possível e com qualidade. Para tal, devem ser adoptados e desenvolvidos modelos de gestão que permitam a sua sustentabilidade (Bugada, 2006).

O desenho da estrutura organizacional influencia directamente os resultados, bem com a sua gestão. Assim, aceitando-se, o desempenho organizacional, como resultado de processos de interacção complexos entre as várias componentes organizacionais, é crucial obter informações sobre o comportamento destas componentes para analisar qualquer organização.

Para Porras (1997) a análise organizacional compreende quatro dimensões: os arranjos organizacionais (objectivos, estratégias, estrutura formal, políticas e procedimentos administrativos, sistema administrativo e sistema de incentivos); os factores sociais (cultura, nível de interacção, características e processos de redes de interacção e atributos individuais); a tecnologia (ferramenta e equipamento, *know-how* técnico, *job design*, sequência das tarefas, políticas e procedimentos técnicos e sistema técnico) e o espaço físico (configuração do espaço, ambiente físico, decoração e *design* arquitectónico).

Mintzberg (1995), no seu trabalho sobre a “Estrutura e Dinâmica das Organizações”, utiliza um conjunto de variáveis interdependentes, influenciadoras da estrutura organizacional e consideradas isoladamente noutras teorias de análise da estrutura organizacional. Os parâmetros do desenho organizacional distinguem-se pela forma como é feita a divisão e a coordenação do trabalho. O autor distingue cinco componentes básicas para a divisão do trabalho de uma organização, que, numa organização de saúde, podem representar-se da seguinte forma: 1) o *vértice estratégico*, representado pelo topo da hierarquia, isto é, pelo conselho de administração e quadros; 2) a *linha hierárquica*, que liga o vértice estratégico ao centro operacional e é constituída pelos gestores intermédios, directores funcionais e operacionais; 3) a *tecnoestrutura*, que se situa à esquerda da linha hierárquica, composta pelos analistas e engenheiros que planeiam e standardizam o trabalho do centro operacional; 4) o *apoio logístico*, representado à direita da linha hierárquica, que é constituído por profissionais de serviços de apoio, investigação, etc.; 5) o *centro operacional*, na organização hospitalar, está representado pelos médicos, enfermeiros, técnicos, auxiliares, etc., que executam o trabalho relacionado com a produção de serviços.

Para explicar os modelos pelos quais as organizações coordenam o seu trabalho, Mintzberg (1995) identificou cinco mecanismos de coordenação, que servem de ligação às diferentes partes da organização: 1) o *ajustamento mútuo*, característico das organizações mais simples, cuja coordenação é realizada pelo processo da comunicação informal; 2) a *supervisão directa* é o mecanismo de coordenação onde um indivíduo é directamente responsável pelo trabalho de outros; 3) a *standardização ao nível dos processos de trabalho* ocorre quando o conteúdo do trabalho é especificado ou programado; 4) a *standardização ao nível dos outputs* existe quando os resultados do trabalho são padronizados; 5) a *standardização ao nível das qualificações*, quando estas já estão especificadas para o desempenho da função.

Para se compreender os mecanismos do poder na tomada de decisão, Mintzberg (1995) elucida que a centralização ocorre quando todos os poderes de decisão se situam num único ponto da organização e que existe descentralização quando o poder se encontra disperso por vários intervenientes. O autor classifica cinco tipos de descentralização: 1) *centralização horizontal e vertical*, onde o poder de decisão se centra num único indivíduo da organização e encontra-se no topo da linha hierárquica; 2) *descentralização horizontal limitada* (selectiva), em que a estrutura é centralizada verticalmente devido ao poder formal estar concentrado nos níveis mais elevados da linha hierárquica, principalmente no vértice estratégico; 3) *descentralização vertical limitada* (paralela), na qual o poder formal é delegado aos vários gestores das unidades de mercado; 4) *descentralização horizontal e vertical selectiva*, em que o poder relativo aos diferentes tipos de decisão, nas diferentes áreas de trabalho, é delegado verticalmente; 5) *descentralização horizontal e vertical*, quando o poder de decisão se concentra no centro operacional, cujo trabalho é em grande medida coordenado pela *standardização das qualificações*.

No domínio da estrutura, Mintzberg (1995) descreve as cinco configurações estruturais que as organizações podem assumir com base em diferentes forças: 1) *estrutura simples* é uma estrutura pouco elaborada, sem tecnoestrutura definida, com comportamentos pouco formalizados e com mecanismos de ligação quase nulos, o vértice estratégico é a parte-chave da organização; 2) *burocracia mecanicista*, em que a *standardização dos processos de trabalho* é o principal mecanismo de coordenação e a *tecnoestrutura* representa um papel preponderante na organização; 3) *burocracia profissional* opõe-se à *burocracia mecanicista*, pois tem como principal mecanismo de coordenação a *standardização de qualificações* e o centro operacional assume a parte-chave da organização; 4) *estrutura divisionalizada* tem como mecanismo de coordenação a *standardização dos resultados* e a parte-chave da organização é a linha hierárquica; 5) *adhocracia* apresenta como principal mecanismo de coordenação o *ajustamento mútuo* e a linha hierárquica é a parte-chave da organização.

Devido às cinco forças exercidas, as organizações são puxadas em cinco direcções diferentes, mas como as condições favorecem uma força sobre a outra, leva-as a estruturarem-se a si próprias segundo uma das configurações (ver Quadro 1).

Quadro 1: Resumo das configurações estruturais

Configuração estrutural	Principal mecanismo de coordenação	Parte - chave da organização	Tipo de descentralização
Estrutura simples	Supervisão directa	Vértice estratégico	Centralização vertical e horizontal
Burocracia mecanicista	Estandardização dos processos de trabalho	Tecnoestrutura	Descentralização horizontal limitada
Burocracia profissional	Estandardização das qualificações	Centro operacional	Descentralização horizontal e vertical
Estrutura divisionalizada	Estandardização os resultados	Linha hierárquica	Descentralização vertical limitada
Adhocracia	Ajuste mútuo	Apoio logístico	Descentralização selectiva

Fonte: Mintzberg (1995, p. 330, 331)

As organizações de saúde são classificadas, segundo Mintzberg (1995), como uma estrutura do tipo Burocracia Profissional, onde o comportamento dos profissionais é complexo e previsível. A estandardização das competências e dos conhecimentos é uma característica marcante destas organizações, onde os profissionais recrutados são previamente formados e executam o seu trabalho com autonomia e elevado desempenho, gozando da proximidade aos clientes que servem. O trabalho médico é altamente especializado e padronizado, e acaba por estender-se à administração e gestão dessas instituições. Segundo Cornélio (1999), os gestores médicos das organizações públicas, são normalmente profissionais com grande experiência de serviço.

Os padrões de trabalho da burocracia profissional são, tal como sugere Mintzberg (2005), na grande maioria das vezes, originados fora da sua estrutura, em escolas que estabelecem padrões universais (*guidelines*) e que devem ser utilizados no decorrer da actividade. O centro operacional é a componente mais importante das organizações de saúde. As estruturas administrativas destas organizações podem ser descritas como pirâmides invertidas, em que os operacionais (médicos e outros técnicos de saúde) se situam no topo da organização e os administradores têm funções tendentes a facilitar o seu trabalho, garantindo, por exemplo, a manutenção dos equipamentos, a desinfeção dos instrumentos cirúrgicos ou o abastecimento da farmácia. O apoio logístico é razoavelmente desenvolvido, pois tem como missão apoiar o centro operacional.

Para o autor, nas organizações de saúde surgem frequentemente as hierarquias paralelas: a primeira hierarquia é caracterizada por uma democracia de baixo para cima (no sentido dos profissionais) e a segunda é burocraticamente mecanizada de cima para baixo (no sentido da assessoria de apoio).

Segundo Unger *et al.* (2000), os profissionais de saúde tendem a defender a sua autonomia contra a influência do vértice estratégico, no entanto, apresentam como principal desvantagem o facto da sua missão ser quase exclusivamente profissional, em detrimento dos aspectos organizacionais, resultando daí uma integração de práticas ineficientes e pobres dentro do sistema.

As organizações de saúde possuem características que lhes conferem uma grande especificidade quando comparadas com as restantes organizações (Nunes, 1994). As dimensões que permitem analisar as suas particularidades são caracterizadas pelo grande peso dos profissionais, pela forma como pensam a realidade organizacional e a natureza da tecnologia. Para o autor, a vertente da diferenciação destas organizações é marcada pelos níveis tecnológico, sócio cultural e das crenças e valores.

Os sistemas fracamente conectados, designados por *loosely coupled systems*, onde a articulação é de difícil obtenção, geram uma pressão relevante nos profissionais no sentido destes construírem uma realidade organizacional negociada, na qual consigam viver (Nunes, 1994), pelo que a coordenação relacional assume um papel determinante. Nestes sistemas é crucial promover um nível de integração mais marcado, garantindo uma liderança forte, uma partilha de valores e uma participação e atenção focalizada de todos os intervenientes.

2.2. Coordenação Relacional

Como referido anteriormente, os hospitais são um exemplo típico de uma burocracia profissional. Nestas organizações os profissionais gozam de grande autonomia e têm diminuto controlo externo sobre o seu trabalho, podendo conduzir a falhas de comunicação ou de coordenação das actividades desenvolvidas pelos diferentes grupos profissionais, dificultando a articulação dos mesmos.

Actualmente a medicina é exercida por equipas multidisciplinares, pelo que o papel da equipa terá influência preponderante no resultado da performance, que depende não só da competência dos profissionais mas também do modo como interagem em equipa.

Segundo Malone e Crowston (1994), coordenação não é apenas um processo técnico, é também um processo relacional. Embora a coordenação seja a gestão das interdependências entre as tarefas, a coordenação relacional é a gestão das interdependências entre os profissionais que as realizam.

Lima e Rivera (2009) consideram que a coordenação representa o principal instrumento pelo qual os gestores articulam e integram os vários profissionais e unidades dentro das organizações e integram as suas organizações com outras. Para os autores *“se as ligações não*

são efectivas, as organizações podem tornar-se fragmentadas, fraccionadas e isoladas, com concomitante declínio da performance." (p. 330), e a questão central para a coordenação é a interdependência, caracterizada em função das relações entre unidades e indivíduos.

Mitchell e Shortell (2000) referidos por Lima e Rivera (2009) definem coordenação como a gestão de um sistema de trocas. Para os autores, um adequado grau de coordenação pode aumentar e melhorar a comunicação, reduzir incertezas e evitar conflitos. Embora os conflitos sejam intrínsecos a qualquer organização social, eles surgem, essencialmente, quando diferentes organizações com diferentes interesses tentam trabalhar juntas. Lima e Rivera (2009) consideram a coordenação como o objectivo principal dos processos de integração dos serviços de saúde. *"Num sentido mais amplo, a integração em saúde é um processo que consiste em criar e manter uma governação comum de actores e organizações autónomas, com o propósito de coordenar a sua interdependência, permitindo-lhes cooperar para a realização de um projecto (clínico) colectivo"*. (p. 330).

A coordenação é a questão central das discussões actuais sobre os sistemas integrados dos serviços de saúde, pois *"Garantir o acesso e a continuidade, evitar a sujeição do paciente a procedimentos desnecessários, evitar a duplicação de procedimentos ou exames e agilizar o atendimento são alguns dos resultados esperados em sistemas com elevado grau de coordenação."* (Lima & Rivera, 2010, p. 334).

As organizações prestadoras de cuidados de saúde, por serem organizações do sector terciário, têm uma componente humana muito forte, sendo crucial perceber de que forma a coordenação entre os diferentes prestadores de cuidados influencia o resultado da performance.

Gittell (2009) define coordenação relacional como *"the coordination of work through relationship of shared goals, shared knowledge, and mutual respect"*. (p. 23). Gittell (2002) criou um modelo de coordenação do trabalho para os grupos profissionais prestadores de cuidados de saúde e identificou quatro mecanismos de coordenação: rotinas, *boundary spanners*, reuniões clínicas e coordenação relacional:

1- Nas organizações de saúde, as rotinas, que tomam a forma de protocolos, são facilitadoras de coordenação, especificando as tarefas e a sequência da sua execução. As rotinas obtidas através de conhecimentos resultantes de experiências anteriores possibilitam um processo para ser replicado sem reinventar a roda. Estas permitem codificar as melhores práticas, transformando as capacidades individuais em capacidades organizacionais, e, portanto, em potenciais fontes de competitividade. A adopção de políticas de gestão pela qualidade total depende do uso do padrão de trabalho para deter e implementar a aprendizagem anterior e, assim, criar uma plataforma para as melhorias. Nos últimos anos tem-se assistido a uma standardização maciça dos actos médicos, através de protocolos de diagnóstico e terapêutica, designados por *guidelines*. As rotinas são um meio de redução da necessidade de

interacção entre os intervenientes no processo, conduzindo a um mecanismo de coordenação do trabalho de custo reduzido.

2- As *boundary spanners*, também conhecidas como *cross-functional liaisons*, são assumidas por indivíduos cuja principal tarefa é integrar o trabalho de outras pessoas, tendo em conta o cruzamento dos limites funcionais. Ao nível dos cuidados de saúde, a função é desempenhada pelos gestores de caso, responsáveis por coordenar o atendimento dos doentes que lhes foram atribuídos, e pelas *primary nurses*, que têm um papel no seguimento e acompanhamento do doente. Segundo a teoria das organizações, as *boundary spanners* melhoram a performance das organizações facilitando a interacção entre os intervenientes, sendo especialmente efectivas face às situações de incerteza.

3- As reuniões clínicas, denominadas *team meetings*, permitem aos profissionais coordenarem as tarefas directamente entre si. Nas organizações de saúde tomam a forma de visitas médicas que permitem discutir o caso desse doente. As reuniões clínicas aumentam a performance, facilitando a interacção entre os profissionais e aumentando a eficácia perante situações de grande incerteza.

4- O quarto mecanismo é a coordenação relacional, que resulta da comunicação e interacção entre os profissionais do grupo de trabalho. Esta forma de coordenação foi anteriormente definida por outros autores como ajustamento mútuo e como *teamwork*. Este tipo de comunicação, mais espontânea, ocorre num ambiente de respeito mútuo, com valores partilhados, e de relações pessoais entre os profissionais, que se adapta particularmente bem às situações de incerteza, sendo crucial para a flexibilidade e adaptabilidade organizacional.

Gittell (2002) demonstrou que os três tipos de coordenação formal (rotinas, *boundary spanners*, reuniões clínicas) melhoram a performance da organização, aumentando o nível de coordenação relacional entre os profissionais. Contrariamente ao previsto, as rotinas podem ser cada vez mais eficazes aquando da incerteza, pois são fontes de conexões e entendimento partilhado entre os profissionais juntamente com os mecanismos mais interactivos (*boundary spanners* e reuniões clínicas).

O grau de especialização é um ponto crucial para a organização do posto de trabalho, pois uma abordagem mais técnica e mais especializada, conduz a uma maior simplificação e eficiência (Ambrose & Kulik, 1999). Pelo contrário Hackman e Oldham (1980) defendem que uma abordagem mais psicológica do desenho do trabalho e menos especializada, poderá ser mais motivadora e conduzir a melhores resultados, promovendo um elevado grau de autonomia.

Gittell *et al.* (2008) desenvolveram uma visão diferente, realizando um estudo para conhecer a influência do desenho do trabalho na coordenação. Basearam-se na perspectiva da coordenação relacional, enquanto rede de relações informais que se estabelecem entre

peças que desenvolvem tarefas interdependentes. Estudaram, ainda, as afinidades entre o desenho do trabalho e os resultados relacionais tais como a coordenação. Para tal consideraram três níveis de especialização do trabalho: 1) *Especialização funcional* (representada pelas diferentes classes profissionais, pois a especialização facilita a coordenação entre os diferentes elementos que desempenham as mesmas funções, permitindo a partilha de experiências, objectivos e o respeito mútuo; no entanto, fragiliza as relações entre grupos com diferentes funções); 2) *Especialização por estadio* (estadio da doença, por exemplo na prestação de cuidados agudos em que a equipa é multidisciplinar); 3) *Especialização por local* (local em que o trabalho é realizado, podendo ser um hospital).

Do estudo concluíram que a especialização por estadio e por local permite uma maior frequência e duração dos contactos, melhorando as relações interpessoais, através da partilha de valores, de conhecimentos e de respeito mútuo. A especialização por local de trabalho, ajuda a colmatar a fragmentação decorrente da especialização funcional.

Segundo Gittell (2009), a organização do trabalho é um apoio à coordenação relacional. As práticas organizacionais influenciam o nível de coordenação relacional e incluem mecanismos de coordenação que gerem o fluxo de informação nas organizações, tanto programados (sistemas de informação e rotinas padronizadas) como não programados (*boundary spanners* e reuniões clínicas) e reforçam a coordenação relacional, melhorando o desempenho de qualidade e eficiência.

A autora refere que a coordenação relacional também é influenciada pela concepção de práticas de recursos humanos, pois estas tendem a dividir os profissionais em diferentes funções, não apoiando o desenvolvimento da coordenação relacional entre eles. As práticas de recursos humanos devem ser concebidas de forma a fomentar as relações inter-funcionais, apoiando assim o desenvolvimento da coordenação relacional, e conduzindo a melhores resultados de desempenho.

A teoria da coordenação relacional, defendida por Gittell (2009, 2011), explora a forma como as diferentes abordagens teóricas para a concepção de mecanismos de coordenação de recursos humanos contrasta com as práticas tradicionais das teorias organizacionais, e apela para uma nova abordagem do projecto organizacional. O modelo defendido, "*A Relational Model of How High Performance Work Systems Work*", combina as práticas organizacionais no sentido de constituir um sistema de trabalho de elevada performance, que promove e favorece a coordenação relacional entre os profissionais, o que difere do tradicional sistema de trabalho de alta performance, que favorece o desenvolvimento de conhecimentos e competências individuais, a motivação e o compromisso individual. O novo sistema de trabalho favorece o desenvolvimento da coordenação relacional, conduzindo à melhoria da qualidade e da eficiência organizacional (ver Figura 1).

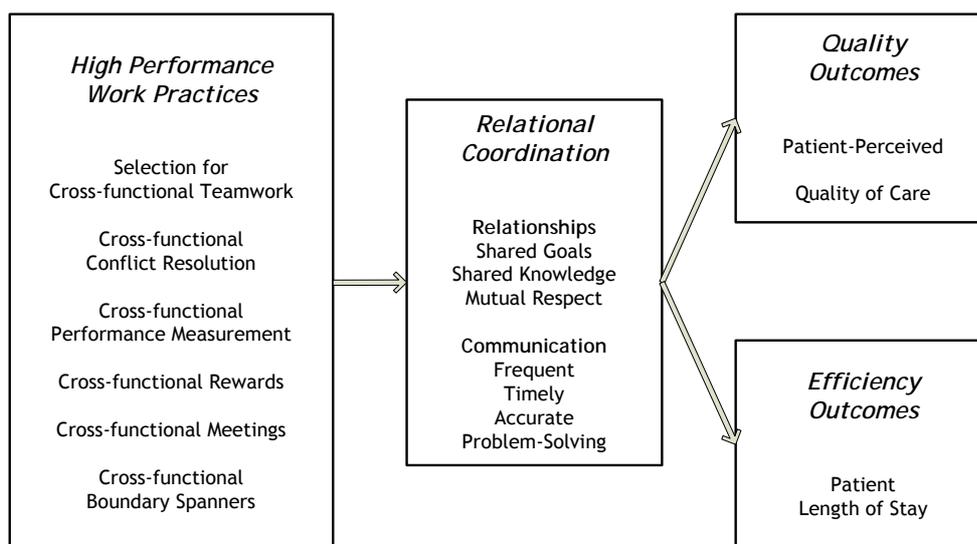


Figura 1: A Relational Model of How High Performance Work Systems Work
Fonte: Gittell (2011)

A coordenação relacional, segundo a autora, é uma forma importante de comunicação e intenso relacionamento para alcançar a alta performance nos elevados níveis de interdependência de tarefas, na incerteza e nas restrições de tempo. Nestas condições, uma coordenação eficaz deverá ser particularmente dependente da qualidade da comunicação e das relações existentes entre os profissionais.

Gittell (2009) refere que a forma como cada organização enfrenta a relação qualidade e eficiência permite a melhoria dos processos fundamentais, tais como a coordenação relacional, melhorando os resultados da qualidade e eficiência e simultaneamente a excelência das duas dimensões. Isto é, quando a coordenação relacional é melhor, as organizações podem mudar a fronteira da eficiência e qualidade e alcançar maior desempenho em ambas as dimensões.

A coordenação relacional aumenta a satisfação no trabalho para os prestadores de cuidados (ver Figura 2), exige a partilha de objectivos e do conhecimento, bem como o respeito mútuo entre os profissionais, a fim de ser realizada de forma fiável (Gittell, 2009). Além disso, as relações são a fonte de informação com a máxima capacidade de processamento já descoberta e são muito práticas em contextos, como o dos serviços de saúde, que são caracterizados por um processamento de grande quantidade de informação. Portanto, a coordenação relacional é um importante veículo para a obtenção de elevados níveis de qualidade e eficiência na prestação de cuidados de saúde e uma fonte importante de satisfação no trabalho para os prestadores de cuidados.

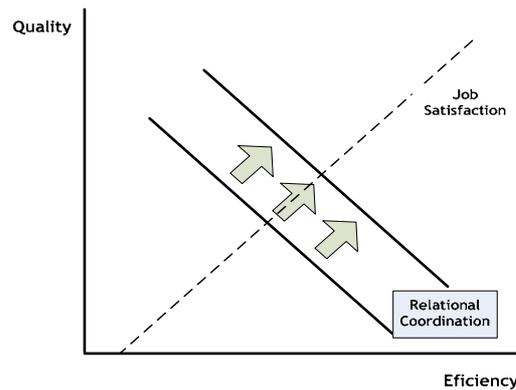


Figura 2: *Using relational coordination to shift the quality-efficiency frontier*
 Fonte: Gittell, (2009, p. 44)

A coordenação relacional é particularmente importante porque permite atingir a performance em ambientes com grande necessidade de processamento de informação, como nos serviços de saúde, que são caracterizados pela interdependência de tarefas, incerteza, e restrições de tempo. Quando a dependência da tarefa é baixa, os profissionais podem realizar o seu trabalho autonomamente e com pouca consideração pelo trabalho dos outros profissionais. No entanto, quando a dependência da tarefa é alta, os profissionais estão conscientes que devem dar resposta às acções desenvolvidas pelos outros profissionais. Quando a incerteza é elevada, os profissionais devem ser sensíveis não só às mudanças que afectam as suas próprias tarefas, mas também às mudanças que afectam as tarefas dos outros (Gittell, 2009). Num outro nível de análise, face à natureza dos serviços de saúde, a interacção entre diferentes instituições de saúde é não só uma necessidade, mas também uma realidade. Para Gittell e Weiss (2004) os mecanismos de coordenação, anteriormente referidos, funcionam de maneira semelhante na coordenação intra-organizacional e inter-organizacional.

A teoria da coordenação relacional é a única que identifica as dimensões das relações fundamentais para a coordenação do trabalho, pois segundo Gittell (2011) a teoria da coordenação relacional é única na identificação das dimensões específicas das relações que são parte integrante da coordenação do trabalho, indo para além da partilha do conhecimento para incluir objectivos partilhados e respeito mútuo, focando-se mais no desenvolvimento dessas relações do que nos indivíduos em particular.

2.3. Aprendizagem Organizacional

À medida que o conhecimento e as capacidades vão ficando desajustados em virtude da incerteza e da mudança do contexto organizacional actual, torna-se evidente a necessidade das organizações e dos indivíduos aumentarem a capacidade de aprendizagem, munindo-se de novas competências que lhes permitam responder com sucesso às alterações ambientais.

O conceito de *learning organization* tem, segundo Osório (2009), vindo a ser aceite como um tipo de estratégia vital para a sobrevivência das organizações, especialmente as que se encontram envolvidas em ambientes turbulentos, próprios de um mundo em constante mudança. Cada organização deve tornar-se numa *learning organization* devido ao aumento da competição, aos avanços tecnológicos e às alterações das necessidades dos consumidores.

Com a finalidade de aumentar a eficiência organizacional, Yeung *et al.* (1999) definem a aprendizagem organizacional como *"a capacidade para gerar e difundir ideias com impacto ultrapassando as fronteiras organizacionais através de iniciativas e práticas de gestão específicas, assente em três pilares: geração de ideias, generalização de ideias e identificação e eliminação de impedimentos à aprendizagem."* (p. 13).

A distinção entre aprendizagem organizacional e organizações aprendentes não é pacífica. A este propósito, Osório (2009) refere que *"o primeiro conceito (...) ocupa-se do desenvolvimento de modelos e metodologias normativas para melhoria do processo de aprendizagem, enquanto o segundo prossegue a intenção teleológica daquele. Ou seja, o primeiro reveste natureza substantiva e o segundo procedimental ou processual."* (p. 234).

Relativamente à aptidão organizacional para aprender, Yeung *et al.* (1999) propõem, tal como apresentado na Figura 3, quatro estilos de aprendizagem: experimentação, aquisição de competências, benchmarking e melhoria contínua. Estes estilos são identificáveis a partir do cruzamento de dois eixos: aprendizagem exploratória versus aprendizagem utilitária e aprendizagem proveniente da própria experiência versus aprendizagem proveniente de outros. Estes estilos aplicam-se tanto à aprendizagem individual como à organizacional.

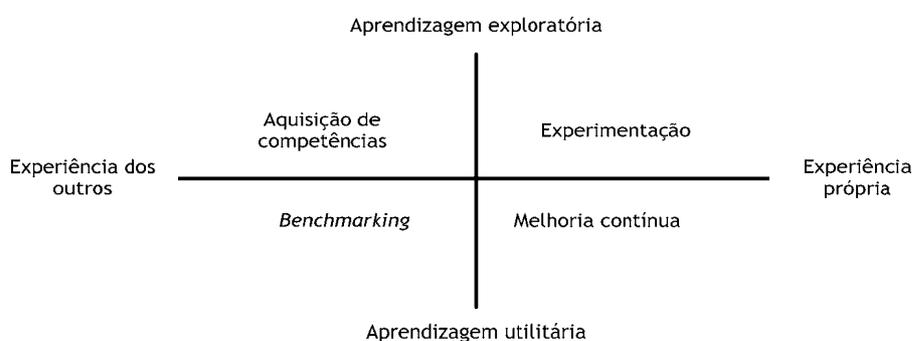


Figura 3: Estilos de Aprendizagem
Fonte: Yeung *et al.* (1999, p. 36)

Em alternativa, Edmondson (2008) propõe um outro modelo que centra a aprendizagem na execução, isto é, focando não só o modo como o processo deve ser desenvolvido mas também como deve evoluir. As organizações que optam por este modelo conferem segurança psicológica ao profissional ao assegurarem que ninguém é penalizado por cometer algum erro ou por solicitar ajuda. São desenvolvidos quatro passos neste modelo:

1- Definir *guidelines* para o processo: os protocolos estandardizados facilitam o pensamento dos médicos sobre as características individuais do doente. A estandardização de processos simplifica a acção rotineira e as discrepâncias específicas de cada doente que sugerem a necessidade de inovação ou ajuste do processo.

2- Fornecer ferramentas para que os profissionais colaborem em tempo real: os profissionais tomam decisões para dar resposta a imprevistos ou a problemas complexos, pelo que as informações vitais de cada doente devem estar disponíveis para qualquer cuidador, quando e onde for necessário, para uma promover uma boa coordenação dos cuidados prestados.

3- Recolha de dados do processo: é importante encorajar os médicos para não se afastarem das *guidelines*, no entanto, devem ser convidados a questionar em qualquer momento a boa assistência que o doente requer, pelo que devem registar o que fizeram de forma diferente e porque o fizeram. Este valioso *feedback* permite fazer actualizações ou ajustes. Normalmente, os desvios ajudam a identificar novas orientações para as *guidelines* e a torná-las mais adequadas.

4- Institucionalizar a reflexão disciplinada: o objectivo da recolha de dados do processo é entender o que está bem e o que está mal, evitando a repetição das falhas. Muitas vezes, estas análises sugerem melhorias nas *guidelines*, que serão integradas futuramente na concepção dos processos.

Para a autora, promover um ambiente de confiança, respeito, flexibilidade e inovação, compensa na maioria das situações. Quando os gestores capacitarem em vez de controlarem, quando fizerem as perguntas certas em vez de fornecerem as respostas certas e quando se focarem na flexibilidade ao invés de insistir na adesão, os profissionais orientam-se no sentido de uma melhor execução. Além disso, se os profissionais reconhecem que as suas ideias são bem-vindas, dão ideias inovadoras e promove-se o sucesso organizacional.

Edmondson (2008) fez um estudo para uma abordagem diferente da execução, a que chama de execução como *learning*, que promove o sucesso a longo prazo. A execução como *learning* parece-se muito com a execução como eficiência, no entanto, existe uma diferença organizacional muito significativa, pois a organização não se centra tanto na elaboração de processos baseados na certeza, tendo mais possibilidade de evoluir, construindo quatro abordagens únicas para o trabalho do dia-a-dia (Quadro 2).

Quadro 2: Execução como Eficiência VS Execução como *Learning*

Execução com Eficiência	Execução baseada em "Learning"
Líderes dão respostas	Líderes definem a direcção e articulam a missão
Profissionais seguem as instruções	Profissionais (geralmente em equipas) descobrem as respostas
Processos de trabalho ideais concebidos e definidos com antecedência	Processos de trabalho provisórios fixados como um ponto de partida
Novos processos de trabalho, desenvolvidos, raramente a implementação da mudança são um enorme compromisso	Processos de trabalho desenvolvidos continuamente, pequenas mudanças - experiências e melhorias - são uma forma de gestão
<i>Feedback</i> só tem um sentido (da chefia para o profissional) e as acções correctivas são "está a fazer mal"	<i>Feedback</i> é sempre nos dois sentidos: a chefia dá resposta actua como <i>coaching</i> e consultoria; os membros da equipa dão <i>feedback</i> do que estão a aprender ao executar o trabalho (mudança constante)
Resolução de problemas é raramente necessária, não é esperada opinião, profissionais questionam chefias quando estão inseguros	Resolução de problemas é constantemente necessária, são fornecidas as informações necessárias para orientar a opinião dos profissionais
Medo (da chefia ou das consequências) faz muitas vezes parte do ambiente de trabalho e, geralmente, não prejudica a qualidade da execução, mas pode motivar o esforço e a atenção mediante uma tarefa maçadora	Medo paralisa o processo de aprendizagem: inibe a experimentação, reduz a consciência de opções, e desencoraja os profissionais na partilha e análise de ideias, questões e problemas

Fonte: Edmonson (2008, p. 63)

Segundo esta autora, em primeira instância as organizações que se concentram na execução como *learning* usam melhor o conhecimento obtido para auxiliar o desenho das *guidelines* do processo específico. Em segundo lugar, permitem aos profissionais colaborarem na disponibilização de informações quando e onde for necessário. Em terceiro lugar, obtêm rotineiramente dados do processo para perceber como está a ser desenvolvido o trabalho. Finalmente, estudam esses dados e fazem um esforço para descobrir a forma de melhorar. Estas quatro práticas constituem a base de uma metodologia de aprendizagem que atravessa o tecido organizacional.

A aprendizagem é efectuada por níveis (Marquardt, 2002). O autor considera a existência de três níveis: individual - compreendido pelas alterações nas habilitações e capacidades, pela compreensão de situações específicas e pelos conhecimentos, atitudes e valores adquiridos pelo individuo através do estudo e da observação; grupal - quando o aumento do conhecimento, das habilitações, das capacidades e das competências é conseguido pelo grupo; organizacional - representado pelo incremento da capacidade produtiva e intelectual através do compromisso com a oportunidade de melhoria contínua.

Marquardt (2002) também propõe uma taxonomia que distingue três tipos de aprendizagem: adaptativa - resulta da reorganização derivada da reflexão dos indivíduos baseada nos

trabalhos sobre aprendizagem; antecipativa - cujo conhecimento resulta da antecipação do futuro; activa - resulta da análise dos problemas existentes e da consequente implementação das soluções que conduzem à sua resolução.

Noutra perspectiva, Martins (2004) refere Argyris e Schön (1978) para distinguir três tipos de aprendizagem: “*Single loop*, quando a aprendizagem permite intervir no processo de detecção e correcção de erros; *double loop*, quando essa aprendizagem implica um questionamento quanto aos pressupostos, valores, normas e políticas em que a organização se baseia; *deutero-learning*, quando os sujeitos aprendem a modificar, ou desenvolver o seu modo de aprender a tirar lições da experiência (...) o sujeito aprende a aprender.” (p. 157). O autor sugere que as organizações que estimulam a existência de vários tipos de aprendizagem são organizações altamente fiáveis.

Entre as capacidades essenciais para o sucesso da aprendizagem inclui-se, segundo Marquardt (2002), a importância dada às relações entre as pessoas, validando cada uma delas como uma realidade única e produtora das múltiplas possibilidades existentes em cada oportunidade. Por outro lado, segundo Senge (1990), o pensamento sistémico como esqueleto conceptual permite tornar os modelos claros para poderem ser analisados e modificados. Segundo este autor, o pensamento sistémico é uma forma de interligação que permite ver os padrões de mudança e não apenas os eventos isolados. Assim, este pensamento determina a forma como as organizações que aprendem pensam o seu universo, onde nem sempre fazer o que é óbvio produz o resultado desejado. A essência deste pensamento consiste numa mudança de mentalidade, promovendo as interacções em vez das cadeias lineares de causa e efeito.

Sendo a cultura organizacional crucial no sucesso da aprendizagem organizacional, Meyer (1982) destaca que culturas flexíveis, empreendedoras e atentas ao meio ambiente, que beneficiem reorientações estratégicas, promovam a mudança, valorizem as capacidades dos profissionais e estimulem a participação, se aproximam das organizações denominadas como *learning organizations*.

Com o objectivo de melhorar o desempenho organizacional é de extrema importância a adopção de uma cultura de aprendizagem que permita a criação e difusão do conhecimento nas organizações aprendentes.

A cultura é considerada como elemento fundamental para as organizações aprendentes, pois proporciona um ambiente favorável ao questionamento e análise das decisões, à compreensão das falhas, encorajamento da reciprocidade e promoção do diálogo na tomada de decisão, acreditando na existência de soluções melhores (Yeung *et al.*, 1999). Para Marquardt (2002), uma cultura de elevado desempenho pressupõe que os profissionais assumam a sua responsabilidade na identificação das suas necessidades de aprendizagem e dos meios para as satisfazer, isto é, aprender a aprender.

Vários estudos ao nível da aprendizagem com os erros, como os citados por Van Dyck *et al.* (2005), referem que a aprendizagem surge quando os indivíduos são encorajados a aprender com os erros, quando os interpretam considerando as suas fases de planeamento, monitorização e avaliação e quando o seu impacto negativo é reduzido.

2.4. Fiabilidade Organizacional

A esfera organizacional encontra-se cada vez mais inserida num contexto de instabilidade à qual está associado o conceito de inesperado, pois somos sistematicamente confrontados com novos desafios e novas experiências que nem sempre são situações rotineiras. O conceito de inesperado torna-se, assim, num grande desafio para todos os indivíduos, adquirindo novos contornos quando aplicado às organizações.

Quando se decide realizar uma determinada acção, desenvolve-se um trabalho prévio de organização do pensamento, identificando os objectivos, os procedimentos a realizar e os resultados esperados. Se algo falha, não decorrendo conforme o planeado, obtém-se um outro resultado, surgindo o inesperado, que poderá ter sérias implicações devido à inexistência de mecanismos que permitam fazer face ao imprevisível.

Para evitar os erros e os acidentes é necessário saber gerir o inesperado. Weick e Sutcliffe (2001) consideram que se pode aprender através da observação das *High Reliability Organizations* (HRO), as denominadas organizações altamente fiáveis em que, apesar de actuarem em ambientes expostos à incerteza, o erro é reduzido ao mínimo. Enfrentar o inesperado poderá ter graves implicações na performance e no desenvolvimento de novas estratégias. Assim, as HRO, que desenvolvem metodologias que lhes permitem fazer face ao inesperado, são caracterizadas por manter “*uma performance fiável, apesar de constantes exposições ao inesperado, desenvolvendo e mantendo uma inteligência activa, individual e colectivamente assumida (mindfulness)*” (Martins, 2004, p. 219).

Para Langer (1989), a inteligência activa é representada como o escrutínio das expectativas existentes, o contínuo refinamento e diferenciação baseada nas novas experiências, o desejo e a capacidade para inventar novas expectativas que façam sentido aos eventos ocorridos e a identificação de novas dimensões que melhorem o funcionamento. Se as pessoas começarem a esperar das outras uma atitude de inteligência activa e a criticar aqueles que não a adoptam, esta tendência virá a prevalecer. Ao sentirem a necessidade de discutirem os seus erros, as pessoas percebem que isso conduz a uma mudança de cultura.

Um dos objectivos da organização é garantir uma cultura de segurança, pois perante a ocorrência de um evento inesperado torna-se crucial perceber a origem e a causa do problema para compreender o processo que originou o erro. Trata-se de uma cultura na qual

“as pessoas que gerem e operam o sistema, possuem conhecimento profundo acerca dos factores humanos, técnicos, organizacionais e da envolvente, que determinam a segurança do sistema como um todo” (Reason, 1997 adaptado por Martins, 2004, p. 217).

A orientação para uma cultura de segurança, tendo em conta o erro, torna-se numa ferramenta crucial para a organização, pois traduz a forma como esta organiza as suas oportunidades de aprendizagem para aumentar a performance (adaptado de Rybowskiak *et al.*, 1999). Para os autores, uma organização que pretenda aprender e melhorar com a contribuição dos erros deverá ter uma atitude positiva e activa face à exploração e compreensão dos mesmos.

Segundo Weick e Sutcliffe (2001), a organização que adopta uma postura de abertura em relação a todos os possíveis cenários, procura actualizações constantes dos procedimentos organizacionais bem como da tecnologia existente, com a finalidade de perceber a totalidade da envolvente e o próprio problema. Assim, quanto mais depressa se detectar o problema mais facilmente este será solucionado, uma vez que uma detecção numa fase mais tardia poderá produzir consequências mais graves. Torna-se indispensável dotar todos os seus profissionais com os recursos necessários para estimular a sua capacidade de adaptação e de resolução de problemas face ao inesperado.

Uma HRO, para manter uma postura de abertura face ao inesperado e ser capaz de desenvolver estratégias que promovam a sua rápida resolução, com o mínimo de consequências, deve possuir determinadas características. Weick e Sutcliffe (2001) descrevem as principais características que distinguem as HRO:

1 - *Preocupação com a falha*: as HRO estão preocupadas com as suas falhas, pequenas ou grandes, e tratam-nas como sinais de que algo pode estar mal no sistema e do qual poderão advir sérias consequências. Encorajam a notificação dos erros, tiram experiência da ocorrência dos mesmos, seguindo uma postura de aprendizagem contínua, e preocupam-se com a potencial responsabilidade de o sucesso as tornar tolerantes e reduzirem as margens de segurança.

2 - *Relutância para simplificar interpretações*: outra forma destas organizações encararem o inesperado é a relutância na aceitação da simplicidade, tendo por base que o mundo que enfrentam é complexo, instável, desconhecido e imprevisível. Tentam centrar-se mais naquilo que não sabem do que naquilo que sabem, encarando as falhas como resultado do desconhecido.

3 - *Sensibilidade às operações*: o inesperado frequentemente surge na sequência de “falhas latentes” do sistema (Reason, 1990), tais como na supervisão, notificação de erros, certificação, treino da segurança, etc. A atenção está dirigida para a linha da frente, dando-lhe formação e incentivando o entendimento comum. Estas organizações efectuem as revisões

necessárias após a concepção dos procedimentos, pois muitas vezes os erros só se manifestam após a implementação de determinado procedimento. *“Esta abordagem implementa-se desenvolvendo práticas que ajudem as pessoas a perceberem os processos produtivos, construindo modos de entendimento comum, com avaliações permanentes e actualizações contínuas, construindo uma história colectiva acerca das operações e características do posto de trabalho”* (Martins, 2004, p. 224).

4 - *Resiliência*: as HRO tentam implementar medidas que antecipem as falhas, através de um conhecimento profundo da tecnologia, do sistema e dos profissionais, mobilizando os recursos cognitivos e as redes informais da organização. Os erros e as suas consequências são assim minimizados, enquanto as organizações desenvolvem e aperfeiçoam as suas aptidões ao nível da detecção e da adaptação dos procedimentos existentes.

5 - *Deferência com a expertise*: estas organizações cultivam a diversidade convivendo melhor com a complexidade. As hierarquias rígidas são mais vulneráveis ao erro, pelo que se a autoridade se estender até níveis mais baixos possibilita-se que as decisões sejam tomadas na *front line*, pelos mais capazes e experientes, independentemente da posição hierárquica na organização, sendo possível ter uma maior compreensão dos problemas existentes. Segundo Martins (2004), *“a fiabilidade requer diversidade, duplicação, sobreposição e reportório de respostas variadas, enquanto a eficiência requer homogeneidade, especialização, não redundância e standardização. As práticas de gestão baseadas na eficiência, e mesmo as conducentes a processos de certificação de qualidade preservam, por seu turno, a simplificação e as estruturas fortemente conectadas, ignorando os problemas emergentes e complexos, promovendo rotinas estáveis, privilegiando uma combinação que pode ser disfuncional.”* (p. 227).

As HRO manifestam bons resultados ao nível da sua performance, mesmo quando expostas continuamente ao inesperado. Demonstram uma marcada preocupação com os resultados, tendo em vista o máximo aproveitamento dos seus recursos e a produção de bens ou serviços com a maior qualidade. Estas organizações são constantemente confrontadas com momentos de aprendizagem contínua, aliando-se uma postura de total abertura face ao inesperado e a necessidade de constante actualização dos seus conhecimentos. Todos os seus profissionais terão que adoptar uma nova postura e maneira de pensar, em concordância com os objectivos organizacionais e com a cultura organizacional. Weick e Sutcliffe (2001) consideram que deve existir a interiorização de uma nova cultura organizacional compreendida e defendida por todos os profissionais, promovendo uma cultura de corporativismo de princípios, valores, normas, consensos, percepção e intensidade no trabalho.

Cunha *et al.* (2005) referem que a cultura organizacional revela a posição adoptada e defendida pelos seus profissionais e traduz-se no *“conjunto de valores e práticas definidos e*

desenvolvidos pela organização, com base nos quais é socialmente construído um sistema de crenças, normas e expectativas que moldam o comportamento dos indivíduos.” (p. 530).

A cultura configura-se, assim, numa ferramenta indispensável para gerir o inesperado, pois a partilha de valores, expectativas e acções comuns convertidos em normas e pressupostos organizacionais conduzem a benefícios organizacionais, que se traduzem na sua aplicação e implementação de forma coordenada e resiliente.

A forma de comunicação e de difusão da informação pela organização deverá ser credível, consistente e detentora do mesmo grau de importância para todos, pelo que o resultado é traduzido numa cultura de corporativismo cada vez mais forte, na qual se adopta uma postura de constante abertura perante o inesperado, traduzindo-se estes princípios originais em normas. Esta relação de causalidade encontra-se representada na Figura 4.

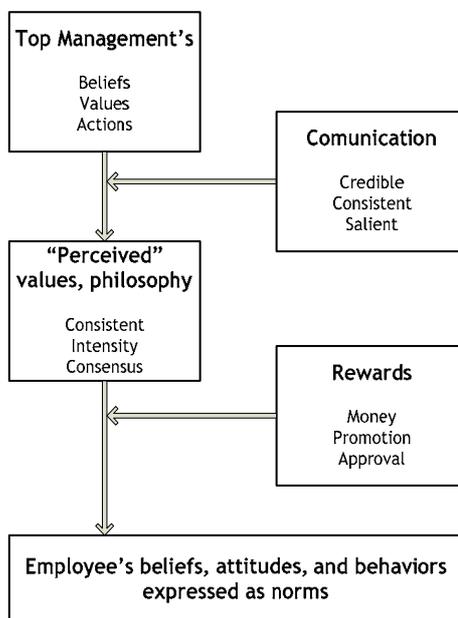


Figura 4: Condições que estimulam a criação de uma Cultura de Corporativismo
Fonte: Weick e Sutcliffe (2001, p. 125)

Weick e Sutcliffe (2001) defendem a criação de uma cultura de segurança nas organizações de saúde, com a finalidade de promover o aumento da qualidade dos cuidados prestados bem como a noção de segurança, adoptando-se uma postura pró-activa. Uma cultura de segurança *“is the product of individual and groups values, attitudes, competencies, and patterns of behaviour that determine the commitment to, and the style and proficiency of, an organization’s health and safety programmes. Organizations with a positive safety culture are characterized by communications founded on mutual trust, by shared perceptions of the importance of safety, and by confidence in the efficacy of preventive measures”* (Weick & Sutcliffe, 2001, p. 128).

Uma cultura de segurança, segundo Weick e Sutcliffe (2001), assenta igualmente numa cultura informada, pois todos os que actuam ao nível da gestão e da operacionalização dos sistemas são detentores de conhecimentos diferenciados, tanto a nível técnico e organizacional como em aspectos ambientais e relacionados com o desempenho individual, os quais podem ser determinantes na eficácia da segurança. São adoptadas medidas que incentivam a partilha de informação, principalmente a informação relacionada com os erros, com o objectivo de estimular o estudo dos mesmos e determinar a forma de os eliminar ou diminuir a sua frequência, bem como as suas consequências.

Para sustentar uma cultura de segurança é necessário desmistificar a noção de penalização do culpado, pois esta assenta em quatro características fundamentais: numa cultura justa, flexível, de reporte e de aprendizagem. Se por um lado, a cultura justa se traduz pelo sentimento de confiança entre os profissionais, onde se incentiva a notificação dos erros para promover uma aprendizagem contínua (Weick & Sutcliffe, 2001), uma cultura flexível permite usar os meios disponíveis para fazer face ao inesperado e a novas situações, e por outro lado, uma cultura de aprendizagem promove uma postura de maior abertura e preocupação com o bem-estar da organização, promovendo uma aprendizagem colectiva, identificando as áreas problemáticas e as soluções mais adequadas.

Segundo Weick e Sutcliffe (2001), uma atitude de maior sensibilidade e antecipação face ao inesperado pode subdividir-se em 3 princípios: preocupação com a falha, relutância em simplificar as interpretações e por fim a sensibilidade para as operações.

Segundo os autores, a preocupação com a falha traduz-se numa constante averiguação dos erros notificados que contribui para uma cultura de aprendizagem, onde cada falha encoraja a aprendizagem e a auto-análise. Contudo, existe sempre algo passível de originar surpresa, como a ocorrência de um acontecimento inesperado cuja análise não poderá ser simplificada, pois essa simplificação poderá ocultar aspectos fulcrais para a compreensão do fenómeno. Uma maior atenção aos pormenores permite observar um maior campo de acção, assim como diferentes pontos de vista e opiniões de todos os profissionais. A resolução dos eventos inicia-se quando surge um acontecimento inesperado e os profissionais têm que desenvolver as actividades com o compromisso com a resiliência aliado à deferência com a experiência. Estar preparado para actuar caso surja um novo evento independentemente de terem ocorrido esforços no sentido de promover a antecipação do mesmo, é outra das características determinantes do sucesso das HRO.

Nesta perspectiva, a organização deverá adoptar uma postura de maior abertura e disponibilidade, na qual são consideradas todas as medidas que visem lidar com o inesperado, actuando mal surja qualquer evento, sem esquecer de ser resiliente, realizando todas as acções de forma ponderada, pensada e mais clara. Segundo Weick e Sutcliffe (2001), a resiliência irá contribuir para o “*desenvolvimento de conhecimento, para a capacidade de*

fornecer feedback, aprender de forma mais rápida, desenvolver a capacidade de comunicação de forma mais rápida e assertiva, experimentar variedade, aperfeiçoar capacidades já existentes e obter conforto com a capacidade de improviso.” (p. 70). O poder acaba por ser descentralizado, movendo-se no sentido do conhecimento e da experiência.

O que diferencia as organizações que se preocupam com a qualidade das HRO, para Weick e Sutcliffe (2001), é o facto das primeiras organizações centrarem os seus esforços na eficiência, sucesso, homogeneidade e certeza, em vez de ser nos conceitos de ineficiência, falha, diversidade e surpresa.

Martins (2004) refere que a abordagem conceptual das HRO coloca a fiabilidade como o desígnio organizacional, confirmando a principal preocupação da teoria organizacional como o estudo e condições do funcionamento adequado dos sistemas.

Hines *et al.* (2008) referem no documento *Becoming a High Reliability Organization: Operational Advice for Hospital Leaders*, que os conceitos das HRO orientam as organizações de saúde no sentido de promoverem uma melhor assistência ao doente e que um número crescente de hospitais está a introduzir estes conceitos para ajudar a alcançar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados, bem como as metas de eficiência. Segundo estes autores, as falhas, mesmo que muito pouco frequentes, ocorridas nos processos críticos podem ter consequências terríveis para o doente. Sugerem que o objectivo primordial da fiabilidade organizacional consiste na adopção de uma cultura de segurança que reduza radicalmente as falhas do sistema e responda eficazmente quando estas ocorrem.

2.5. Erro Clínico

Nem sempre foi dada a devida importância aos erros resultantes do desenvolvimento das actividades de prestação de cuidados de saúde. Mas segundo Sousa (2006), já nas décadas de 50 e 60 havia registos de ocorrências de eventos adversos resultantes da prestação de cuidados. Nos anos 70, nos Estados Unidos da América, as companhias de seguros foram sobrecarregadas com queixas e pedidos de indemnização por parte de doentes alegadamente vítimas de negligência ou erros médicos.

Dada a dimensão da problemática e das questões associadas à responsabilidade social, houve necessidade de introduzir uma metodologia de gestão do risco, que teve por objectivo diminuir o número de reclamações e encargos com indemnizações pagas aos utilizadores dos serviços de saúde. Assim, tornou-se necessário gerir e financiar os custos associados a sinistros ou incidentes, bem como adoptar uma atitude mais pró-activa, de forma a minimizar os riscos clínicos.

Esta temática foi retomada na década de 90 com a publicação, pelo *Institute of Medicine* (IOM), do documento *To Err is Human* (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000). Neste trabalho, foram realizados dois estudos de grandes amostras de internamentos hospitalares: um em Nova Iorque, com dados de 1984, e outro no Colorado e Utah, com dados de 1992. Estes estudos permitiram determinar a percentagem de doentes admitidos nos hospitais destes estados, que sofreram eventos adversos causados directamente pela prática médica. Apuraram-se incidentes em 3.7% dos doentes no primeiro estado e em 2.9% nos segundos. Constatou-se que a proporção de eventos adversos atribuídos a erros (eventos adversos preveníveis) era de 58% em Nova Iorque e de 53% no Colorado e Utah. Estes números, quando extrapolados para o total de admissões hospitalares nos Estados Unidos, indicariam que entre 44.000 e 98.000 americanos morreriam anualmente por erros médicos.

Segundo Martins (2004), assumindo-se que os hospitais portugueses têm o mesmo nível de fiabilidade que os americanos, seria possível estimar, segundo os dados de 2001, que o número de mortes anuais devido a erros médicos estariam compreendidas entre as 1300 e 2900 e, considerando o valor mais baixo deste intervalo, a mortalidade devido a erros médicos estaria próxima da provocada por acidentes de viação (1460 em 2002) e 30% superior às mortes provocadas pela SIDA (177 em 2000).

Bates *et al.* (2009), num estudo realizado sobre as prioridades globais de segurança do doente em cuidados hospitalares nos países desenvolvidos, apuraram uma taxa de eventos adversos de cerca de 10%, embora os dados obtidos sejam reduzidos. Consideraram ainda que, no caso dos países das chamadas economias em transição, existem ainda menos dados disponíveis, embora os existentes sugiram a existência de taxas semelhantes, ou mesmo superiores, de danos causados pelos cuidados médicos.

Actualmente, deparamo-nos inúmeras vezes com o conceito de risco, aplicado a múltiplos contextos e estando muitas vezes associado a uma conotação de incerteza e de eminente falha, acidente, perigo, sorte ou azar. Dependendo do seu domínio de aplicabilidade, identifica-se um conceito diferente, que destaca a sua ambiguidade em termos de frequência, custo, gravidade, casualidade, previsibilidade, entre outros aspectos.

Numa organização, a noção de risco associa-se a questões materiais, relacionadas com o equipamento, material, produtos utilizados, infra-estruturas e também a aspectos humanos e funcionais, quando relacionados com procedimentos, normas, modelos de gestão, entre outros aspectos. Por ter associada uma noção de incerteza e de instabilidade, o risco poderá ser desencadeado apenas devido a uma variável, como é o caso da execução de um mau procedimento, ou devido à associação de várias variáveis, como seja a escolha ineficaz do material associada a um mau procedimento.

Segundo López (2003), os programas de gestão do risco permitem aumentar a segurança dos utentes e dos profissionais, melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados e reduzir ou conter os custos originados por eventos adversos.

A necessidade de gerir o risco decorre da ocorrência de erro ou evento adverso. No relatório do IOM, o erro médico é definido como a incapacidade de executar uma acção planeada conforme previsto (*erro de execução*) ou o uso de um plano errado para atingir um determinado objectivo (*erro de planeamento*) (Reason, 1990).

Na opinião de Brennan *et al.* (1991) o *evento adverso* é considerado como uma lesão resultante da acção médica mais do que da condição do doente. Um evento adverso atribuído a um erro é considerado *evento adverso prevenível*. Para Leape *et al.* (1993), os *eventos adversos negligentes* representam um subtipo de eventos adversos preveníveis, que satisfazem os critérios legais usados na determinação de negligência, isto é, quando os cuidados prestados não atingem o *standard* de cuidados que se espera serem alcançados pela mediana dos médicos. A organização *Joint Commission International* utiliza o termo *falha* em detrimento do termo erro, pois muitos dos eventos adversos ou das condições latentes não têm necessariamente origem directa em erros humanos.

Um erro poderá surgir tanto na fase de planeamento como na de execução, adoptando diferentes formas, como refere Martins (2004), podendo ser designados de lapsos, quando relacionados com a destreza, ou de enganar, quando resultam da aplicação de regras ou de enganar baseados no conhecimento.

Reason (1990), por sua vez, define erro como toda a ocasião na qual um plano bem concebido falha tornando impossível atingir um determinado fim, não podendo a culpa ser atribuída à intervenção de um qualquer agente estranho. O erro surgirá num contexto de acção claramente definido em que não se alcança o objectivo pretendido, podendo por isso ser evitável. Uma intervenção pró-activa, nesta área, visa a análise de todas as condicionantes que a conduziram a determinada acção, de forma a compreender a globalidade do fenómeno e assim determinar o local onde surgiu a falha que despoletou o erro.

Os conceitos de erro activo e erro latente são utilizados por Reason (2000, 2003) para justificar a forma de gestão do erro por ele defendida. Os erros activos são actos inseguros cometidos por uma pessoa que está em contacto directo com o sistema e pode assumir várias formas: deslize e lapso com base na competência, enganar baseados nas normas e/ou no conhecimento ou violações das mesmas. O erro latente é uma acção evitável existente dentro do sistema e surge a partir de decisões tomadas por analistas e gestores.

Segundo os autores Cook, Woods e Miller (1998), erros activos são aqueles que ocorrem ao nível do operador e os seus efeitos são percebidos de imediato, já os erros latentes são aqueles que não estão imediatamente acessíveis ao operador, tais como defeitos de design,

instalações incorrectas, organizações mal estruturadas, etc. A resposta habitual aos erros, é tentar punir os activos e ignorar os latentes. Frequentemente o erro latente só é reconhecido posteriormente. Perrow (1999) considera que os acidentes são inevitáveis no contexto de sistemas complexos de alta tecnologia. Mas esses sistemas, apesar de complexos e de estarem muitos expostos ao imprevisível, são altamente fiáveis, sendo os acidentes prevenidos através de uma excelente gestão organizacional (Sagan, 1993; Weick & Sutcliffe, 2001).

Quando ocorre um erro, a tendência é encontrar um culpado. Na verdade, o problema da ocorrência de erros não tem, frequentemente, por base pessoas incompetentes ou negligentes, mas resulta de sistemas insuficientemente seguros. Perante um erro em medicina, a atitude comum ia no sentido de tomar acções punitivas, intensificar o treino e o aconselhamento. Este tipo de atitude mostrou-se ineficiente e actualmente a atitude consiste em implementar mudanças na cultura organizacional, melhorar os sistemas técnicos e redesenhar os processos.

Segundo Kohn, Corrigan e Donaldson (2000), muito pode ser feito para tornar os sistemas mais fiáveis e seguros. Os grandes sistemas falham devido à ocorrência simultânea de múltiplas falhas. Um dos factores com maior influência nos acidentes é o erro humano. No entanto, dizer que um acidente é devido a erro humano não é o mesmo que atribuir a culpa, porque a maioria dos erros humanos são induzidos por falhas no sistema.

Reason (1990, 2000) estudou aprofundadamente a contribuição dos sistemas e dos humanos para a ocorrência de erros e. O autor considera que o erro não ocorre sem que haja intenção, pois ou a acção não ocorre como intencionado ou a acção intencionada não foi a correcta. Para se criar uma cultura baseada na segurança, é necessário perceber os processos complexos e a forma como o seu redesenho pode conduzir a melhorias. Dörner (1996) descreve o esquema dos sistemas complexos, considerando que complexidade é a designação que se dá perante a existência de múltiplas variáveis interdependentes. Quanto maior o número de variáveis, maior a sua interdependência e maior a complexidade do sistema. As ligações entre as variáveis obrigam a dispersar a atenção sobre muita informação, aumentando a dificuldade em interpretar uma variável isolada dentro do sistema.

O erro em medicina não deverá ser visto numa perspectiva individual, mas antes numa perspectiva do sistema. Segundo Reason (1997, 2000) para ocorrer um acidente terão de se alinhar um conjunto de causas “buracos do sistema” num dado momento no tempo, sustentando assim a teoria do “queijo suíço”. Este modelo pressupõe que os erros resultam de uma série de falhas que transpõem todas as barreiras de segurança e conduzem ao acidente. Esta abordagem mostra de que forma as falhas latentes, isto é, os “buracos” presentes nas fatias do queijo se podem alinhar criando condições favoráveis para a ocorrência de acidentes. Estas falhas podem permanecer adormecidas por longos períodos de tempo e esperar que a ocasião surja para ocorrer o acidente. As falhas activas são os novos “buracos”

que se podem desenvolver nas fatias do queijo e que resultam de actos inseguros, ou seja, são falhas difíceis de prever e que frequentemente têm um efeito adverso e imediato no sistema. O autor refere que os eventos adversos resultam da combinação de falhas activas com condições latentes.

As organizações que prestam cuidados de saúde têm de olhar para os erros médicos não como um caso especial de medicina, mas como um caso especial de erros, aplicando as teorias e as abordagens já utilizadas noutros domínios como forma de promover a redução dos erros e melhorar a fiabilidade e a performance.

2.6. Gestão da Qualidade

Nas últimas décadas tem-se observado, em vários países, a adopção de novas políticas sustentadas em programas de gestão da qualidade nas organizações hospitalares, com o objectivo de melhorar os seus processos de gestão e melhorar a eficiência dos serviços.

As organizações que adoptaram programas de gestão da qualidade empreendem esforços no sentido de satisfazer todos os indivíduos ou grupos que têm impacto na organização, como clientes, colaboradores, parceiros, fornecedores, comunidade na qual a organização opera, e todos os que possuem uma relação financeira com a organização, através dos resultados alcançados e da forma como estes são atingidos.

Esta é uma tarefa árdua perante a indispensável sustentabilidade das organizações num cenário de crescente competitividade global, rápida inovação tecnológica, alteração de processos e constantes mudanças nos panoramas económico e social e de clientes cada vez mais exigentes.

De acordo com a NP EN ISO 9000 (2005), define-se qualidade como o *“grau de satisfação de requisitos dado por um conjunto de características intrínsecas.”* (p. 16). Juran (1974) citado por Pires (2004) refere que *“Qualidade consiste nas características do produto que vão ao encontro das necessidades dos clientes e dessa forma proporcionam a satisfação em relação ao produto.”* (p. 24). Não é, portanto, fácil definir o conceito de qualidade, pois a sua definição terá de partir dos conceitos básicos e depois ser adaptada a cada caso concreto (sector de actividade, área, etc.) Assim, qualidade é sinónimo de satisfação dos requisitos dos clientes.

A qualidade dos serviços é a forma como estes são prestados em consonância com as suas especificações. Durante o consumo, a qualidade deve ser traduzida pela capacidade de prestar cuidados de acordo com as expectativas do utente. A qualidade dos serviços pode ser afectada por todos os profissionais que intervêm na prestação de cuidados. Para Morgado

(2002) o conceito de qualidade em saúde tem evoluído de forma rápida e em muitos países a organização dos sistemas de gestão da qualidade em saúde é relativamente recente.

O sucesso e a sustentabilidade de uma organização passam pela implementação e manutenção de um sistema de gestão que deve estar orientado para satisfazer todas as necessidades dos seus *stakeholders*.

Existem vários modelos de avaliação das organizações de saúde quanto ao cumprimento dos requisitos que garantam a conformidade do seu modelo de gestão da qualidade: a acreditação e a certificação.

Estes são dois modelos diferentes, pelo que convém esclarecer a diferença entre os conceitos de certificação e acreditação. Ambos os modelos têm por base um referencial normativo e o seu cumprimento, ou não, determina a atribuição do certificado de conformidade de qualidade atribuído por uma entidade externa, a qual garante que a organização cumpre os requisitos que lhe permitem assegurar um determinado nível de qualidade. Os requisitos da certificação são generalistas e podem ser aplicados a produtos ou serviços de qualquer sector de actividade. Por outro lado, a acreditação implica sempre um conjunto de normas ou requisitos especialmente concebidos para determinado sector de actividade. Acreditar uma organização significa que o *core business* da mesma cumpre um conjunto de normas de consenso internacional específicas dessa área de actividade.

Para obter a certificação do sistema de gestão da qualidade, uma organização de saúde tem de cumprir os requisitos da norma NP EN ISO 9001:2008. Para obter a acreditação terá que cumprir os requisitos dos sistemas consolidados e testados e reconhecidos, como a *Joint Commission International* (Americano), o *Canadian Council on Health Services Accreditation* (Canadiano), *The Australian Council on Healthcare Standards* (Australiano) ou o *King's Fund Health Quality Service* (Reino Unido).

A adopção de qualquer um dos modelos conduz a profundas mudanças da cultura organizacional, na medida em que surgem novas preocupações e novas exigências, sendo incentivada a existência de uma cultura da qualidade, para a qual se desenvolvem programas mais adaptados e estimulantes. Ainda neste contexto, a gestão do risco passa a fazer parte integrante dos objectivos organizacionais, passando a considerar-se o erro e o risco associado à prestação de cuidados, incentivando-se a notificação dos erros e o desenvolvimento de acções que promovam a eliminação ou a redução das falhas detectadas.

Segundo Fernandes (2000), a política que visa a implementação de um processo de melhoria contínua da performance organizacional, proporciona aos seus clientes a fiabilidade e a garantia de serviços constantes, de forma a identificar e a construir os instrumentos úteis para tornar a organização melhor e mais eficaz.

Qualquer processo de gestão da qualidade procura auxiliar as organizações na procura da excelência dos seus serviços, criando *standards* obrigatórios, na qual o seu nível de exigência é constantemente avaliado. Afinal, a procura pela excelência faz parte das exigências actuais, na medida em que toda a sociedade se torna mais exigente, sendo necessário encontrar e desenvolver recursos que permitam fazer face a estas novas exigências.

Fragata *et al.* (2006) referem que a acreditação e as boas práticas dum hospital têm impacto positivo na performance, mas não fazem directamente parte dela. O autor refere que o uso de *guidelines* que limitam a variação na prestação de cuidados é fundamental, mas revela-se imprudente limitar em demasia a criatividade dos profissionais.

Por outro lado, os processos de gestão da qualidade parecem não promover a diminuição do erro, pois, segundo Martins (2004), *“ao contrário das abordagens clássicas, onde se inclui a da qualidade (...), a fiabilidade não é o resultado da estandardização, pela procura da invariância organizacional, determinando regras formais para o desenvolvimento das actividades na organização. Pelo contrário, resulta de uma gestão continuada das oscilações da performance, a nível do posto de trabalho e de toda a dinâmica de interações na organização.”* (p. 219). Assim, a estandardização dos processos não garante a detecção preventiva de falhas. Nas organizações eficientes ocorrem erros, porque estas agem de igual forma face a situações imprevistas. Os acontecimentos inesperados promovem a revisão dos procedimentos e dos métodos de actuação, mas esta alteração só é possível se houver um entendimento comum na equipa face a estes novos eventos, possibilitando a detecção dos padrões de variabilidade e induzindo acções adaptativas adequadas. Para tal, evidencia-se a necessidade de existência de uma inteligência partilhada consciente destas variações, sendo o inesperado a fonte de aprendizagem colectiva.

Com o objectivo de promover a melhoria da qualidade da prestação de cuidados intensivos, Curtis *et al.* (2006) desenvolveram um estudo e concluíram que o sucesso não depende apenas de um trabalho interdisciplinar comprometido, que é cumulativo e contínuo, mas também de uma liderança forte. No entanto, devem efectuar-se mais estudos para aperfeiçoar os métodos e identificar os meios mais eficientes para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde recebidos pelos doentes críticos.

2.7. Performance Organizacional

Performance significa desempenho e na área assistencial significa bons resultados na prestação de cuidados, como mortalidade baixa, redução das complicações, boa qualidade de vida e sobrevida. Segundo Fragata *et al.* (2006), a performance clínica deverá estar associada ao perfil clínico dos doentes (história clínica, idade, etc.) e à dificuldade de execução do procedimento, pois um factor de risco clínico está sempre associado à possibilidade de uma

complicação ou de um mau resultado. Outra variável importante na performance clínica é o desempenho de quem executa o procedimento, condicionando igualmente o resultado.

Na prestação de cuidados de saúde, vários são os determinantes que condicionam a performance clínica. Segundo Fragata *et al.* (2006), o investimento tecnológico, os recursos humanos, a comunicação e sistemas de informação, a política de gestão de eventos adversos e as questões relacionadas com a equipa (liderança, distribuição de tarefas, gestão de tempo e de cansaço, comunicação, treino, protocolos de actuação na rotina e na incerteza, *checklists* e *briefings*) são as variáveis que condicionam o resultado da performance hospitalar.

Conhecer a performance organizacional é extremamente importante na gestão das organizações, pelo que esta deve ser medida. Na gestão das operações tem havido um grande interesse em conhecer os benefícios do desempenho organizacional relativamente a práticas como *just-in-time* e gestão da qualidade total, pois o estudo efectuado por Lopes (2007), referente à avaliação da performance hospitalar e tendo como referência as práticas da gestão da qualidade, mostra que um hospital com um sistema de gestão da qualidade apresenta melhor performance comparativamente a um hospital que o não possua.

Os níveis de desempenho organizacional dependem de vários factores. Segundo Covin e Slevin (1989), os níveis de desempenho têm sido tradicionalmente atribuídos a factores de gestão, no entanto os factores ambientais externos podem ter um forte impacto sobre a viabilidade e o crescimento organizacional. Os autores referem que a estrutura do sector pode ter um grande impacto no desempenho dos novos negócios, mas que as dimensões ambientais, como patamar de estagnação e dinamismo, também podem afectar o desempenho organizacional.

A hostilidade é, segundo Covin e Slevin (1989), uma dimensão ambiental que representa uma ameaça para a viabilidade e desempenho organizacional. Com o objectivo de identificar e contrastar as posturas estratégicas e as estruturas organizacionais associadas à alta performance nos ambientes hostis e favoráveis, Covin e Slevin (1989) efectuaram um estudo, cujos resultados indicam que os atributos que parecem proporcionar a alta performance nas pequenas empresas em ambientes hostis são uma estrutura orgânica, uma postura empreendedora estratégica e um perfil competitivo, caracterizado por uma abordagem de longo prazo e orientada para os objectivos de gestão, produto/serviço de elevado preço e uma preocupação para a manutenção da consciência das tendências do sector. Por outro lado, em ambientes favoráveis os atributos que parecem promover o desempenho incluem uma estrutura mais mecanicista, uma postura estratégica mais conservadora, um perfil competitivo, caracterizado por ser conservador, ter uma gestão que não tem em conta o risco financeiro, dar ênfase à rentabilidade imediata e ao desenvolvimento e com uma forte dependência dos clientes individuais.

Os autores sugerem que o desempenho está fortemente associado à coesão interna e à consistência das práticas sustentadas na gestão estratégica e que a análise crítica dos factores ambientais é fundamental para uma gestão estratégica eficaz.

Para se obterem vantagens competitivas e atingir as metas definidas, é necessário que as organizações definam claramente os indicadores críticos que permitam medir a performance organizacional. Parece, assim, fundamental começar por identificar, dentro dos sistemas e organizações, os factores que afectam a performance. Para avaliar a performance é frequente as organizações utilizarem medidas objectivas, como produtividade, lucro ou custos, no entanto, muitas dependem de medidas subjectivas (Wall *et al.*, 2004).

Os *scores* servem para comparar performances clínicas em grupos uniformes de risco, no entanto Fragata *et al.* (2006) referem que *“esta metodologia tem sido muito contestada, pois questiona-se o seu rigor pois a má randomização impede um case-mix correcto e favorece o agrupamento ocasional de bons e maus casos.”* (p. 52). A estratificação do risco serve para comparar performances no âmbito de *benchmarking*, no entanto o autor sugere que é fundamental o rigor nas comparações, especialmente nas áreas clínicas de pouco volume e de perfil pouco homogéneo, dando especial atenção à possibilidade de se identificar uma performance baixa por ter sido baseada em índices de comparação errados.

O futuro dos *scores* de risco passará pela sua correcta validação, incorporando nos mesmos factores de performance individual e organizacional e a ponderação das complexidades de cada caso, por depender de inúmeras condicionantes não imputáveis ao desempenho do profissional ou da equipa, pois, tal como sugerem Fragata *et al.* (2006), o resultado em medicina *“é função complexa da doença e co-morbilidades, da dificuldade técnica, da performance individual e organizacional e do acaso. A intercepção entre a complexidade / dificuldade e a performance será o risco que cada doente corre.”* (p. 159).

Num estudo efectuado por Kroch *et al.* (2007) foram encontradas melhorias significativas nas taxas de mortalidade, provavelmente indicando que os hospitais têm tido cada vez mais capacidade em manter as pessoas vivas, através da redução do erro, das tecnologias mais eficazes e da adesão aos protocolos baseados em evidências. Os *scores* da mortalidade melhoraram, em parte, pela codificação de co-morbilidades mais consciente.

Ray *et al.* (2009) consideram que os riscos mais elevados não significam necessariamente que o hospital seja inseguro, pois este é um método instantâneo, devendo efectuar-se a avaliação simultânea de outros indicadores de qualidade para tirar uma conclusão adequada. Os autores não defendem a avaliação de desempenho baseado num único nível de desempenho, pois embora a interpretação dos resultados da doença seja relativamente fácil de efectuar, apreciar e explicar os resultados de serviços clínicos de elevada complexidade, como as unidades de cuidados intensivos, não é tão fácil devido à própria natureza destas unidades.

A determinação da performance através de medidas subjectivas pode ser favorável, pois estas medidas são eficientes, já que, dos dados de desempenho recolhidos através de inquéritos por questionário ou entrevista, resulta informação sobre as práticas organizacionais.

Com o objectivo de saber se as medidas subjectivas da performance organizacional são equivalentes às medidas objectivas, Wall *et al.* (2004) efectuaram um estudo para conhecerem esta relação, uma vez que a suposição de equivalência é passível de contestação. As medidas subjectivas tendem a centrar-se no desempenho global, enquanto as medidas objectivas usam geralmente indicadores financeiros e de produção mais específicos. Os autores referem vários estudos que fornecem evidência da validade convergente entre as duas medidas. No estudo que efectuaram concluíram que as medidas objectivas e subjectivas da performance organizacional estão positivamente associadas e que o nível de equivalência entre os resultados confere confiança nos resultados dos estudos baseados nas medidas subjectivas de desempenho organizacional. Esta relação entre as medidas subjectivas e objectivas da performance é reforçada por Bommer *et al.* (1995), pois consideram que a equivalência entre os resultados das medidas subjectivas e objectivas do desempenho dos profissionais se relacionam com a gestão de recursos humanos e o desempenho organizacional.

Para Carmeli, Gilat e Waldman (2007) as atitudes dos profissionais são afectadas por aspectos do desempenho da empresa. O estudo efectuado pelos autores visa contribuir para uma melhor compreensão das relações entre a percepção de desempenho organizacional, a identificação organizacional e os resultados do trabalho. Analisaram, assim, o desempenho da organização através da avaliação efectuada pelos profissionais (relativa à rentabilidade, a capacidade de reter profissionais essenciais, desenvolvimento de produto e à satisfação dos clientes) e o seu papel na identificação organizacional.

Saliente-se, quanto às questões de identificação organizacional, o conceito da teoria da identidade social, que, para estes autores, assenta na percepção de pertença a um grupo de classificação, através do qual um indivíduo se percebe a si mesmo como um membro real ou simbólico do grupo. Carmeli, Gilat e Waldman (2007) vêem a identificação organizacional como um aspecto particular e uma forma de construção da identificação social. Assim, quando um indivíduo vê a identidade de um grupo social ou organização de forma distintiva e duradoura e essa identidade é, incontestavelmente, superior comparativamente a outras identidades, desenvolve uma identificação forte e incorpora-a no seu auto-conceito. Parte da auto-concepção e auto-estima de um profissional decorre do *status* e do prestígio atribuído à organização em que este se integra.

Uma das variáveis estudadas pelos autores para avaliar a percepção de performance foi a responsabilidade social. Definiram-na como as acções desenvolvidas pela empresa que têm uma finalidade social - os *stakeholders*. A relevância dada à responsabilidade social

salienta a importância das acções em relação aos profissionais, tais como relações laborais e desenvolvimento, bem como os factores relacionados com a qualidade dos produtos/serviços.

Existe uma forte ligação entre responsabilidade social e identificação organizacional. Quando as empresas são percebidas por terem um bom desempenho relativo à responsabilidade social, verifica-se uma promoção dos ideais e dos valores dos seguidores. Isto é, os ideais e os valores serão perseguidos pelos indivíduos que, ao perceberem que as suas empresas assumem a responsabilidades relativas aos profissionais e ao desenvolvimento de produtos de qualidade, promovem ao máximo a identificação organizacional com essas empresas. Por outro lado, enquanto os profissionais tendem a olhar positivamente sobre o desempenho positivo do mercado financeiro ou das suas empresas, pode não haver o mesmo tipo de efeito sobre os ideais e valores dos seguidores e, portanto, sobre a identificação organizacional (Carmeli, Gilat & Waldman, 2007).

Segundo Carmeli, Gilat e Waldman (2007), os profissionais que se identificam fortemente com a sua organização vão realizar melhor as suas tarefas e tendem a tornar-se mais integrados neste colectivo a que chamam de ajustamento dos membros, pois tendem a empenhar-se mais e apresentam um nível relativamente elevado da qualidade de desempenho. Para uma boa integração na organização, é crucial o esforço organizacional para encontrar formas de aperfeiçoar os conhecimentos, as aptidões e as competências dos profissionais e para se certificar que os profissionais se integram, enquanto factor crítico de sucesso a longo prazo.

O estudo permitiu concluir que comparando o desempenho do mercado financeiro e de base, baseado principalmente em critérios económicos directos, a responsabilidade social e o desenvolvimento de produtos e serviços de qualidade apresentaram um efeito maior sobre a identificação organizacional.

Assim, o *status* e o prestígio organizacional favorável têm um papel importante na formação das atitudes e das acções dos profissionais, pois são muitas vezes um reflexo das suas conquistas ou desempenho. Segundo Carmeli, Gilat e Waldman (2007), as duas formas de desempenho organizacional (percepção da responsabilidade social e desenvolvimento e percepção do mercado e desempenho financeiro) estão associadas com a identificação organizacional. No entanto, quando comparada a percepção do mercado e o desempenho financeiro, a percepção da responsabilidade social e do desenvolvimento verificaram que estas variáveis tiveram um impacto maior na identificação organizacional. De facto, se uma organização é bem-sucedida em equilibrar as necessidades e os objectivos dos diversos *stakeholders* colhe os benefícios relativos à identificação organizacional e aos resultados.

A performance organizacional resulta da fiabilidade organizacional, pois na perspectiva de Martins (2004) as organizações fiáveis possuem uma sensibilidade acrescida para a performance organizacional, ... *“cobrindo as diferentes dimensões da performance - o ideal de burocracia que maximiza a eficiência, o ideal de cooperação que maximiza a satisfação das*

necessidades das pessoas, ou o ideal do sistema natural que maximiza a aquisição de recursos -, a fiabilidade vem reafirmar a lógica paradoxal necessária para capturar a contraditória natureza da vida organizacional.” (p. 221).

Segundo o autor deve ser ponderada a exigência de recursos com as expectativas e a competição, para propagar a identidade organizacional. Inspirando-se em Whetten e Cameron, (1994) descreve que uma organização eficaz *“é simultaneamente centrada no curto e longo termo, flexível e rígida, centralizada e descentralizada, orientada para os objectivos e para o controle, preocupada com as necessidades dos membros e as exigências dos clientes.”* (Martins, 2004, p. 221).

As organizações altamente fiáveis determinam as condições a evitar em vez das condições a obter, identificando os resultados que não pretendem obter e desenvolvendo a sua actividade para que estes nunca ocorram, pois para Martins (2004), *“ a eficácia, definida em termos de evitamento, é, contudo, mais exigente em termos de envolvimento, inteligência activa e capacidade de alerta (mindfulness), do que a descrita em termos de resultados a obter.”* (p.221).

Capítulo 3 - Metodologia

3.1. Tipo de Estudo

Tendo por base os objectivos que se pretendem atingir e as questões de investigação, o estudo em causa assenta numa abordagem quantitativa, que visa descrever e identificar a relação entre as variáveis em estudo e compreender as consequências que advêm da manipulação entre as variáveis, traduzindo em números as opiniões e as informações, de modo a permitir a sua classificação e análise. O estudo é do tipo exploratório, na medida em que tem como objectivo proporcionar um maior conhecimento sobre o tema ou problema em estudo, formular um problema ou defini-lo com maior precisão, identificar cursos alternativos de acção, desenvolver hipóteses e estabelecer prioridades para investigações futuras.

3.2. Variáveis

As variáveis estudadas numa investigação podem ser dependentes ou independentes. A variável independente, segundo Fortin (1999) é *“a que o investigador manipula num estudo*

experimental para medir o seu efeito na variável dependente” e a variável dependente é “a que sofre o efeito esperado da variável independente.” (p. 37).

Numa primeira análise consideraram-se como *variáveis independentes*: i) Grupo Profissional (médico, enfermeiro, terapeuta e assistente social); ii) Vínculo Contratual (contrato de trabalho em funções públicas, contrato individual de trabalho e contrato de prestação de serviços); iii) Certificação da Qualidade (serviço certificado no âmbito da ISO 9001 ou não certificado) e como *variáveis dependentes*: i) Coordenação Relacional (frequência da comunicação, comunicação em tempo útil, comunicação detalhada, partilha na resolução do problema, conhecimento do trabalho desenvolvido, respeito pelo trabalho desenvolvido e partilha dos objectivos); ii) Aprendizagem Organizacional (ambiente que suporta a aprendizagem - segurança psicológica, valorização das diferenças, abertura a novas ideias, tempo para reflectir -, processos e práticas de aprendizagem correctos - experimentação, recolha de informação, análise, educação e aprendizagem, transferência de informação - e liderança que reforça a aprendizagem); iii) Fiabilidade Organizacional (resiliência, deferência, preocupação com a falha, relutância em simplificar interpretações e sensibilidade às operações).

Numa segunda análise consideraram-se como *variáveis independentes*: i) Coordenação Relacional; ii) Aprendizagem Organizacional; iii) Fiabilidade Organizacional e como *variável dependente* a Performance Organizacional (identificação organizacional e percepção da responsabilidade social e desenvolvimento).

Assim, a Coordenação Relacional, a Aprendizagem Organizacional e a Fiabilidade Organizacional assumem-se como variáveis dependentes do Grupo Profissional, do Vínculo Contratual e da Certificação da Qualidade e assumem-se como variáveis independentes relativamente à Performance Organizacional.

3.3. Hipóteses

Dado o carácter exploratório do estudo foram colocadas as seguintes hipóteses de investigação:

H1: Existe uma relação entre o Grupo Profissional e a Fiabilidade Organizacional

H2: Existe uma relação entre o Grupo Profissional e a Coordenação Relacional

H3: Existe uma relação entre o Grupo Profissional e a Aprendizagem Organizacional

H4: Existe uma relação entre o Vínculo Contratual e a Fiabilidade Organizacional

H5: Existe uma relação entre o Vínculo Contratual e a Coordenação Relacional

H6: Existe uma relação entre o Vínculo Contratual e a Aprendizagem Organizacional

H7: Existe uma relação entre a Certificação da Qualidade e a Fiabilidade Organizacional

H8: Existe uma relação entre a Certificação da Qualidade e a Coordenação Relacional

H9: Existe uma relação entre a Certificação da Qualidade e a Aprendizagem Organizacional

H10: Existe uma relação entre a Fiabilidade Organizacional e a Performance Organizacional

H11: Existe uma relação entre a Coordenação Relacional e a Performance Organizacional

H12: Existe uma relação entre a Aprendizagem Organizacional e a Performance Organizacional

3.4. Modelo de Análise

Da revisão bibliográfica efectuada considerou-se pertinente analisar de que forma as variáveis Fiabilidade Organizacional, Coordenação Relacional e Aprendizagem Organizacional interferem e influenciam na Performance da prestação de cuidados de saúde. Considerou-se importante compreender de que forma as variáveis Grupo Profissional (uma vez que a equipa de prestação de cuidados é multidisciplinar), Vínculo Contratual (que poderá mostrar o nível de envolvimento e o conhecimento que os profissionais possuem da organização) e Certificação da Qualidade (que pode demonstrar a influência de um serviço certificado, no âmbito da NP EN ISO 9001:2008) influenciam as variáveis supracitadas. O modelo de análise encontra-se representado na Figura 5.

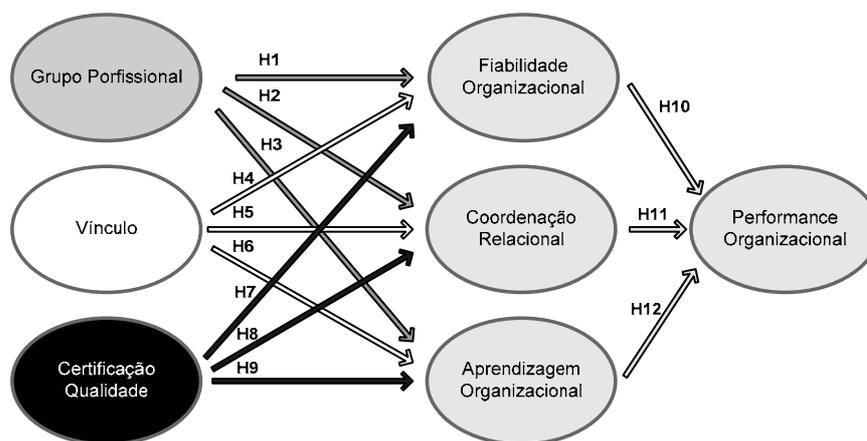


Figura 5: Modelo de análise

3.5. Instrumentos

Foi aplicada, após autorização do Presidente do Centro Hospitalar do Médio Tejo (CHMT) (ver Anexo I), uma bateria de instrumentos composta por cinco grupos, um dos quais referente a

dados gerais e os restantes quatro relativos à Coordenação Relacional (Gittel, 2002), Aprendizagem Organizacional (Menezes, Guimarães & Bido, 2011), Fiabilidade Organizacional (Gonçalves, 2008) e Performance Organizacional (Carmeli, Gilat & Waldman, 2007). Estes questionários foram adaptados para a Língua Portuguesa de acordo com a metodologia adequada, tendo sido efectuadas as alterações daí decorrentes (ver Anexo II).

3.6. População e Amostra

A população alvo deste estudo corresponde aos prestadores de cuidados de saúde (médicos, enfermeiros, terapeutas e assistentes sociais) do CHMT, que integra três unidades hospitalares de carácter geral, localizadas em Abrantes, Tomar e Torres Novas, com um total de 969 profissionais que prestam cuidados de saúde e possuindo uma capacidade instalada de 469 camas (sem berçário).

A amostra é constituída pelos prestadores de cuidados de saúde da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) - sita na Unidade de Abrantes - e da Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC) - sita na Unidade de Torres Novas. Trata-se de uma amostra não probabilística porque foi seleccionada segundo critérios definidos, ou seja, ocorreu segundo uma selecção racional. O estudo decorreu no primeiro trimestre de 2011, mais precisamente nos meses de Fevereiro e Março.

A amostra corresponde às 2 Unidades de Cuidados Intensivos do CHMT, pois segundo Martins (2004) *“O ambiente das Unidades de Cuidados Intensivos é propício à ocorrência de erros e estes têm sido frequentemente reportados. Uma complexa interacção homem-máquinas de elevada tecnologia, a necessidade de monitorização prolongada, o padrão de trabalho em equipa, as situações de stress e uma enorme imprevisibilidade de ocorrência de situações de crise, criam o ambiente propício para a ocorrência de erros - erros de sistema, ou por mau desempenho do humano. Erros, em geral, devidos à associação de ambas as causas humanas e de sistema.”* (p. 99).

Também um estudo em unidades de cuidados intensivos, referido por Martins (2004), revela a ocorrência de 1,7 erros médicos por doente e por dia, dos quais 29% conduziram a acidentes graves, assentes essencialmente na componente humana e justificados maioritariamente pela a dificuldade de comunicação entre médicos e enfermeiros.

A UCIP tem como missão prestar cuidados de saúde especializados em situação de doença aguda potencialmente reversível e/ou com falência de uma ou mais funções vitais iminente ou estabelecida. Tem uma capacidade de 6 camas, existindo 1 cama para doentes que necessitem de cuidados em isolamento. O Serviço é composto por 19 enfermeiros e 10 médicos, dos quais 5 são prestadores de serviço. Dispõe ainda de outros profissionais a tempo

parcial: técnicos de diagnóstico e terapêutica, médico da área de Medicina Física e Reabilitação e assistente social.

A UCIC tem como missão prestar cuidados de saúde aos doentes do foro cardíaco instáveis e em fase aguda. Pretende proporcionar cuidados de saúde que objectivam a diminuição da morbilidade e da mortalidade dos doentes. Tem uma capacidade de 6 camas e é composto por 16 enfermeiros e 20 médicos, dos quais 14 são prestadores de serviço. Dispõe ainda de outros profissionais a tempo parcial: técnicos de diagnóstico e terapêutica, médico da área de Medicina Física e Reabilitação e assistente social.

3.7. Análise de Dados

O tratamento estatístico dos dados recolhidos através do questionário foi efectuado com o recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 19. Procedeu-se a estudos para análise da fiabilidade das escalas utilizadas através da determinação do coeficiente *alfa* de Cronbach (α) que mede a correlação entre as respostas apresentando uma correlação média entre as perguntas. A verificação da existência de relação entre as variáveis baseou-se na aplicação do teste de *Kruskal-Wallis (K-W)* que se aplica quando existem duas ou mais amostras independentes e se assumir que estas são provenientes de amostras com o mesmo formato, não necessariamente Normal. Este teste pode ser usado com dados ordinais, intervalares ou proporcionais. Foi ainda efectuada a regressão linear com o teste da *One-Way ANOVA* para verificar a existência de uma diferença significativa entre as médias e se os factores exercem influência na variável dependente. A hipótese nula (H_0) neste teste estabelece que não há diferença estatisticamente significativa entre grupos. Considerou-se o grau de significância $p \leq 0.05$ para todos os resultados.

Capítulo 4 - Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados

4.1. Resultados

No corrente estudo foram inquiridos 73 indivíduos, dos quais apenas 61 dos questionários foram considerados válidos (cerca de 16,4% dos questionários não foram considerados válidos, principalmente por razões de “não resposta” (ver Anexo III, Quadro A1). A amostra seleccionada corresponde a 7,53% da população.

A classe modal da amostra, em termos do Grupo Profissional a que pertence, é a classe dos Enfermeiros (54,1%), logo seguida pelos Médicos (36,1%), sendo que a classe de menor frequência relativa é a dos Assistentes Sociais (3,3%) (ver Anexo III, Quadro A1 e Figura A1).

Verifica-se que a maioria dos inquiridos apresenta um Vínculo Contratual de “contrato de trabalho em funções públicas” (50,8%) e a minoria apresenta “contrato de prestação de serviços” (16,4%) (ver Anexo III, Quadro A2 e Figura A2).

Verifica-se um grande equilíbrio em relação ao número de profissionais com serviço certificado (30) e o número de profissionais com serviço não certificado (31) (ver Anexo III, Quadro A3 e Figura A3).

No que respeita à fiabilidade dos questionários, os valores de *alfa* de Cronbach revelaram uma elevada consistência interna das escalas, tendo os valores de α sido os seguintes: Coordenação Relacional=.914; Aprendizagem Organizacional=.942; Fiabilidade Organizacional=.718 e Performance Organizacional=.800 (ver Anexo IV, Quadros A4, A5, A6 e A7).

Em relação a algumas das hipótese testadas, verifica-se que não há diferenças estatisticamente significativas, dado que $p > .05$, não se rejeitando H_0 . Assim, não existe relação entre os diferentes Grupos profissionais e a Fiabilidade Organizacional (H1), (ver Anexo V, Quadros A8 e A9), entre Grupos Profissionais e Coordenação Relacional (H2) (ver Anexo V, Quadros A10 e A11), entre Grupos Profissionais e Aprendizagem Organizacional (H3) (ver Anexo V, Quadros A12 e A13), entre Vínculo Contratual e Fiabilidade Organizacional (H4) (ver Anexo V, Quadros A14 e A15), entre Vínculo Contratual e Aprendizagem Organizacional (H6) (ver Anexo V, Quadros A16 e A17), entre Certificação da Qualidade e Coordenação Relacional (H8) (ver Anexo V, Quadros A18 e A19) e, finalmente, entre Certificação da Qualidade e Aprendizagem Organizacional (H9) (ver Anexo V, Quadros A20 e A21).

Pelo contrário, verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas quanto à Coordenação Relacional relativamente ao Vínculo profissional de cada indivíduo (H5). Dão mais relevância à coordenação relacional os profissionais com contrato de trabalho em funções públicas (G1) quando comparados com os profissionais com contrato individual de trabalho (G2) e com os profissionais com contrato de prestação de serviços (G3) (G1: $M = 34,11$; G2: $M = 33,15$; G3: $M = 17,05$; $K-W = 7,428$; $p = 0,024$) (ver Quadros 3 e 4).

Quadro 3: Médias do Vínculo Contratual para a Coordenação Relacional

Vínculo Contratual		N	Média
Coordenação Relacional	Contrato de trabalho em funções públicas	31	34,11
	Contrato individual de trabalho	20	33,15
	Contrato de prestação de serviços	10	17,05
	Total	61	

Quadro 4: Teste de Kruskal-Wallis para o Vínculo Contratual e a Coordenação Relacional

Teste Estatístico ^{a,b}	
	Coordenação Relacional
Qui-Quadrado	7,428
Graus de Liberdade	2
Níveis de Significância	,024
a. Teste Kruskal Wallis, b. Variável: Vínculo Contratual	

Verificam-se, igualmente, diferenças estatisticamente significativas entre os serviços certificados e os não certificados, em relação à Fiabilidade Organizacional (H7). É mais fiável à organização o serviço certificado (G1) quando comparado com um não certificado (G2) no que respeita à “sensibilidade às operações” (G1: $M = 3,878$; G2: $M = 3,559$; $K-W = 5,179$; $p = 0,023$), e à “preocupação com a falha” (G1: $M = 3,908$; G2: $M = 3,452$; $K-W = 13,455$; $p = 0,000$) (ver Quadros 5 e 6).

Quadro 5: Médias da Certificação da Qualidade para a Fiabilidade Organizacional

Certificação da Qualidade	Resiliência	Deferência	Preocupação com a Falha	Relutância em Simplificar Interpretações	Sensibilidade às Operações
Sim	3,6500	3,4583	3,9083	3,8000	3,8778
Não	3,5403	3,4274	3,4516	3,5968	3,5591
Total	3,5943	3,4426	3,6762	3,6967	3,7158

Quadro 6: Teste de Kruskal-Wallis para a Certificação da Qualidade e a Fiabilidade Organizacional

Teste Estatístico ^{a,b}					
	Sensibilidade às Operações	Relutância Simplificar Interpretações	Preocupação com a Falha	Deferência	Resiliência
Qui-Quadrado	5,179	,464	13,455	,003	,096
Graus de Liberdade	1	1	1	1	1
Níveis significância	,023	,496	,000	,954	,757
a. Teste Kruskal Wallis, b. Variável: O serviço é certificado no âmbito da ISO 9001					

Também na relação entre Fiabilidade Organizacional e Performance Organizacional foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (H10), no que respeita à “preocupação com a falha” ($M = 3,676$; $K-W = 12,857$; $p = 0,005$), à “sensibilidade às operações” ($M = 3,716$; $K-$

W =9,665; $p =0,022$) e à “deferência com a *expertise*” (M =3,443; K-W =9,244; $p =0,026$) (ver Quadros 7 e 8).

Quadro 7: Médias da Fiabilidade Organizacional para a Performance Organizacional

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Resiliência	61	2,25	5,00	3,5943	,52473
Deferência	61	1,50	4,75	3,4426	,63965
Preocupação com a Falha	61	2,00	5,00	3,6762	,54073
Relutância em Simplificar Interpretações	61	2,25	5,00	3,6967	,55361
Sensibilidade às Operações	61	2,33	5,00	3,7158	,55054
Valid N (listwise)	61				

Quadro 8: Teste de Kruskal-Wallis para a Fiabilidade Organizacional e a Performance Organizacional

	Teste Estatístico ^{a,b}				
	Resiliência	Deferência	Preocupação com a Falha	Relutância em Simplificar Interpretações	Sensibilidade às Operações
Qui-Quadrado	3,649	9,244	12,857	5,344	9,665
Graus de Liberdade	3	3	3	3	3
Níveis de Significância	,302	,026	,005	,148	,022

a. Teste Kruskal Wallis, b. Variável: Performance Organizacional

Na sequência destes resultados, procedeu-se à análise da regressão linear para estudar a relação entre a Performance Organizacional e a Fiabilidade Organizacional. Os resultados indicam que estas variáveis estão correlacionadas entre si ($R =.610$). Das dimensões apresentadas relativamente à Fiabilidade Organizacional, a “preocupação com a falha” é a que apresenta maior influência sobre a Performance Organizacional ($t =3,527$, $p =0,001$), seguida da “sensibilidade às operações” ($t =2,086$, $p =0,042$), e a “resiliência” é a que afecta de forma menos acentuada ($t =-0,661$; $p =0,511$). Por outro lado, pode afirmar-se que a Fiabilidade Organizacional explica cerca de 37,3% da variabilidade apresentada pela Performance Organizacional (ver Quadros 9, 10 e 11).

Quadro 9: Regressão Linear para a Fiabilidade Organizacional e a Performance Organizacional

Model Summary				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,610 ^a	,373	,314	,36776

a. Predictores: (Constante), Sensibilidade às Operações, Deferência, Relutância em Simplificar Interpretações, Resiliência, Preocupação com a Falha

Quadro 10: Teste *One-Way* ANOVA para a Fiabilidade Organizacional e a Performance Organizacional

ANOVA ^b						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	4,337	5	,867	6,413	,000 ^a
	Residual	7,303	54	,135		
	Total	11,640	59			

a. Predictores: (Constante), Sensibilidade às Operações, Deferência, Relutância em Simplificar Interpretações, Resiliência, Preocupação com a Falha, b. Variável Dependente: Performance Organizacional

Quadro 11: Coeficientes para a Fiabilidade Organizacional e a Performance Organizacional

Coefficients ^a					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constante)	1,426	,450		3,166	,003
Resiliência	-,069	,104	-,082	-,661	,511
Deferência	,091	,079	,132	1,154	,254
Preocupação com a Falha	,416	,118	,509	3,527	,001
Relutância em Simplificar Interpretações	-,108	,113	-,135	-,953	,345
Sensibilidade às Operações	,221	,106	,276	2,086	,042

a. Variável Dependente: Performance Organizacional

Ainda no âmbito da análise da regressão linear verificou-se que a correlação entre Coordenação Relacional e a Performance Organizacional (H11) é fraca ($R = .424$), sendo que a variável Coordenação Relacional explica cerca de 18% da variabilidade da Performance Organizacional ($t = 3,567$, $p = 0,001$) (ver Quadros 12, 13 e 14).

Quadro 12: Regressão Linear para a Coordenação Relacional e a Performance Organizacional

Model Summary				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,424 ^a	,180	,166	,40570

a. Predictores: (Constante), Coordenação Relacional

Quadro 13: Teste *One-Way* ANOVA para a Coordenação Relacional e a Performance Organizacional

ANOVA ^b						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2,094	1	2,094	12,722	,001 ^a
	Residual	9,546	58	,165		
	Total	11,640	59			

a. Predictores: (Constante), Coordenação Relacional, b. Variável Dependente: Performance Organizacional

Quadro 14: Coeficientes para a Coordenação Relacional e a Performance Organizacional

Coefficients ^a					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1	(Constante)	2,023	,401	5,050	,000
	Coordenação Relacional	,386	,108	,424	,001

a. Variável Dependente: Performance Organizacional

A correlação entre Aprendizagem Organizacional e a Performance Organizacional (H12) revela-se moderada a fraca ($R = .534$), sendo que a Aprendizagem Organizacional explica cerca de 28.5% da variabilidade da performance organizacional ($t = 4,814$, $p = 0,000$) (ver Quadros 15, 16 e 17).

Quadro 15: Regressão Linear para a Aprendizagem Organizacional e a Performance Organizacional

Model Summary				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,534 ^a	,285	,273	,37868

a. Predictores: (Constante), Aprendizagem Organizacional

Quadro 16: Teste *One-Way* ANOVA para a Aprendizagem Organizacional e a Performance Organizacional

ANOVA ^b						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	3,323	1	3,323	23,173	,000 ^a
	Residual	8,317	58	,143		
	Total	11,640	59			

a. Predictores: (Constante), Aprendizagem Organizacional, b. Variável Dependente: Performance Organizacional

Quadro 17: Coeficientes para a Aprendizagem Organizacional e a Performance Organizacional

Coefficients ^a					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1	(Constante)	1,781	,348	5,118	,000
	Aprendizagem Organizacional	,410	,085	,534	,000

a. Variável Dependente: Performance Organizacional

A Figura 6 mostra as relações encontradas entre as diferentes variáveis.

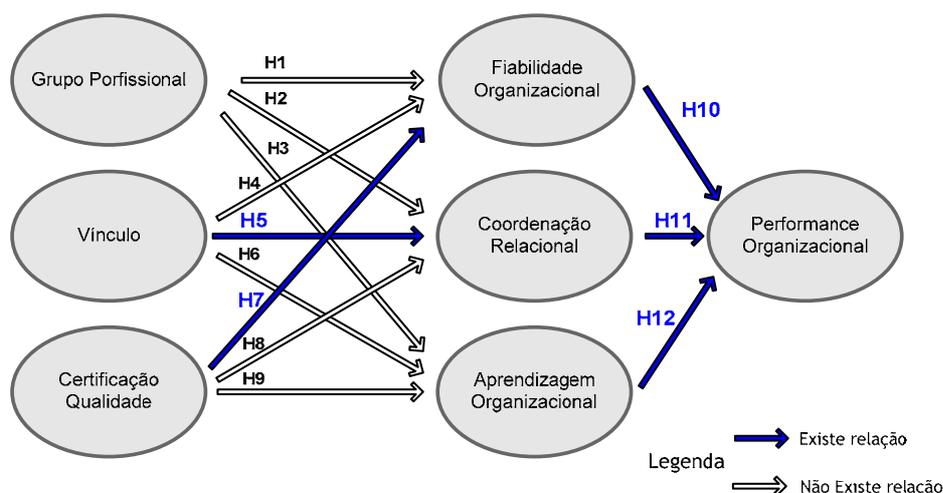


Figura 6: Relações entre as variáveis

4.1.1. Relação entre as variáveis independentes e a Performance Organizacional

Para estudar a relação entre Coordenação Relacional, Aprendizagem Organizacional e Fiabilidade Organizacional com a Performance Organizacional, procedeu-se à análise de três regressões lineares.

A primeira regressão linear foi efectuada com as variáveis Fiabilidade Organizacional, Coordenação Relacional e Aprendizagem Organizacional. As três variáveis independentes apresentam uma correlação moderada positiva no pressuposto do modelo ($R = .629$), ficando explicada 39.6% da variabilidade da Performance Organizacional. As variáveis “coordenação relacional” ($t = 2,677$, $p = 0,010$) e “aprendizagem organizacional” ($t = 2,375$, $p = 0,021$) são as variáveis que apresentam maior influência na Performance Organizacional (ver Anexo VI, Quadros A22, A23 e A24). Desta regressão obtém-se a seguinte equação do modelo:

$$\text{Performance Organizacional} = 0.651 + 0.213 * (\text{Fiabilidade Organizacional}) + 0.264 * (\text{Coordenação Relacional}) + 0.258 * (\text{Aprendizagem Organizacional})$$

A segunda regressão linear foi efectuada com as cinco variáveis que constituem a Fiabilidade Organizacional, a Coordenação Relacional e a Aprendizagem Organizacional. As sete variáveis independentes apresentam uma correlação moderadamente forte no pressuposto do modelo ($R = .724$), valor este mais elevado do que o valor apresentado por cada uma das variáveis isoladamente o que significa que as variáveis em conjunto fornecem uma melhor explicação do comportamento da variável Performance Organizacional, ficando explicada desta forma 52,4% da sua variabilidade. As variáveis “coordenação relacional” ($t = 3,281$, $p = 0,002$), a

“preocupação com a falha” ($t = 2,792$, $p = 0,007$), a “aprendizagem organizacional” ($t = 2,318$, $p = 0,024$) e a “sensibilidade às operações” ($t = 2,009$, $p = 0,050$) são as variáveis que apresentam maior influência na Performance Organizacional (ver Anexo VI, Quadros A25, A26 e A27). Desta regressão obtém-se a seguinte equação do modelo:

$$\text{Performance Organizacional} = 0,617 + 0,304 * (\text{Coordenação Relacional}) + 0,233 * (\text{Aprendizagem Organizacional}) - 0,176 * (\text{Resiliência}) + 0,086 * (\text{Deferência}) + 0,307 * (\text{Preocupação com a Falha}) - 0,197 * (\text{Relutância em simplificar Interpretações}) + 0,188 * (\text{Sensibilidade às Operações})$$

A terceira regressão linear foi efectuada com as cinco variáveis que constituem a Fiabilidade Organizacional, as sete variáveis que constituem a Coordenação Relacional e a Aprendizagem Organizacional. Conclui-se que existe uma boa correlação entre as variáveis ($R = .793$). As variáveis que apresentam maior influência na Performance Organizacional são a “frequência de comunicação” ($t = 2,542$, $p = 0,014$), a “sensibilidade às operações” ($t = 2,225$, $p = 0,031$) e a “aprendizagem organizacional” ($t = 2,091$, $p = 0,042$). Por outro lado, pode afirmar-se que as treze variáveis independentes explicam cerca de 63,0% da variabilidade apresentada pela variável Performance Organizacional (ver Anexo VI, Quadros A28, A29 e A30). Desta regressão obtém-se a seguinte equação do modelo:

$$\text{Performance Organizacional} = 0,452 - 0,085 * (\text{Resiliência}) + 0,022 * (\text{Deferência}) + 0,218 * (\text{Preocupação com a Falha}) - 0,105 * (\text{Relutância em simplificar Interpretações}) + 0,201 * (\text{Sensibilidade às Operações}) + 0,294 * (\text{Frequência de Comunicação}) - 0,034 * (\text{Comunicação Atempada}) + 0,133 * (\text{Comunicação Detalhada}) + 0,038 * (\text{Resolução de Problemas}) - 0,151 * (\text{Conhecimento do Trabalho}) + 0,191 * (\text{Respeito pelo Trabalho}) - 0,166 * (\text{Partilha de Objectivos}) + 0,206 * (\text{Aprendizagem Organizacional})$$

4.2. Análise e Discussão

Os resultados encontrados no que respeita à não existência de relação entre Grupo Profissional e Fiabilidade Organizacional (H1), podem ficar a dever-se ao facto da percepção de fiabilidade ser individual e depender da avaliação que cada profissional faz das situações em presença, independentemente do grupo profissional a que pertence. É o resultado dos valores, atitudes e competências, individuais e de grupo, que determina a fiabilidade do serviço prestado (Weick & Sutcliffe, 2001) e não o grupo profissional a que pertencem.

A não existência de relação entre Grupo Profissional e Coordenação Relacional (H2) pode justificar-se pelo facto de os profissionais de saúde trabalharem em equipa na prossecução de objectivos comuns, embora sejam diversas as funções desempenhadas por cada elemento. As falhas de comunicação ou de coordenação no decurso das actividades desenvolvidas pelos diferentes grupos profissionais pode dificultar a articulação entre eles, mas os obstáculos não estão dependes do grupo a que o profissional pertence, antes dependem das características

inerentes a cada indivíduo. Por outro lado, a coordenação relacional no seio da equipa multidisciplinar depende não só da competência dos profissionais mas também do modo como estes interagem em equipa (Gittell, 2009) e é independente do grupo profissional a que pertencem.

Perante os resultados obtidos entre Grupo Profissional e Aprendizagem Organizacional (H3) verifica-se a não existência de relação, pois os profissionais que fazem parte integrante de equipas multidisciplinares procuram o caminho para promover o sucesso organizacional. Esta motivação varia de grupo de trabalho para grupo de trabalho (Edmondson, 2008) e não de grupo profissional para grupo profissional, já que a aprendizagem pode fazer-se a vários níveis: a nível individual, a nível de grupo e a nível organizacional (Marquardt, 2002). As relações que se estabelecem entre os diversos profissionais validam cada um deles como uma realidade única e produtora de diferentes possibilidades de aprender em cada oportunidade que se lhes depara (Marquardt, 2002).

A não existência de relação entre Vínculo Contratual e Fiabilidade Organizacional (H4) pode ficar a dever-se à actual ausência de carreiras e de progressão nas mesmas, o que determina a transição dos profissionais para contratos com vínculos diversos dos que possuíam anteriormente. Esta transição contratual leva a que profissionais outrora com funções públicas tenham actualmente contratos individuais de trabalho ou contratos de prestação de serviços, sem que isso influencie a fiabilidade dos cuidados prestados.

A relação existente entre Vínculo Contratual e Coordenação Relacional (H5) sustenta-se no facto de a prestação de cuidados de saúde ter uma componente humana muito forte e exigir uma boa coordenação, que depende da qualidade da comunicação e das relações existentes entre os profissionais (Gittell, 2009, 2011). Os profissionais com contrato de prestação de serviços poderão não possuir “contrato emocional” com a organização, não se estabelecendo, por isso, uma verdadeira integração na mesma nem se mostrando imbuídos da cultura organizacional instituída. Sendo a coordenação um processo relacional e de gestão das interdependências entre as tarefas e os profissionais que as realizam, se as ligações entre os profissionais não são efectivas a organização pode tornar-se fraccionada (Lima & Rivera, 2009).

Estando estudado que as melhores organizações são as que dão importância às relações entre os profissionais (Osório, 2009), independentemente do vínculo contratual que com eles mantêm, a não existência de relação entre Vínculo Contratual e Aprendizagem Organizacional (H6) pode resultar da incerteza e da mudança do contexto organizacional actual. Desta forma, quando o conhecimento e as capacidades se tornam desadaptados, compromete-se a capacidade de aprendizagem das organizações e dos profissionais no sentido de promoverem o desenvolvimento de novas aptidões, bem como de mais sensibilidade e

maior flexibilidade para responderem com sucesso aos desafios que lhes são lançados (Osório, 2009).

Os resultados encontrados apontam para a existência de relação entre Certificação de Qualidade e Fiabilidade Organizacional (H7). Considera-se que um serviço certificado poderá ter uma cultura de gestão de segurança mais interiorizada, com maior sensibilidade aos eventos adversos, o que promove a melhoria contínua dos cuidados prestados e uma gestão mais adequada do risco. Esta política de detecção precoce e de correcção dos desvios aos objectivos propostos, visa também a promoção da melhoria contínua da performance organizacional, proporcionando aos profissionais uma percepção de maior fiabilidade dos serviços prestados (Weick & Sutcliffe, 2001). Conclui-se que se dá mais importância à “sensibilidade às operações” e à “preocupação com a falha” num serviço certificado, o que se pensa estar relacionado com a existência de procedimentos definidos e sua revisão sempre que necessário (por exemplo aquando da ocorrência de erros) e com o encorajamento à notificação do erro, à análise das suas causas, e ao desenvolvimento de acções que eliminem essas causas.

O facto de não existir relação entre Certificação da Qualidade e Coordenação Relacional (H8) deve-se provavelmente à característica da amostra, constituída por profissionais que prestam cuidados em unidades de cuidados intensivos que apresentam um nível de risco acrescido (Ray *et al.*, 2009), onde existe um elevado grau de coordenação para reduzir incertezas e uma gestão das interdependências entre os profissionais que realizam essas tarefas (Malone & Crowston, 1994).

A variável Certificação da Qualidade não apresenta relação com a variável Aprendizagem Organizacional (H9), o que parece ficar a dever-se, tal como na H8, à característica da amostra, a qual é constituída por profissionais que exercem a sua actividade em unidades de cuidados intensivos, que estão preparadas para adoptar mais rapidamente novas práticas conducentes à redução das taxas de infecção e para potenciar outras melhorias nos cuidados prestados (Edmondson, 2008). Estes profissionais estão aptos para tomar decisões adequadas a dar resposta a situações imprevisíveis e para resolver problemas de elevada complexidade.

A relação existente entre Fiabilidade Organizacional e Performance Organizacional (H10) era expectável, uma vez que uma organização fiável possui uma maior sensibilidade à performance organizacional, que maximiza a eficiência, a satisfação das necessidades dos *stakeholders* e a aquisição de recursos (Martins, 2004). Uma organização altamente fiável identifica as condições a evitar, define os resultados que não deseja obter e desenvolve a sua actividade de modo a que estes nunca ocorram (Martins, 2004). No meio hospitalar a incerteza é muito elevada, pelo que a gestão do inesperado é crucial para a obtenção de bons níveis de performance. A maior influência na performance é devida à “deferência com a *expertise*” (os serviços complexos, como as unidades de cuidados intensivos, cultivam a

diversidade e as decisões são tomadas pelos mais experientes, possibilitando uma maior compreensão dos problemas que surgem), à “preocupação com a falha” (aquando da ocorrência do erro decorrente da prestação de cuidados, são desenvolvidas acções que eliminam a sua causa) e à “sensibilidade às operações” (estão definidos os procedimentos e efectuam-se as alterações necessárias após a ocorrência de erro).

Os resultados mostram a existência de relação entre Coordenação Relacional e Performance Organizacional (H11), pois a garantia de uma boa comunicação e uma boa relação entre a equipa prestadora de cuidados promove uma adequada continuidade de cuidados, evitando que o doente seja submetido a procedimentos desnecessários ou à sua duplicação, agilizando o atendimento (Lima & Rivera, 2010). Este tipo de comunicação ocorre num ambiente de respeito mútuo, com partilha de valores entre os profissionais e com investimento nas relações inter-pessoais, além de adaptar-se extraordinariamente bem às situações de incerteza (Gittell, 2009, 20011). Tendo em conta os resultados obtidos, acredita-se que nas unidades de cuidados intensivos em análise se promovem os três tipos de coordenação formal (rotinas, *boudary spanners*, reuniões clínicas) que melhoram a performance da organização, aumentando o nível de coordenação relacional entre os profissionais (Gittell, 2002).

A existência de relação entre Aprendizagem Organizacional e Performance Organizacional (H12) era esperada, pois a melhoria do desempenho organizacional obtém-se com a adopção de uma cultura de aprendizagem que permite a criação e a difusão do conhecimento dentro da organização e a aquisição da capacidade de mudar e inovar por parte dos profissionais, garantindo a evolução e a melhoria contínua (Marquardt, 2002). Uma cultura de aprendizagem proporciona um ambiente favorável à participação na análise das decisões tomadas, à compreensão dos erros e ao encorajamento do diálogo na tomada de decisão, proporcionando melhores soluções (Yeung *et al.*, 1999). Assim, conclui-se que a performance organizacional é influenciada por esta cultura de aprendizagem contínua, trazendo benefícios à reorientação estratégica e à mudança, com a valorização das capacidades dos profissionais.

O modelo conceptual que se verifica mais adequado para a análise da Performance Organizacional, por explicar uma maior percentagem da variabilidade da performance organizacional, é o modelo que integra as treze variáveis independentes da Performance Organizacional (Resiliência, Deferência, Preocupação com a falha, Relutância em simplificar interpretações, Sensibilidade às Operações, Frequência de comunicação, Comunicação atempada, Comunicação detalhada, Resolução de problemas, Conhecimento do trabalho, Respeito pelo trabalho, Partilha de objectivos e Aprendizagem organizacional). Este modelo encontra-se representado na última equação do ponto 4.1.1. O facto de este valor ser mais elevado do que o valor apresentado por cada uma das variáveis isoladamente, significa que as variáveis em conjunto fornecem uma melhor explicação do comportamento da variável Performance Organizacional.

Capítulo 5 - Conclusões

5.1. Conclusões

A crescente complexidade das organizações de saúde conduz a sistemas imperfeitos, onde os resultados da introdução de novos programas são difíceis de prever e de gerir, dificultando a determinação da melhoria da Performance Organizacional. No entanto, este caminho de complexidade conduz a uma inevitável evolução, que pretende promover ganhos na estrutura, na dinâmica organizacional e na prestação de cuidados de saúde e tem como objectivo aprender a gerir o inesperado para dar resposta a situações complexas.

Várias são as medidas que têm sido implementadas para promover a melhoria das organizações de saúde, algumas com sucessos demonstrados, outras com êxitos difíceis de comprovar. Neste sentido, optou-se por estudar a influência dos paradigmas Fiabilidade Organizacional, Coordenação Relacional e Aprendizagem Organizacional na Performance dos cuidados de saúde.

Centrar a investigação nas unidades de cuidados intensivos permitiu questionar a dinâmica de serviços que são caracterizados por uma elevada complexidade e por uma burocracia profissional, onde abundam as situações de stress, uma enorme imprevisibilidade de ocorrência de situações de crise e onde toda a equipa se reorganiza constantemente para responder a uma nova realidade, aumentando exponencialmente o seu poder de resolução de problemas.

Da análise dos resultados e tendo em conta as hipóteses que se confirmaram, conclui-se que, tal como o previsto aquando da formulação dos objectivos e das questões de investigação, a coordenação relacional, a aprendizagem organizacional e a fiabilidade organizacional demonstram ter um impacto na performance organizacional. A variabilidade da performance é explicada em 18% pela coordenação relacional, 28.5% pela aprendizagem organizacional e 37.3% pela fiabilidade organizacional, quando analisadas individualmente. A “preocupação com a falha” e a “sensibilidade às operações” são as dimensões da fiabilidade que mostraram ter maior influência na performance organizacional.

Concluiu-se, ainda, que o vínculo contratual exerce influência na coordenação relacional e que a certificação da qualidade exerce influência na fiabilidade do serviço prestado, essencialmente no que respeita às dimensões “sensibilidade às operações” e à “preocupação com a falha”. Verificou-se, também, que o grupo a que o profissional pertence não exerce qualquer influência.

Os resultados permitem concluir que o modelo conceptual mais adequado para a análise da Performance Organizacional é o modelo que integra as treze variáveis independentes, dado

que as variáveis em conjunto fornecem uma melhor explicação do comportamento da variável dependente Performance Organizacional.

Os resultados obtidos vão de encontro à literatura existente sobre esta temática e representam um ganho para a mesma: o modelo conceptual concebido aparenta ser um bom preditor para a explicação da variabilidade da performance organizacional, explicando 63% da variabilidade ($R = .793$). Este modelo poderá ser testado em estudos futuros.

5.2. Limitações do Estudo

As limitações referentes ao estudo efectuado estão directamente relacionadas com três factores: a amostra, o instrumento e o método.

A amostra (7.53%) está sujeita a enviesamentos por não ter sido possível proceder ao controlo na fase de colheita de dados. Outra questão que importa referir, prende-se com o facto de alguns inquiridos (médicos, terapeutas e assistentes sociais) terem demonstrado dificuldade em se focalizarem no serviço específico da amostra por trabalharem noutros serviços, podendo a sua avaliação ter sido influenciada pela percepção que têm relativamente a esses.

Uma outra interferência no estudo pode decorrer do facto dos dois serviços estudados se localizarem em unidades hospitalares diferentes, sendo um certificado e o outro não, o que não garante que a variável cultura organizacional da unidade hospitalar não influencie os resultados obtidos para a certificação.

As escalas de algumas das dimensões apresentadas no instrumento, embora sustentadas teoricamente e tendo sido obtidos bons resultados de consistência interna, podem conduzir ao erro em alguns estudos que se venham a realizar, pelo que deverão ser sujeitas a um estudo de validação. Por outro lado, o grande número de questões apresentadas, principalmente na variável Aprendizagem Organizacional, pode levar a um elevado número de respostas desviantes.

5.3. Sugestões para Futuras Investigações

Das conclusões provenientes deste estudo surgem novas pistas de investigação na esfera da performance das organizações de saúde, no desenho de processos e de dinâmica organizacional, para obter serviços otimizados, mais fiáveis, mais eficientes, mais seguros e com melhores resultados de qualidade.

Será interessante generalizar o estudo, testando o modelo conceptual proposto para conhecer a influência da Coordenação Relacional, Aprendizagem Organizacional e Fiabilidade Organizacional na Performance Organizacional, em serviços com tipologia e grau de risco diferentes. Terá, igualmente, interesse conhecer a influência de cada uma das treze variáveis independentes na Performance Organizacional.

Porque não se estudou a variável Cultura Organizacional e por isso não se conseguiu perceber se as variáveis Certificação de Qualidade e Cultura Organizacional estão relacionadas, será importante desenvolver futuras investigações que permitam compreender a relação entre estes dois paradigmas e a Fiabilidade Organizacional, a Coordenação Relacional, a Aprendizagem Organizacional e a Performance Organizacional.

Embora a avaliação da performance organizacional efectuada através de medidas subjectivas esteja devidamente sustentada por vários estudos, seria importante a validação das dimensões objectivas da performance face às medidas subjectivas.

Importa igualmente efectuar novos estudos para analisar se a consistência interna dos questionários segue a mesma tendência.

As dimensões estudadas espelham uma boa percentagem da variabilidade da Performance Organizacional, pelo que será interessante explorar novas dimensões de forma a conseguir explicar o máximo da sua variabilidade.

Referências Bibliográficas

- Ambrose, L. & Kulik, T. (1999). Old friends, new faces: motivation in the 1990s. *Journal of Management*, 25, 231-292.
- Bates, D. *et al.* (2009). Global priorities for patient safety research. *British Medical Journal*, 338, b1775.
- Bommer, W. *et al.* (1995). On the interchangeability of objective and subjective measures of employee performance: A meta-analysis. *Personnel Psychology*, 48, 587-605.
- Brennan, T. *et al.* (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*. 324:370-7.
- Bugada, H. (2006). Os pilares fundamentais da Clinical Governance. *Revista Portuguesa de Gestão e Saúde*. Fevereiro. 30-35.
- Carmeli, A., Gilat, G. & Waldman, D. (2007). The Role of Perceived Organizational Performance in Organizational Identification, Adjustment and Job Performance. *Journal of Management Studies*, 44:6, 972-992.
- Cook, R., Woods, D. & Miller, C. (1998). *A tale of two stories: contrasting views of patient safety*. Chicago: National Patient Safety Foundation.
- Cornélio, R. (1999). *A formulação da decisão no nível estratégico de uma organização pública: um estudo sobre o processo decisório na SMS-RJ*. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.
- Covin, J. & Slevin, D. (1989). Strategic management of small firms in hostile and benign environments. *Strategic Management Journal*, 10, 75-87.
- Cunha, M.P. *et al.* (2005). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. Lisboa: Editora RH.
- Curtis, J., *et al.* (2006). Intensive care unit quality improvement: A "how-to" guide for the interdisciplinary team. *Critical Care Medicine*, 34 (1), 211-218.
- Dorner, D. (1996). *The logic of failure: recognizing and avoiding error in complex situations*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Edmondson, A. (2008). The Competitive Imperative of Learning. *Harvard Business Review*, 86(7/8), 60 - 67.

- Fernandes, A. (2000). *Qualidade de serviço: pela gestão estratégica*. Cascais: Editora Pergaminho.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociências Lda.
- Fragata, J. *et al.* (2006). *Risco clínico: complexidade e performance*. Coimbra, Almedina.
- Gittell, J. & Weiss, L. (2004). Coordination Networks Within and Between Organizations: A Multi-Level Framework. *Journal of Management Studies*, 41 (1), 127-153.
- Gittell, J. (2002). Coordinating Mechanisms in Care Provider Groups: Relational Coordination as a Mediator and Input Uncertainty as a Moderator of Performance Effects. *Management Science*. 48, 1408-1426.
- Gittell, J. (2009). *High performance healthcare: Using the power of relationships, to achieve quality, efficiency and resilience*. New York: McGraw Hill.
- Gittell, J. (2011). The Theory of Relational Coordination. In Gittell (Eds) *Relational Coordination Guidelines for Theory, Measurement and Analysis*. [Versão electrónica] Acedido em 09 de Fevereiro de 2011, em <http://www.jodyhoffergittell.info/>
- Gittell, J. *et al.* (2008). Is the doctor in? A relational approach to job design and the coordination of work. *Human Resource Management*. 47 (4), 729-756.
- Gonçalves, V. (2008). *Gestão do risco nas organizações de saúde: Percepção dos profissionais face ao papel do gestor de risco*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Hackman, R. & Oldham, G. (1980). *Work redesign*. New York: Addison-Wesley.
- Hines, S. *et al.* (2008). Becoming a High Reliability Organization: Operational Advice for Hospital Leaders. *Agency for Healthcare Research and Quality*, nº 08-0022.
- Kohn L.T., Corrigan J.M. & Donaldson M.S., (2000). *To Err is Human: Building a safer Health System*. Washington, Committee on Quality of Health Care in America: Institute of Medicine.
- Kroch, E., *et al.* (2007). Hospital Performance Improvement: Trends in Quality and Efficiency—A Quantitative Analysis of Performance Improvement in U.S. Hospital. *The commonwealth fund*, 53.
- Langer, E. (1989). *Mindfulness*. Reading, MA: Addison-Wesley.

- Leape, L. *et al.* (1993). Preventing Medical Injury. *Qual Rev Bull.* 19(5),144-149.
- Lei Constitucional nº 1/2005, 12 de Agosto (7ª revisão). *Diário da Republica nº155/2005 - I Série A.* Assembleia da República. Lisboa.
- Lei de Bases da Saúde nº 48/90, 24 de Agosto. *Diário da Republica nº195/90 - I Série A.* Assembleia da República. Lisboa.
- Lima, J. & Rivera, F. (2009). Communicative action, networks of conversation and coordination in healthcare services: a theoretical and methodological perspective. *Interface - Comunic., Saude, Educ.,* 13, nº31, 329-42.
- Lima, J. & Rivera, F. (2010). Redes de conversação e coordenação de acções de saúde: estudo em um serviço móvel regional de atenção às urgências. *Cad. Saúde Pública,* 26(2), 323-336.
- Lopes, A. (2007). *A Gestão da Qualidade no hospital: Impacto da acreditação nas práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar.* Dissertação de Mestrado. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- López, M. (2003). Errores de medicación Y gestión de riesgos. *Revista Española de Salud Pública,* 77, nº 5, 527-540.
- Malone, T. & Crowston, K. (1994). The interdisciplinary study of coordination. *ACM Computing surveys,* 26 (1), 87-119.
- Marquardt, M. (2002). *Building the Learning organization: Mastering the 5 elements for Corporate Learning.* California: Davies - Black Publishing.
- Martins, L. (2004). Causas e mecanismos dos erros em medicina. In Fragata, J. & Martins, L. (Eds.), *O Erro em Medicina: Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade* (p. 39-80). Coimbra: Edições Almedina.
- Martins, L. (2004). Errar é humano. In Fragata, J. & Martins, L. (Eds.), *O Erro em Medicina: Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade* (p. 29-38). Coimbra: Edições Almedina.
- Martins, L. (2004). O erro como periferia do sistema. In Fragata, J. & Martins, L. (Eds.), *O Erro em Medicina: Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade* (p. 147-212). Coimbra: Edições Almedina.
- Martins, L. (2004). O erro nas diferentes especialidades médicas. In Fragata, J. & Martins, L. (Eds.), *O Erro em Medicina: Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade* (p. 81-118). Coimbra: Edições Almedina.

- Martins, L. (2004). Organizações de saúde: por uma cultura da fiabilidade. In Fragata, J. & Martins, L. (Eds.), *O Erro em Medicina: Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade* (p. 213-252). Coimbra: Edições Almedina.
- Menezes, E., Guimarães, T. & Bido, D. (2011). Dimensões da aprendizagem em organizações: validação do dimensions of the learning organization questionnaire (DLOQ) no contexto brasileiro. *Rev. Adm. Mackenzie*, 12 (2), 4-29.
- Meyer, A. (1982). Adapting to Environmental Jolts. *Administrative Science Quarterly*, 27(4), 515-537.
- Mintzberg, H. (1995). *Estrutura e Dinâmica das Organizações*. Lisboa: Publicações Dom Quixote Lda.
- Morgado, V. (2002). Qualidade em Saúde: uma exigência e presente, um investimento no futuro. *Revista Qualidade em Saúde* 1, 5.
- NP EN ISO 9000 (2005). *Norma Portuguesa para Sistemas de Gestão da Qualidade: Fundamentos e Vocabulário*. Instituto Português da Qualidade. Lisboa.
- NP EN ISO 9001 (2008). *Norma Portuguesa para Sistemas de Gestão da Qualidade: Requisitos*. Instituto Português da Qualidade. Lisboa.
- Nunes, F. (1994). As Organizações de Serviços de Saúde: Alguns elementos distintivos. *Revista Portuguesa de Gestão*, 3-4, 5-28.
- Osório, J. (2009). *Learning organization: As práticas de gestão de recursos humanos e o papel da cultura organizacional*. Dissertação de Doutoramento. Braga: Universidade do Minho, Escola de Economia e Gestão.
- Perrow, C. (1999). *Normal accidents: Living with high-risk technologies*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Pires, A. (2004). *Qualidade: Sistemas de gestão da qualidade*. Lisboa, Edições Sílabo Lda.
- Porras, J. (1997). *Stream Analysis: A Powerful Way to Diagnose and Manage Organizational Change*. Reading, MA: Addison-Wesley Publishing Company.
- Ray, B. et al. (2009). Quality indicators for ICU: ISCCM guidelines for ICUs in India. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 13(4), 173-206.
- Reason, J. (1990). *Human error*. United Kingdom: Cambridge University Press.

- Reason, J. (1997). *Managing the risk of organizational accidents*. England: Ashgate Publishing Limited.
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ*, 320, 768-770.
- Reason, J. (2003). *Human error*. London: Cambridge University Press.
- Rybowiak, V. *et al.* (1999). Error Orientation Questionnaire: reliability, validity, and different language equivalence. *Journal of Organizational Behavior*, 20, 527-547.
- Sagan, S. (1993). *The limits of safety: Organizations, accidents and nuclear weapons*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Senge, P. (1990). *The Fifth Discipline: The Art & Practice of the Learning Organization*. New York: Currency Doubleday.
- Sousa, P. (2006). Patient Safety: a necessidade de uma estratégia Nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 309-318.
- Unger, J.P. *et al.* (2000). Through Mintzberg's glasses: a fresh look at the organization of ministries of health. *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (8), 1005-1014.
- Van Dyck, C. *et al.* (2005). Organizational Error Management Culture and its Impact on Performance: A two-study replication. *Journal of Applied Psychology*, 90, 6, 1228-1240.
- Wall, T. *et al.* (2004). *On the validity of subjective measures of company performance*. *Personnel Psychology*, 57, 95-118.
- Weick, K., & Sutcliffe, K. (2001). *Managing the unexpected: Assuring high performance in an age of complexity*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Yeung, A. *et al.* (1999). *Organizational Learning Capability: Generating and Generalizing Ideas with Impact*. New York: Oxford University Press.

Páginas da Internet com informação relevante relativamente a referências bibliográficas:

<http://www.jointcommissioninternational.org>

<http://www.accreditation.ca/en/news.aspx?id=193>

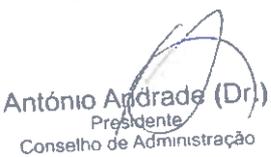
<http://www.achs.org.au/display.aspx?PageID=0&MemberID=0&screenheight=800&screenwidth=1280#>

<http://www.kingsfund.org.uk/>

Anexos

Anexo I
Pedido de Autorização

Dora Gonçalves de Melo,
Rua D. Carlos I, Bloco C, 1º Esq.
2250-079 Constância
E-mail: melodora@hotmail.com



7-2-11

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração
Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE

Dora Gonçalves de Melo, aluna do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde do Departamento de Gestão e Economia da Universidade da Beira Interior, vem por este meio solicitar a V. Exa. autorização para proceder à aplicação de três questionários, com em vista a obtenção do Grau de Mestre.

O objectivo deste trabalho é estudar qual a influência da coordenação relacional, da *learning organization* e da fiabilidade da prestação de cuidados de saúde na performance organizacional.

Tem como população todos os colaboradores que intervêm na prestação de cuidados de saúde no CHMT, nomeadamente, Médicos, Enfermeiros, Terapeutas e Assistentes Sociais, e como amostra a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes e a Unidade de Cuidados Intensivos Coronários.

Será utilizada uma metodologia quantitativa com estudo exploratório, cujo instrumento de colheita de dados integra quatro questionários: coordenação relacional, *learning organization*, fiabilidade organizacional e desempenho organizacional.

O período previsto para a realização da colheita de dados é o mês de Fevereiro de 2011.

Os resultados deste estudo serão disponibilizados ao CHMT, mediante a entrega de um exemplar da dissertação.

Aguardo a Vossa melhor resposta.

Sem outro assunto, agradeço a disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos.

Constância, 03 de Fevereiro de 2011



Dora Melo

Anexo II
Questionário



PERFORMANCE ORGANIZACIONAL

Este estudo tem como objectivo conhecer a percepção da **performance organizacional** da prestação de cuidados de saúde.

Este questionário é composto por 5 grupos: dados gerais, coordenação relacional, aprendizagem organizacional, fiabilidade organizacional e performance organizacional.

Não existem respostas certas ou erradas, pelo que lhe peço que responda às perguntas que se seguem, assinalando a sua opinião.

Tente ser tão cuidadoso quanto possível nas respostas às questões formuladas para que o resultado seja o mais preciso possível, contribuindo para a melhoria dos nossos conhecimentos face às organizações de saúde.

Relativamente a cada um dos itens dos questionários indique a **resposta que**, na sua opinião, **melhor se ajusta**, colocando uma cruz no quadrado correspondente.

Agradecemos que responda a **todas as questões**.

A confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos serão garantidos.

Encontramo-nos ao dispor para qualquer esclarecimento.

Gratos pela sua colaboração.

Dora Gonçalves de Melo

1. DADOS GERAIS

1. GRUPO PROFISSIONAL A QUE PERTENCE:

Médico

Enfermeiro

Terapeuta

Assistente Social

2. VÍNCULO CONTRATUAL COM A ORGANIZAÇÃO:

Contrato de trabalho em funções públicas

Contrato individual de trabalho

Contrato de prestação de serviços

3. O SERVIÇO ONDE PRESTA CUIDADOS É CERTIFICADO NO ÂMBITO DA ISO 9001:

Sim

Não

2. COORDENAÇÃO RELACIONAL

1. COM QUE FREQUÊNCIA COMUNICA COM ESTES PRESTADORES DE CUIDADOS SOBRE OS DOENTES?

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Constantemente
Médico responsável pelo doente	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
Médicos	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
Enfermeiros	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
Terapeutas	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
Assistentes Sociais	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

2. AS PESSOAS DESTES GRUPOS COMUNICAM CONSIGO EM TEMPO ÚTIL SOBRE OS DOENTES?

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
Médico responsável pelo doente	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
Médicos	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
Enfermeiros	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
Terapeutas	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
Assistentes Sociais	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

3. AS PESSOAS DESTES GRUPOS COMUNICAM CONSIGO DETALHADAMENTE SOBRE OS DOENTES?

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
Médico responsável pelo doente	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
Médicos	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
Enfermeiros	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
Terapeutas	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
Assistentes Sociais	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

4. QUANDO OCORREM PROBLEMAS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AOS DOENTES, AS PESSOAS DESTES GRUPOS CULPAM OS OUTROS OU TRABALHAM CONSIGO PARA RESOLVER O PROBLEMA?

	Culpa os outros				Resolve o problema
Médico responsável pelo doente	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
Médicos	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
Enfermeiros	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
Terapeutas	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
Assistentes Sociais	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

2. COORDENAÇÃO RELACIONAL (CONT)

5. O QUE É QUE AS PESSOAS DESTES GRUPOS CONHECEM SOBRE O TRABALHO QUE FAZ COM OS DOENTES?

	Nada	Pouco	Algum	Muito	Tudo
Médico responsável pelo doente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Médicos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Enfermeiros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Terapeutas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Assistentes Sociais	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. QUANTO É QUE AS PESSOAS DESTES GRUPOS RESPEITAM O TRABALHO QUE REALIZA COM OS DOENTES?

	Nada	Quase nada	Pouco	Muito	Totalmente
Médico responsável pelo doente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Médicos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Enfermeiros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Terapeutas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Assistentes Sociais	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. DE QUE FORMA AS PESSOAS DESTES GRUPOS PARTILHAM OS SEUS OBJECTIVOS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AOS DOENTES?

	Nada	Quase nada	Pouco	Muito	Totalmente
Médico responsável pelo doente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Médicos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Enfermeiros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Terapeutas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Assistentes Sociais	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL

Para responder às questões pense, por favor, no seu Serviço.

Extremamente Inadequado
 Moderadamente Inadequado
 Ligeiramente Inadequado
 Nem adequado nem desadequado
 Ligeiramente Adequado
 Moderadamente Adequado
 Altamente Adequado

1. Neste serviço é fácil falar sobre o que nos "vai na alma"	<input type="checkbox"/>						
2. Se cometermos um erro, isso acaba por se virar contra nós	<input type="checkbox"/>						
3. Neste serviço as pessoas sentem-se à vontade para falar de problemas e de discordâncias	<input type="checkbox"/>						
4. Neste serviço as pessoas estão dispostas a partilhar informação tanto sobre o que não funciona como sobre o que funciona bem	<input type="checkbox"/>						
5. "Esconder o jogo" é melhor forma de andar para a frente neste serviço	<input type="checkbox"/>						
6. Neste serviço, as diferenças de opinião são bem vindas	<input type="checkbox"/>						
7. Para ser valorizada, uma opinião tem que ser consistente com aquilo em que a maior parte das pessoas acredita	<input type="checkbox"/>						
8. Neste serviço as diferenças de opinião tendem a ser apreciadas em privado, em vez de serem abordadas directamente em situação de grupo	<input type="checkbox"/>						
9. Neste serviço as pessoas estão abertas a formas alternativas de realizar o trabalho	<input type="checkbox"/>						
10. Neste serviço as pessoas valorizam ideias novas	<input type="checkbox"/>						
11. A menos que uma ideia já circule por aqui há algum tempo, ninguém lhe presta atenção	<input type="checkbox"/>						
12. Neste serviço as pessoas estão interessadas em conhecer melhores formas de realizar o trabalho	<input type="checkbox"/>						
13. Neste serviço as pessoas resistem a utilizar abordagens que não foram testadas	<input type="checkbox"/>						
14. Neste serviço as pessoas andam demasiado stressadas	<input type="checkbox"/>						
15. Apesar da carga de trabalho, as pessoas neste serviço arranjam tempo para rever como o trabalho está a andar	<input type="checkbox"/>						
16. Neste serviço as pressões impostas pelos prazos interferem com a qualidade do trabalho	<input type="checkbox"/>						
17. Neste serviço as pessoas estão demasiado ocupadas para investir na introdução de melhorias	<input type="checkbox"/>						
18. Neste serviço simplesmente não há tempo para reflectir	<input type="checkbox"/>						
19. Neste serviço experimentam-se frequentemente novas formas de fazer as coisas	<input type="checkbox"/>						
20. Neste serviço experimentam-se frequentemente novos produtos ou serviços	<input type="checkbox"/>						
21. Este serviço dispõe de processos formais para realizar ou avaliar experiências ou ideias novas	<input type="checkbox"/>						
22. Neste serviço utilizam-se frequentemente protótipos ou simulações para testar ideias novas	<input type="checkbox"/>						
<i>Este serviço recolhe sistematicamente informação sobre:</i>							
23. Concorrentes	<input type="checkbox"/>						
24. Clientes	<input type="checkbox"/>						
25. Tendências sociais e económicas	<input type="checkbox"/>						
26. Tendências tecnológicas	<input type="checkbox"/>						

3. APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL (CONT.)

Extremamente Inadequado
 Moderadamente Inadequado
 Ligeiramente Inadequado
 Nem adequado nem desadequado
 Ligeiramente Adequado
 Moderadamente Adequado
 Altamente Adequado

Este serviço compara frequentemente o seu desempenho com:

27. Concorrentes	<input type="checkbox"/>						
28. As melhores organizações/unidades do sector	<input type="checkbox"/>						
29. Este serviço envolve-se em debate e em conflito produtivo quando há discussões	<input type="checkbox"/>						
30. Quando há discussões, este serviço procura perspectivas diversificadas	<input type="checkbox"/>						
31. Quando há discussões, neste serviço nunca se revêem perspectivas bem estabelecidas	<input type="checkbox"/>						
32. Neste serviço procura-se identificar e discutir aqueles aspectos que são "dados como adquiridos/pressupostos que ninguém questiona" que possam afectar decisões importantes	<input type="checkbox"/>						
33. Este serviço nunca presta atenção a diferentes pontos de vista quando há discussões	<input type="checkbox"/>						
34. Os recém contratados para este serviço recebem formação adequada	<input type="checkbox"/>						
35. Os colaboradores com experiência deste serviço recebem formação periódica e reciclagem	<input type="checkbox"/>						
36. Quando mudam de funções, os colaboradores com experiência deste serviço recebem formação	<input type="checkbox"/>						
37. Quando são lançadas novas iniciativas, os colaboradores com experiência deste serviço recebem formação	<input type="checkbox"/>						
38. Neste serviço valoriza-se a formação	<input type="checkbox"/>						
39. Neste serviço arranja-se tempo para actividades de educação e formação	<input type="checkbox"/>						

Este serviço realiza encontros para aprender com:

40. Peritos de outros departamentos, equipas ou divisões	<input type="checkbox"/>						
41. Peritos externos à organização	<input type="checkbox"/>						
42. Clientes	<input type="checkbox"/>						
43. Fornecedores	<input type="checkbox"/>						
44. Este serviço partilha regularmente informação com redes de peritos internos à organização	<input type="checkbox"/>						
45. Este serviço partilha regularmente informação com redes de peritos de fora da organização	<input type="checkbox"/>						
46. Este serviço comunica de forma rápida e precisa novos conhecimentos aos decisores	<input type="checkbox"/>						
47. Este serviço conduz regularmente auditorias e revisões após a realização dos trabalhos	<input type="checkbox"/>						

3. APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL (CONT.)

Pense agora na **chefia** a quem reporta. Indique, de acordo com a escala seguinte, com que frequência esse chefe age em cada uma das situações.

Nunca
Raramente
Por vezes
Muitas vezes
Sempre

O meu chefe		1	2	3	4	5
48.	pede <i>inputs</i> /contribuições de outros quando há discussões	<input type="checkbox"/>				
49.	reconhece as suas limitações no que diz respeito a conhecimentos, informação ou competências	<input type="checkbox"/>				
50.	faz perguntas para aprofundar os assuntos	<input type="checkbox"/>				
51.	ouve activamente	<input type="checkbox"/>				
52.	encoraja múltiplos pontos de vista	<input type="checkbox"/>				
53.	cria ocasiões, recursos e tempo para identificar problemas e desafios organizacionais	<input type="checkbox"/>				
54.	cria ocasiões, recursos e tempo para reflectir e melhorar o desempenho anterior dos colaboradores	<input type="checkbox"/>				
55.	critica as perspectivas que são diferentes da sua própria	<input type="checkbox"/>				

4. FIABILIDADE ORGANIZACIONAL

1. RESILIÊNCIA

	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1.1. Temos processos de trabalho preparados para dar resposta a situações inesperadas que actuam de forma independente da hierarquia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
1.2. O serviço está preparado para analisar e responder a situações inesperadas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
1.3. As pessoas chamadas a lidar com situações inesperadas são as melhor preparadas para isso, mesmo se essa não era a sua função habitual	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
1.4. Quando surgem situações inesperadas, são mobilizadas para as resolver as pessoas certas, sejam quais forem as tarefas que elas executem no seu dia a dia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. DEFERÊNCIA

	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
2.1. Os colaboradores com melhor reputação são os melhores profissionais, e não necessariamente os que desempenham cargos hierarquicamente superiores	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.2. Os melhores profissionais são os mais respeitados	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.3. As pessoas confiam nas soluções encontradas pelos profissionais mais competentes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.4. Quando surgem situações inesperadas, as decisões dos melhores profissionais prevalecem sobre as das chefias	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. PREOCUPAÇÃO COM A FALHA

	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
3.1. Quando surgem falhas ou incidentes as pessoas preocupam-se em registá-los e comunicá-los	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.2. As equipas procuram analisar as causas das falhas ou incidentes que surgem	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.3. As pessoas preocupam-se em detectar eventuais falhas, enganos ou erros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.4. As pessoas são incentivadas a detectar, reportar e analisar falhas, enganos ou erros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

4. FIABILIDADE ORGANIZACIONAL (CONT.)

4. RELUTÂNCIA EM SIMPLIFICAR INTERPRETAÇÕES

Discordo Totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo Totalmente

4.1. Diante situações inesperadas as pessoas valorizam o aparecimento de mais do que uma interpretação da situação

1 2 3 4 5

4.2. Quando surgem situações imprevistas, as pessoas preocupam-se em discutir todas as soluções possíveis e não apenas as que habitualmente se utilizam nesses casos

1 2 3 4 5

4.3. Em situações inesperadas, as pessoas procuram o máximo de informação possível, de maneira a escolher a melhor de entre as soluções possíveis

1 2 3 4 5

4.4. Diante situações inesperadas, são bem vindas mais diversas interpretações sobre o que se está a passar

1 2 3 4 5

5. SENSIBILIDADE ÀS OPERAÇÕES

Discordo Totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo Totalmente

5.1. Os profissionais têm o conhecimento necessário para dar resposta às situações inesperadas que acontecem

1 2 3 4 5

5.2. Os profissionais têm as experiências necessárias para dar resposta às situações inesperadas que ocorrem

1 2 3 4 5

5.3. Diante situações inesperadas, os profissionais têm capacidade para por em prática as decisões que tomaram para resolver a solução

1 2 3 4 5

5.4. Os profissionais sentem que a organização apoia as decisões que tomam para resolver situações inesperadas

1 2 3 4 5

5. PERFORMANCE ORGANIZACIONAL

Para responder às questões pense, por favor no seu Serviço.

1. IDENTIFICAÇÃO ORGANIZACIONAL

	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1.1. Os sucessos deste serviço são os meus sucessos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2. Quando eu falo sobre este serviço, eu costumo dizer "nós" em vez de "eles"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3. Estou muito interessado no que os outros pensam sobre o meu serviço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4. Quando alguém elogia este serviço sinto-o como um elogio pessoal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. PERCEÇÃO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL E DESENVOLVIMENTO

	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
2.1. Este serviço tem uma preocupação com a Qualidade do serviço ou técnicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2. Este serviço promove o desenvolvimento de novos serviços ou técnicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3. A administração tem habilidade para manter os colaboradores essenciais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4. Relações entre a administração e outros colaboradores são boas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verifique, por favor, se respondeu a **todas as questões**.

Obrigada.

Anexo III
Estatística Descritiva

3.1. Grupo Profissional

Quadro A1: Distribuição dos inquiridos por grupo profissional

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Médico	22	30,1	36,1	36,1
	Enfermeiro	33	45,2	54,1	90,2
	Terapeuta	4	5,5	6,6	96,7
	Assistente Social	2	2,7	3,3	100,0
	Total	61	83,6	100,0	
Missing	0	12	16,4		
Total		73	100,0		

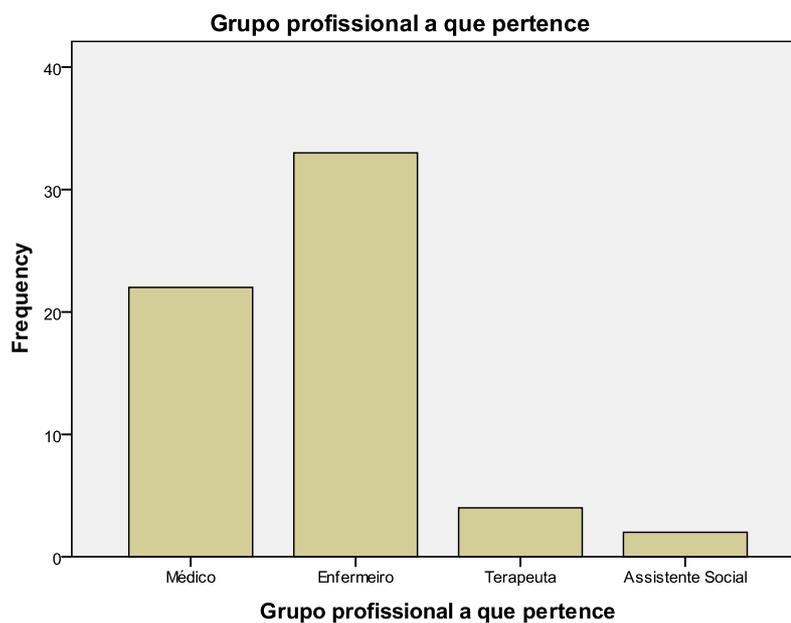


Figura A1: Distribuição dos inquiridos por grupo profissional

3.2. Vínculo Contratual com a Organização

Quadro A2: Distribuição dos inquiridos quanto ao vínculo contratual

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Contrato de trabalho em funções públicas	31	42,5	50,8	50,8
	Contrato individual de trabalho	20	27,4	32,8	83,6
	Contrato de prestação de serviços	10	13,7	16,4	100,0
	Total	61	83,6	100,0	
Missing	0	12	16,4		
Total		73	100,0		

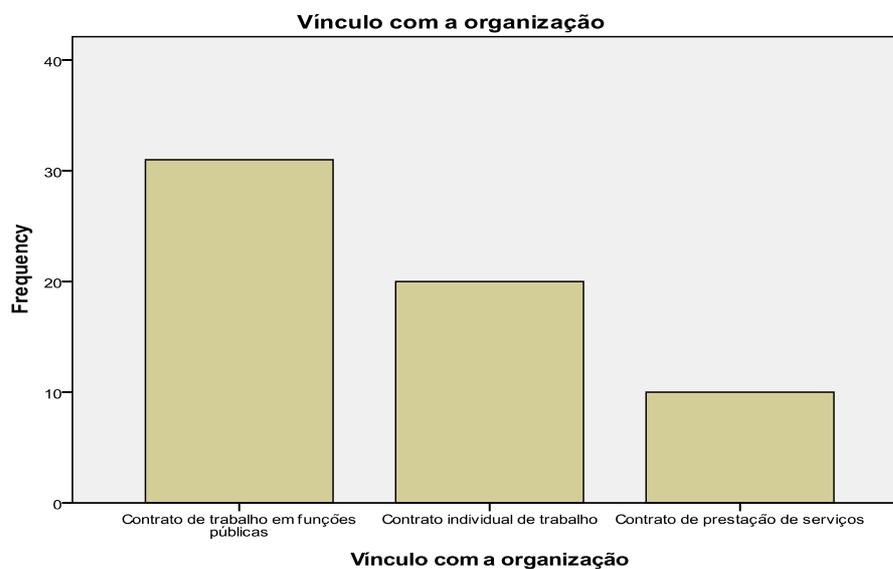


Figura A2: Distribuição dos inquiridos quanto ao vínculo contratual

3.3. Certificação da Qualidade

Quadro A3: Distribuição dos inquiridos quanto à Certificação da Qualidade do Serviço

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	30	41,1	49,2	49,2
	Não	31	42,5	50,8	100,0
	Total	61	83,6	100,0	
Missing	0	12	16,4		
Total		73	100,0		

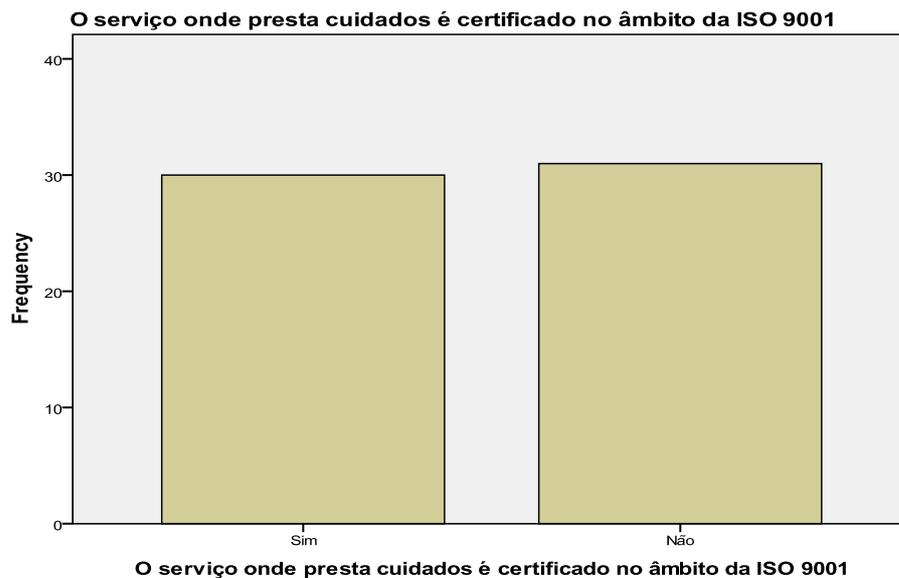


Figura A3: Distribuição dos inquiridos quanto à Certificação da Qualidade do Serviço

Anexo IV

Teste da Fiabilidade dos Questionários

4.1. Coordenação Relacional

Quadro A4:Consistência Interna do questionário Coordenação Relacional

Alfa de Cronbach (α)	Nº Itens
,914	35

4.2. Aprendizagem Organizacional

Quadro A5:Consistência Interna do questionário Aprendizagem Organizacional

Alfa de Cronbach (α)	Nº Itens
,942	55

4.3. Fiabilidade Organizacional

Quadro A6:Consistência Interna do questionário Fiabilidade Organizacional

Alfa de Cronbach (α)	Nº Itens
,718	5

4.4. Performance Organizacional

Quadro A7:Consistência Interna do questionário Performance Organizacional

Alfa de Cronbach (α)	Nº Itens
,800	8

Anexo V
Teste Kruskal-Wallis

5.1. Relação entre Grupo Profissional e Fiabilidade Organizacional (H1)

Quadro A8: Médias do Grupo Profissional para Fiabilidade Organizacional

Grupo profissional a que pertence	Resiliência	Deferência	Preocupação com a Falha	Relutância em Simplificar Interpretações	Sensibilidade às Operações
Médico	3,5568	3,6477	3,5682	3,7386	3,7273
Enfermeiro	3,6136	3,3409	3,7652	3,7424	3,7374
Terapeuta	3,5625	3,5000	3,6250	3,4375	3,5833
Assistente Social	3,7500	2,7500	3,5000	3,0000	3,5000
Total	3,5943	3,4426	3,6762	3,6967	3,7158

Quadro A9: Teste de kruskal-Wallis para o Grupo Profissional e a Fiabilidade Organizacional

Teste Estatístico ^{a,b}					
	Sensibilidade às Operações	Relutância em Simplificar Interpretações	Preocupação com a Falha	Deferência	Resiliência
Qui-Quadrado	,923	4,045	2,731	4,909	,333
Graus de Liberdade	3	3	3	3	3
Níveis de Significância	,820	,257	,435	,179	,954

a. Teste Kruskal Wallis

b. Variável: Grupo Profissional

5.2. Relação entre Grupo Profissional e Coordenação Relacional (H2)

Quadro A10: Médias do Grupo Profissional para a Coordenação Relacional

	Grupo Profissional	N	Média
Coordenação Relacional	Médico	22	29,30
	Enfermeiro	33	32,77
	Terapeuta	4	29,25
	Assistente Social	2	24,00
	Total	61	

Quadro A11: Teste de kruskal-Wallis para o Grupo Profissional e a Coordenação Relacional

Teste Estatístico ^{a,b}	
Coordenação Relacional	
Qui-Quadrado	,883
Graus de Liberdade	3
Níveis de Significância	,830
a. Teste Kruskal Wallis	
b. Variável: Grupo Profissional	

5.3. Relação entre Grupo Profissional e Aprendizagem Organizacional (H3)

Quadro A12: Médias do Grupo Profissional para a Aprendizagem Organizacional

	Grupo profissional a que pertence	N	Média
Aprendizagem Organizacional	Médico	22	28,30
	Enfermeiro	33	33,74
	Terapeuta	4	25,00
	Assistente Social	2	27,50
	Total	61	

Quadro A13: Teste de kruskal-Wallis para o Grupo Profissional e a Aprendizagem Organizacional

Teste Estatístico ^{a,b}	
Aprendizagem Organizacional	
Qui-Quadrado	1,833
Graus de Liberdade	3
Níveis de Significância	,608

a. Teste Kruskal Wallis

b. Variável: Grupo Profissional

5.4. Relação entre Vínculo Contratual e Fiabilidade Organizacional (H4)

Quadro A14: Médias do Vínculo Contratual para a Fiabilidade Organizacional

Vínculo com a organização	Resiliência	Deferência	Preocupação com a Falha	Relutância em Simplificar Interpretações	Sensibilidade às Operações
Contrato de trabalho em funções públicas	3,6371	3,3871	3,6855	3,7097	3,7527
Contrato individual de trabalho	3,5250	3,4250	3,7875	3,6250	3,6667
Contrato de prestação de serviços	3,6000	3,6500	3,4250	3,8000	3,7000
Total	3,5943	3,4426	3,6762	3,6967	3,7158

Quadro A15: Teste de kruskal-Wallis para o Vínculo Contratual e a Fiabilidade Organizacional

Teste Estatístico ^{a,b}					
	Sensibilidade às Operações	Relutância em Simplificar Interpretações	Preocupação com a Falha	Deferência	Resiliência
Qui-Quadrado	,231	1,060	2,838	1,287	,485
Graus de Liberdade	2	2	2	2	2
Níveis de Significância	,891	,589	,242	,526	,785

a. Teste Kruskal Wallis

b. Variável: Vínculo Contratual

5.5. Relação entre Vínculo Contratual e Aprendizagem Organizacional (H6)

Quadro A16: Médias do Vínculo Contratual para a Aprendizagem Organizacional

	Vínculo Contratual	N	Média
Aprendizagem Organizacional	Contrato de trabalho em funções públicas	31	33,73
	Contrato individual de trabalho	20	27,33
	Contrato de prestação de serviços	10	29,90
	Total	61	

Quadro A17: Teste de kruskal-Wallis para o Vínculo Contratual e a Aprendizagem Organizacional

Teste Estatístico ^{a,b}	
Aprendizagem Organizacional	
Qui-Quadrado	1,627
Graus de Liberdade	2
Níveis de Significância	,443
a. Teste Kruskal Wallis	
b. Variável: Vínculo Contratual	

5.6. Relação entre Certificação da Qualidade e Coordenação Relacional (H8)

Quadro A18: Médias da Certificação da Qualidade para a Coordenação Relacional

	O serviço onde presta cuidados é certificado no âmbito da ISO 9001	N	Média
Coordenação relacional	Sim	30	33,52
	Não	31	28,56
	Total	61	

Quadro A19: Teste de kruskal-Wallis para a Certificação da Qualidade e a Coordenação Relacional

Teste Estatístico ^{a,b}	
Coordenação Relacional	
Qui-Quadrado	1,187
Graus de Liberdade	1
Níveis de Significância	,276

a. Teste Kruskal Wallis

b. Variável: O serviço onde presta cuidados é certificado no âmbito da ISO 9001

5.7. Relação entre Certificação da Qualidade e Aprendizagem Organizacional (H9)

Quadro A20: Médias da Certificação da Qualidade para a Aprendizagem Organizacional

	O serviço onde presta cuidados é certificado no âmbito da ISO 9001	N	Média
Aprendizagem Organizacional	Sim	30	34,75
	Não	31	27,37
	Total	61	

Quadro A21: Resultados do Teste de kruskal-Wallis para a Certificação da Qualidade e a Aprendizagem Organizacional

Teste Estatístico ^{a,b}	
Aprendizagem Organizacional	
Qui-Quadrado	2,635
Graus de Liberdade	1
Níveis de Significância	,105

a. Teste Kruskal Wallis

b. Variável: O serviço onde presta cuidados é certificado no âmbito da ISO 9001

Anexo VI
Regressão Linear ao Modelo Conceptual

6.1. Regressão Linear: 3 Variáveis Independentes

Quadro A22: Regressão Linear para as 3 Variáveis Independentes

Model Summary				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,629 ^a	,396	,364	,35436

a. Predictores: (Constante), Aprendizagem Organizacional, Coordenação Relacional, Fiabilidade Organizacional

Quadro A23: Teste *One-Way* ANOVA para as 3 Variáveis Independentes

ANOVA ^b						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	4,608	3	1,536	12,233	,000 ^a
	Residual	7,032	56	,126		
	Total	11,640	59			

a. Predictores: (Constante), Aprendizagem Organizacional, Coordenação Relacional, Fiabilidade Organizacional

b. Variável Dependente: Performance Organizacional

Quadro A24: Coeficientes para as 3 Variáveis Independentes

Model		Coefficients ^a			t	Sig.
		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,651	,493		1,320	,192
	Fiabilidade Organizacional	,213	,163	,187	1,306	,197
	Coordenação Relacional	,264	,099	,290	2,677	,010
	Aprendizagem Organizacional	,258	,109	,337	2,375	,021

a. Variável Dependente: Performance Organizacional

6.2. Regressão Linear: 7 Variáveis Independentes

Quadro A25: Regressão Linear para as 7 Variáveis Independentes

Model Summary				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,724 ^a	,524	,462	,32326

a. Predictores: (Constante), Sensibilidade às Operações, Coordenação Relacional, Deferência, Resiliência, Preocupação com a Falha, Relutância em Simplificar Interpretações, Aprendizagem Organizacional

Quadro A26: Teste *One-Way* ANOVA para as 7 Variáveis Independentes

ANOVA ^b						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	6,106	7	,872	8,347	,000 ^a
	Residual	5,538	53	,104		
	Total	11,644	60			

a. Predictores: (Constante), Sensibilidade às Operações, Coordenação Relacional, Deferência, Resiliência, Preocupação com a Falha, Relutância em Simplificar Interpretações, Aprendizagem Organizacional

b. Variável Dependente: Performance Organizacional

Quadro A27: Coeficientes para as 7 Variáveis Independentes

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constante)	,617	,454		1,360	,179
	Coordenação Relacional	,304	,093	,334	3,281	,002
	Aprendizagem Organizacional	,233	,101	,305	2,318	,024
	Resiliência	-,176	,096	-,210	-1,838	,072
	Deferência	,086	,071	,125	1,210	,232
	Preocupação com a Falha	,307	,110	,377	2,792	,007
	Relutância em Simplificar Interpretações	-,197	,102	-,248	-1,940	,058
	Sensibilidade às Operações	,188	,094	,236	2,009	,050

6.3. Regressão Linear: 13 Variáveis Independentes

Quadro A28: Regressão Linear para as 13 Variáveis Independentes

Model Summary				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,793 ^a	,630	,525	,30617

a. Predictores: (Constante), Aprendizagem Organizacional, culpam os outros, Frequência de comunicação, Deferência, Sensibilidade às Operações, Resiliência, Relutância em Simplificar Interpretações, Comunicação Detalhada, Respeito pelo trabalho, Preocupação com a Falha, Partilha de objectivos, Comunicação Atempada, Conhecimento do Trabalho

Quadro A29: Teste *One-Way* ANOVA para as 13 Variáveis Independentes

ANOVA ^b						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	7,328	13	,564	6,014	,000 ^a
	Residual	4,312	46	,094		
	Total	11,640	59			

a. Predictores: (Constante), Aprendizagem Organizacional, culpam os outros, Frequência de comunicação, Deferência, Sensibilidade às Operações, Resiliência, Relutância em Simplificar Interpretações, Comunicação Detalhada, Respeito pelo trabalho, Preocupação com a Falha, Partilha de objectivos, Comunicação Atempada, Conhecimento do Trabalho

b. Variável Dependente: Performance Organizacional

Quadro A30: Coeficientes para as 13 Variáveis Independentes

Coefficients ^a					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constante)	,452	,461		,981	,332
Resiliência	-,085	,107	-,101	-,800	,428
Deferência	,022	,077	,032	,283	,778
Preocupação com a Falha	,218	,115	,267	1,893	,065
Relutância em Simplificar Interpretações	-,105	,106	-,132	-,993	,326
Sensibilidade às Operações	,201	,090	,251	2,225	,031
Frequência de Comunicação	,294	,116	,404	2,542	,014
Comunicação Atempada	-,034	,110	-,049	-,311	,757
Comunicação Detalhada	,133	,099	,209	1,349	,184
Culpam os outros	,038	,062	,071	,612	,544
Conhecimento do Trabalho	-,151	,129	-,193	-1,170	,248
Respeito pelo trabalho	,191	,096	,270	1,996	,052
Partilha de objectivos	-,166	,097	-,258	-1,711	,094
Aprendizagem Organizacional	,206	,099	,269	2,091	,042

a. Variável Dependente: Performance Organizacional