

Projeto de Intervenção Estratégica numa Unidade de Cuidados Intensivos

Maria Dulce da Rocha Nunes

Projeto submetido como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão

Orientador:

Prof^a Dr^a. Sofia Lopes Portela, ISCTE Business School

Agosto 2018

“One mistake the arts would never make is to presume that a part or a role can be exactly specified independent of the performer, yet this is the idea that has dominated work organizations for most of the twentieth century.”

Peter B. Vail, *Managing as a Performing Art*, 1898:124

“Today is not Yesterday – We ourselves change – How then can our works and thoughts, if they are always to be the fittest, continue always the same?”

Thomas Carlyle

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

Agradecimentos

À Professora Doutora Sofia Lopes Portela pela disponibilidade prestada e por ter sido a primeira a despertar o gosto pela Gestão e por incentivar a finalizar esta tarefa.

Ao Professor Doutor Luís Manuel Martins pelos ensinamentos e por todo o apoio, pelo gosto em ensinar de forma contagiante e que me levou a querer empreender este projeto.

Aos profissionais das Unidades de Cuidados Intensivos que todos os dias estão lá para ajudar quem deles depende, em particular aos da UCI por detrás deste trabalho, o meu Obrigada muito especial!

Às minhas amigas Maria Flor Antunes e Glória Tareco, companheiras deste percurso, por todos os momentos de apoio incondicional.

À minha família, em especial ao meu marido e companheiro dos bons e dos maus dias Eurico, pela sua presença firme e constante, por me guiar quando o rumo ficava enevoado. Mas também às minhas filhas, Beatriz e Inês, pelo apoio sempre presente e pelo tempo que mais uma vez tiveram que abdicar da minha companhia. Aos meus pais e minha irmã porque sempre estiveram lá quando foi preciso e sei que sempre estarão...

A todos o meu Muito Obrigada.

Resumo

Introdução: As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) são hoje responsáveis por cerca de 13.4% do total de custos hospitalares, cerca de 4.1% dos gastos nacionais em saúde e cerca de 0.56% do produto nacional bruto, nos países mais desenvolvidos. E, em Portugal, embora não se tenham dados concretos, algumas UCI nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) apresentam dificuldades de gestão e de performance, decorrentes de vários problemas político-económicos, organizacionais e estruturais.

Objetivos: Foi objetivo deste estudo analisar a estrutura organizacional, a cultura organizacional e a liderança, assim como a coordenação relacional e o envolvimento dos profissionais da UCI de um hospital do SNS, para elaborar um plano de intervenção dirigido aos problemas detetados e à melhoria da performance do serviço e da equipa.

Resultados: Foram diagnosticados problemas estruturais na UCI, tanto a nível de organização formal, fatores sociais, tecnológicos e no espaço físico, que potenciam o cansaço físico e a exaustão emocional da equipa de profissionais de enfermagem e médicos através do método *Stream Analysis*, após se ter criado uma equipa de discussão (*focus group*), entre alguns dos elementos da UCI. Paralelamente a essa análise, realizou-se um inquérito aos 28 profissionais que integram a equipa de médicos e enfermeiros da UCI, entre março e abril de 2018, dos quais se obtiveram 21 respostas. Esse inquérito incluía 4 questionários, dois deles adaptados de Cameron e Quinn, o *Organizational Culture Assessment Instrument* (OCAI) e o *Management Skills Assessment Instrument* (MSAI); o questionário da Coordenação Relacional (CR) de Jody Gittel e o *My Relationship With Work Test* (MRWWT) de Christina Maslach.

Os resultados dos questionários identificaram as necessidades de mudança na cultura organizacional e permitiram analisar a relação entre a liderança e a coordenação relacional da equipa, assim como a relação destas duas com o envolvimento dos profissionais no seu trabalho, o *engagement*, como fator protetor do aparecimento da Síndrome *Burnout* (SBO). Foram analisados de forma descritiva e por análise estatística, através de correlação de Spearman, os resultados das diferentes variáveis estudadas do MSAI, da CR e do MRWWT. A maioria das variáveis analisadas estavam significativamente correlacionadas com o esperado pela análise descritiva, sendo a liderança um fator determinante em relação ao *engagement* e à CR. A CR está negativamente correlacionada com o descomprometimento ou *disengagement*, sendo um

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

fator protetor contra a SBO, criando qualidade na relação entre os profissionais e o trabalho, otimizando o compromisso com os colegas e com a organização.

Conclusão: Propôs-se um plano de intervenção baseado na visão holística de todos os problemas identificados, para a mudança organizacional necessária e para a melhoria do trabalho em equipa. Para além das intervenções na estrutura organizacional e no espaço físico da UCI, também se fazem propostas de melhoria no trabalho em equipa dos profissionais da UCI, baseado na coordenação relacional e nas relações humanas, assim como no envolvimento da liderança, seguindo uma direção de mudança planeada a partir dos pontos discordantes encontrados na cultura organizacional. O resultado esperado será uma melhoria da eficiência do trabalho e da performance da UCI, associado a uma maior qualidade dos cuidados aos doentes, com uma equipa de profissionais mais motivada e envolvida (*engaged*).

Palavras-chave: Gestão Unidades Cuidados Intensivos; *Stream Analysis*, Cultura organizacional; Coordenação relacional; *Engagement*; *Burnout*.

JEL Classification system: I11 (Analysis of Health Care Markets) e J44 (Professional Labor Markets; Occupational Licensing)

Abstract

Introduction: Intensive Care Units (ICU) are now responsible for about 13.4% of total hospital costs, about 4.1% of national health expenditures and about 0.56% of gross national product in the most developed countries. And in Portugal, although there are no concrete data, some ICU in the hospitals of the National Health Service (NHS) present management and performance difficulties due to various political, economic, organizational and structural problems.

Objectives: The objective of this study was to analyze the organizational structure, organizational culture and leadership, as well as the relational coordination and involvement of the ICU professionals of a hospital in the NHS, to elaborate an intervention plan directed to the problems detected and the improvement of the performance of the service and the team.

Results: Structural problems were diagnosed in the ICU, both at the level of formal organization, social, technological and physical factors, which potentiate the physical exhaustion and the emotional exhaustion of the team of nursing professionals and physicians through the Stream Analysis method, after have created a focus group, among some of the members of the ICU. Parallel to this analysis, a survey was carried out among the 28 professionals who are part of the ICU team of doctors and nurses between March and April 2018, of which 21 were obtained. This survey included four questionnaires, two of which were adapted from Cameron and Quinn, the Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI) and the Management Skills Assessment Instrument (MSAI); the Jody Gittel Relational Coordination (CR) questionnaire, and Christina Maslach's My Relationship With Work Test (MRWWT).

The results of the questionnaires identified the needs of change in the organizational culture and allowed to analyze the relationship between the leadership and the relational coordination of the team, as well as the relationship of these two with the involvement of the professionals in their work, as a protective factor for the appearance of Burnout Syndrome (SBO). The results of the different studied MSAI, CR and MRWWT variables were analyzed descriptively and by statistical analysis using Spearman's correlation. Most of the analyzed variables were significantly correlated with what was expected by descriptive analysis, with leadership being a determining factor in relation to engagement and CR. CR is negatively correlated with disengagement, being a protective factor against

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

SBO, creating quality in the relationship between professionals and work, optimizing the commitment to colleagues and the organization.

Conclusion: An intervention plan based on the holistic view of all the problems identified, the necessary organizational change and the improvement of teamwork was proposed. In addition to the interventions in the organizational structure and physical space of the ICU, proposals are also made to improve the teamwork of ICU professionals, based on relational coordination and human relations, as well as on leadership involvement, following a direction of change planned from the discordant points found in the organizational culture. The expected result will be an improvement in the efficiency of work and performance of the ICU, associated with a higher quality of patient care, with a more motivated and engaged team of professionals.

Key-words: Intensive Care Units Management; Stream Analysis, Organizational Culture; Relational coordination; Engagement; Burnout.

JEL Classification system: I11 (Analysis of Health Care Markets) e J44 (Professional Labor Markets; Occupational Licensing)

Índice

AGRADECIMENTOS	III
RESUMO	IV
ABSTRACT	VI
ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS	X
LISTA DE ABREVIATURAS	XI
SUMÁRIO EXECUTIVO	XII
INTRODUÇÃO	1
Apresentação do problema	4
Objetivos do estudo	6
CONTEXTO EXTERNO DO PROBLEMA	7
Contextualização da Organização	7
Contextualização Externa da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)	9
REVISÃO DA LITERATURA	10
Cultura Organizacional e Liderança	10
Estrutura das Organizações	20
Análise Organizacional pelo <i>Stream Analysis</i>	24
Coordenação Relacional	28
Efeitos do <i>Burnout</i> nas Organizações de saúde	32
METODOLOGIA	37
Tipo de Estudo	37
Caracterização da Amostra	38
CONTEXTO INTERNO DO PROBLEMA	39
Performance atual da UCI	39
Análise de dados:	40

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

Avaliação organizacional - <i>Stream Analysis</i>	40
Avaliação cultura organizacional e da liderança	44
Coordenação Relacional	51
<i>Engagement</i> vs SBO	55
Análise estatística	58
ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO	62
CONCLUSÃO, LIMITAÇÕES DO ESTUDO E ORIENTAÇÕES PARA O FUTURO	72
Conclusão	72
Limitações do estudo	73
Orientações para o futuro	75
REFERÊNCIAS	77
Bibliografia artigos	77
Referências Bibliográficas livros e documentos	80
ANEXOS	82
Anexo 1 – Questionário MRWWT	82
Anexo 2 – Resultados do Questionário MRWWT	90
Anexo 3 – Questionário MSAI	95
Anexo 4 - Resultados Teste MSAI	99
Anexo 5 – Questionário OCAI	100
Anexo 6 - Resultados OCAI	104
Anexo 7 – Questionário Coordenação Relacional	110
Anexo 8 – Resultados Questionário Coordenação Relacional	114

Índice de Figuras e Tabelas

Figura 1 - Número de camas de UCI por 100.000 habitantes na Europa(Rhodes et al., 2012).....	2
Figura 2- Comparação nº camas críticas - Comparação dos 30 números de camas de cuidados intensivos por 100.000 contra a proporção de gastos com saúde como percentagem do produto interno (em milhões de Dólares americanos). Linhas representam análise de regressão linear juntamente com 95% de confiança 20 intervalos ao redor da linha ($r^2 \setminus 0,0001$, $p = 0,91$) (Rhodes et al., 2012).....	3
Figura 3 - Os valores do SNS (Crisp, 2017).....	4
Figura 4 - Adaptado de Edgar Schein, níveis de manifestação da Cultura Organizacional.	11
Figura 5- Valores Contrastantes Quinn e Rohrbaugh.(1983).	12
Figura 6 - Adaptado de Hofstede - Padrão da Cultura de Portugal (https://www.hofstede-insights.com/country-comparison/portugal/) acesso a 15-05-2018.	16
Figura 7 - Competências críticas de Liderança, Quinn et al. 2011	18
Figura 8 - Adaptado de Henry Mintzberg - The structuring of Organizations.	21
Figura 9 - As cinco forças atuantes nas organizações, segundo Mintzberg.	23
Figura 10- Um Modelo Teórico da Dinâmica da Mudança Organizacional Planeada (Robertson et al., 1993)	27
Figura 11 - Síndrome <i>Burnout</i> (adaptado pela autora de Maslach).	33
Figura 12 - Esquema Diagnóstico Stream Analysis UCI	43
Figura 13 - Perfil Cultura Organizacional Atual, abril 2018.	46
Figura 14 - Perfil Cultura Organizacional Desejado UCI abril 2018.....	47
Figura 15 - Resultados Liderança, Perspetiva dos outros e Perspetiva pessoal. Linha verde Médicos, Linha azul Enfermeiros. Linha vermelha Líder.	49
Figura 16 - CR IntraGrupo. MED/MED e ENF/ENF	51
Figura 17 - CR Entre Grupos MED/MED e ENF/ENF.....	53
Figura 18 - Resultados MRWWT UCI, abril 2018	55
Figura 19 - Modelo Mudança Organizacional. Adaptado de Gittel 2016.	69
Tabela 1- Resultados Questionário Quinn Cultura Atual UCI abril 2018.....	46
Tabela 2 - Resultados Questionário Quinn Cultura Desejada UCI, abril 2018.	48
Tabela 3 - Valores de Referência da CR Intragrupo e Entregrupos.....	51
Tabela 4 - Valores CR Intragrupo MED/MED e ENF/ENF UCI, abril 2018.....	52
Tabela 5 - Valores de CR Entregrupos MED/ENF e ENF/MED UCI, abril 2018.	54
Tabela 6 - Resultados Inquérito MRWWT UCI, abril 2018.....	56
Tabela 7 - Correlação Spearman CR Entregrupos vs Liderança UCI, abril 2018.	58
Tabela 8 - Correlação Spearman CR Intragrupo vs Liderança UCI, abril 2018.	59
Tabela 9 - Correlação Spearman CR Intragrupo vs MRWWT UCI, abril 2018.....	60
Tabela 10 - Correlação Spearman CR Entregrupos vs MRWWT UCI, abril 2018.	61
Tabela 11 - Correlação Spearman MRWWT vs Liderança UCI, abril 2018.....	61
Tabela 12 - Mudança Organizacional - significado das propostas de mudança da cultura organizacional.	64

Lista de Abreviaturas

APACHE II - *Acute Physiology And Chronic Health Evaluation*

ARS - Administração Regional de Saúde

CPRE – ColangioPancreatografia Retrógrada Endoscópica

CR – Coordenação Relacional

DGS – Direção Geral da Saúde

EDA – Endoscopia Digestiva Alta

EUA – Estados Unidos da América

MRWWT - *My Relationship with Work Test*

MSAI - *Management Skills Assessment Instrument*

OCAI - *Organizational Culture Assessment Instrument*

OM - Ordem dos Médicos

POS - Aprendizagem organizacional positiva

RMN – Ressonância Magnética Nuclear

SBO - Síndrome de Burnout

SMI - Serviços de Medicina Intensiva

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SAPS II - *Simplified Acute Physiology Score*

TISS-76 - *Therapeutic Intervention Scoring System*

TC – Tomografia Computorizada

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

Sumário Executivo

A Medicina Intensiva é a área da Medicina Interna que se dedica ao diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda, potencialmente reversíveis, em doentes que apresentem falência eminente ou estabelecida de uma ou mais funções vitais.

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) têm uma importância no desenvolvimento e diferenciação das instituições hospitalares que é sobejamente reconhecida por todos. Estas unidades devem ser enquadradas na lógica da planificação do acesso a cuidados de saúde, o que significa o direito dos cidadãos a terem assegurado em tempo útil e adequado o acesso a cuidados diferenciados de qualidade onde quer que se encontrem no território nacional.

Pela sua especificidade e complexidade, as UCI estão associadas a custos acrescidos e representam um dos serviços hospitalares com maior exigência de gestão de recursos económicos e financeiros, mas também de gestão dos recursos humanos.

O nível de desempenho profissional necessário para lidar com o doente em risco de vida e o nível de recursos consumidos com os doentes graves exigem que a gestão dos recursos alocados à Medicina Intensiva seja profissionalizada, dedicada e com preparação específica para esse fim.

Adotar estratégias de melhoria contínua das UCI, para otimizar os recursos existentes e para coordenar as equipas de profissionais que lá trabalham, é crucial para o desempenho das UCI e, conseqüentemente, dos hospitais onde se inserem.

Acresce-se a esta exigência o facto de que nas UCI a taxa de stress e de exaustão dos profissionais é das maiores a nível hospitalar, com elevada incidência de Síndrome de *Burnout* (SBO). Esta situação promove a diminuição da qualidade dos cuidados com os doentes, que numa UCI estão em estado crítico e dependentes, assim como um acréscimo significativo nas despesas. É importante desenvolver estudos que permitam obter um conhecimento abrangente da situação real que enfrentam as UCI, para se conseguir implementar um plano de intervenção adaptado aos problemas identificados e que os corrija de forma eficaz e com efeitos a longo prazo. Assim, foi elaborado este estudo e que foi estruturado de forma a obter um diagnóstico, o mais completo possível, dos problemas enfrentados por uma UCI integrada num hospital do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Portugal.

Em primeiro lugar utilizou-se um método de análise dos problemas onde se elabora um esquema gráfico, numa lógica de causa-efeito, entre os fatores organizacionais, sociais,

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

tecnológicos e do espaço físico, conhecido como *Stream Analysis*. Este método permitiu elaborar um plano de correção das falhas e programar a implementação das medidas corretivas, tentando sempre que possível avaliar a evolução dessas medidas, para se assegurar da eficácia da sua implementação.

Mas para que a mudança seja sustentável é preciso perceber a cultura organizacional e a liderança. Muitas mudanças resultam em insucesso porque não têm em conta a importância da cultura organizacional. Assim, e em segundo lugar, estudou-se a cultura organizacional da UCI e o perfil de liderança através de um inquérito realizado aos seus profissionais. Associou-se a estes, outros dois questionários que permitiram concluir como está a coordenação relacional e a relação dos profissionais com o seu trabalho, o seu envolvimento ou *engagement*, sendo estes dois fatores protetores contra a SBO. Foi feita uma análise descritiva dos resultados obtidos com os questionários e uma análise estatística da correlação entre a liderança, a coordenação relacional e o *engagement*.

Com a identificação dos principais problemas organizacionais e estruturais, assim como das dificuldades na comunicação e na coordenação da equipa, foi possível propor um plano de intervenção detalhado que visasse corrigir as falhas, melhorar a relação entre os profissionais da UCI entre si, assim como destes com o seu trabalho. O objetivo é implementar um processo de melhoria contínua da performance da UCI e do trabalho de equipa, para otimizar os recursos existentes, aumentando a qualidade e a eficiência dos resultados e dos cuidados com os doentes.

Introdução

Os Serviços de Medicina Intensiva (SMI)/Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) são hoje responsáveis por cerca de 13.4% do total de custos hospitalares, cerca de 4.1% dos gastos nacionais em saúde e cerca de 0.56% do produto nacional bruto, nos países mais avançados (Ministério da Saúde, Rede de Referência Medicina Intensiva). Os SMI/UCI são extremamente importantes para as instituições hospitalares e para o SNS, porque a existência de cuidados de saúde diferenciados, a que todos os cidadãos devem ter acesso, acompanha a evolução da sociedade. De forma a ser assegurado em tempo útil e adequado o acesso a cuidados diferenciados de qualidade onde quer que um cidadão se encontre no território nacional. Por outro lado, o envelhecimento da população e a expansão das chamadas doenças da civilização, como a hipertensão arterial e a diabetes mellitus, levam a um aumento das necessidades de Medicina Intensiva, que algumas estimativas colocam nos 160% nos próximos 10 anos. Há, portanto, uma crescente procura de Medicina Intensiva, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento e, como tal, em Portugal.

Num estudo europeu realizado por A. Rhodes em 2012, onde houve a participação de Portugal, encontrou-se uma heterogeneidade acentuada no número de camas de cuidados intensivos entre os países europeus, mesmo quando corrigidos para o tamanho da população e distribuição etária, produto interno bruto, gastos com cuidados de saúde e número total de camas de cuidados agudos. As diferenças na provisão são grandes entre os diferentes países e Portugal ocupa o último lugar (ver Fig.1).

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

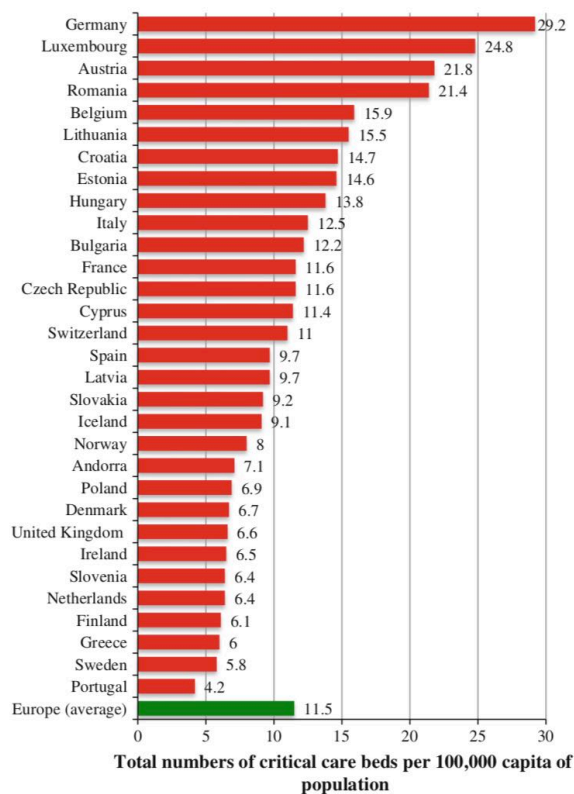


Figura 1 - Número de camas de UCI por 100.000 habitantes na Europa (Rhodes et al., 2012)

De facto, de acordo com este estudo, a Alemanha tem cerca de 6,9 vezes o número de camas de cuidados intensivos per capita em comparação com Portugal (Rhodes et al., 2012). Comparando os dois países fica a ideia de que é impossível que Portugal seja capaz de admitir o mesmo número de doentes para cuidados intensivos como na Alemanha. A implicação deve, portanto, ser que ou os doentes em Portugal com necessidade de cuidados intensivos são incapazes de obtê-los ou que a Alemanha oferece tratamento acima das necessidades para a sua população (ver Fig. 2). Somente uma análise mais aprofundada dos dados que descrevem o fornecimento e a prática de cuidados intensivos em detalhe entre os países nos permitirá responder a essas perguntas, no entanto fica a dúvida sobre a disparidade existente e que exige reflexão.

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

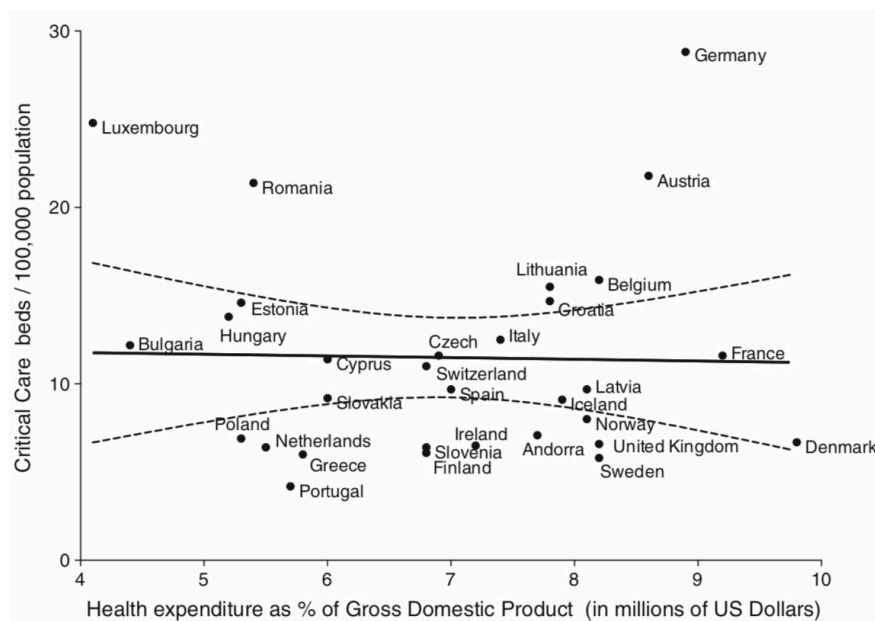


Figura 2- Comparação nº camas críticas - Comparação dos 30 números de camas de cuidados intensivos por 100.000 contra a proporção de gastos com saúde como percentagem do produto interno (em milhões de Dólares americanos). Linhas representam análise de regressão linear juntamente com 95% de confiança 20 intervalos ao redor da linha ($r^2 = 0,0001$, $p = 0,91$) (Rhodes et al., 2012)

No Plano Nacional de Saúde 2011-2016, onde são citados os autores Justo e Sakellarides, a acessibilidade é definida como a possibilidade que o utilizador do sistema de saúde tem de obter a prestação de cuidados, no momento e no local em que necessita, em quantidade e a um custo adequado, e de acordo com as necessidades individuais e independência face às condições socioeconómicas, com o objetivo de obter ganhos em saúde (Fernandes, Fernandes, Matos, & Santos, 2010).

Com esta escassez de recursos, torna-se emergente o estudo da situação e a compreensão das consequências que possam existir para a população desta região, para se delinear a curto-prazo uma proposta de melhoria e a sua implementação, para responder às necessidades da população e respeitar os princípios orientadores do SNS de equidade e acessibilidade (ver Fig. 3).

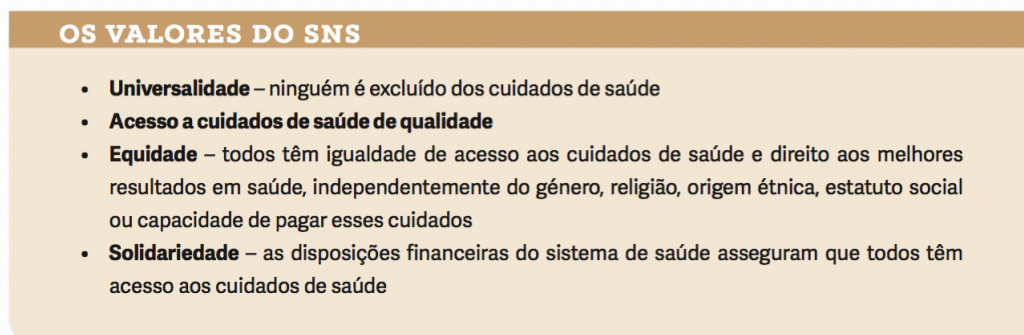


Figura 3 - Os valores do SNS (Crisp, 2017)

O aumento previsto das necessidades em saúde, nos próximos anos, será tanto em termos de recursos tecnológicos como financeiros, assim como existirão maiores exigências da população, cada vez mais esclarecida e informada, pela globalização da informação e das redes sociais. Cada vez mais os cidadãos estão informados e exigem uma melhoria em qualidade e em acessibilidade dos cuidados que lhes são prestados.

Assim, torna-se imperativo conhecer melhor a organização dos SMI/UCI dos hospitais públicos, a fim de ser feito um planeamento rigoroso da gestão dos recursos financeiros e humanos, e uma intervenção dirigida aos problemas concretos presentes neste tipo de serviços de saúde.

O presente estudo pretende realizar uma avaliação múltipla dos diferentes problemas existentes numa UCI do SNS, através de uma metodologia baseada num enquadramento teórico de várias abordagens de gestão, para obter uma visão holística da situação atual dessa UCI.

Apresentação do problema

Em Portugal, o programa de assistência financeira que esteve em vigor entre 2011 e 2014, durante os anos da Troika, foi responsável por muitas modificações no SNS, no sentido de restringir os gastos excessivos (Legido-Quigley et al., 2016). Uma medida importante desse programa foi combater os custos dos medicamentos e limitar a autonomia de prescrição pelos médicos. Mas foram tomadas outras resoluções para poupar nos gastos em saúde, entre as quais a redução do pessoal existente, a limitação da contratação de pessoas, o corte nas horas extraordinárias e o valor pago por esse trabalho suplementar, a redução dos benefícios para os médicos aposentados, congelamento das promoções e

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

progressão nas carreiras e a não substituição de pessoas que entretanto saíram do SNS (Correia, Dussault, & Pontes, 2015).

Essa restrição à contratação de recursos humanos no SNS resultou numa dificuldade significativa em dotar as organizações dos recursos em quantidade e em qualidade necessários ao cumprimento das suas atribuições. Acresce o facto de que não foram tomadas medidas para garantir uma distribuição uniforme do pessoal em todas as regiões do país, nomeadamente nas regiões do interior (Correia et al., 2015). A UCI não é alheia a esta situação, com dotação abaixo do desejável em recursos humanos, tanto da equipa médica como de enfermagem. A situação agravou-se a um nível crítico no final de 2016, correndo o risco de encerrar a UCI por falta de pessoal médico e de enfermagem, sendo quase impossível garantir o processo assistencial do doente crítico, com capacidade de resposta qualificada, diferenciada e imediata 24h por dia / 7 dias por semana. Com a equipa reduzida e a atingir níveis significativos de exaustão, iniciaram-se maiores constrangimentos na eficiência do trabalho e na performance da UCI, como o aumento do tempo de internamento dos doentes e o aumento do número de infeções nosocomiais. Tornou-se assim importante perceber onde existiam os pontos mais críticos passíveis de intervenção local, para a melhoria das condições de trabalho dos profissionais da UCI, com a conseqüente melhoria dos cuidados assistenciais aos doentes internados na UCI. Embora não seja possível modificar as restrições de carácter económico-político a curto-médio prazo, é conhecido que ao melhorarmos o trabalho dos enfermeiros e dos médicos da UCI, vamos melhorar a qualidade da assistência aos doentes e conseqüentemente reduzir os custos com o seu tratamento (Cimiotti, Aiken, Sloane, & Wu, 2012).

Trabalhar numa UCI pode ser especialmente stressante por causa da alta morbilidade e mortalidade dos doentes, desafiando as rotinas diárias de trabalho, em especial pela existência de encontros frequentes com questões traumáticas e éticas (Teixeira, Ribeiro, Fonseca, & Carvalho, 2013). Os profissionais da UCI com carga horária em excesso não conseguem ter tempo para recuperar entre os diferentes turnos, tanto a nível físico, com alteração marcada dos seus ritmos biológicos, mas também pela pressão psicológica que enfrentam diariamente. A resposta a estes stressores é única e individual, cada profissional reage de maneira diferente, mas o contacto frequente e diário com doentes em situação crítica, que não comunicam verbalmente e que se encontram em total dependência, provoca sentimentos de angústia perante o sofrimento do outro (Christensen, Levinson, & Dunn, 1992). Este nível de stress quase contínuo e excessivo pode aumentar rapidamente quando os profissionais de saúde percebem que não há tempo

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

suficiente e que os recursos são limitados para cuidar adequadamente dos seus doentes (Wright & Bonett, 1997). Os familiares dos doentes críticos, pela gravidade da situação e a eminência de um desfecho nefasto, também são um fator de pressão sobre os profissionais da UCI, pois esperam muito destes profissionais, muitas vezes quase como se de um milagre se tratasse. Até recentemente, a comunidade dos profissionais de cuidados intensivos estava relativamente inconsciente dos efeitos prejudiciais de se trabalhar num ambiente de UCI stressante, incluindo a possibilidade aumentada de desenvolvimento de SBO, comparativamente com outros serviços de saúde. Mas, ao longo dos últimos anos, foram-se realizando estudos que demonstraram que os profissionais de cuidados intensivos têm uma das taxas mais altas de SBO (> 50%) e o desenvolvimento desse distúrbio pode afetar adversamente a capacidade de cuidar adequadamente dos doentes (Moss, Good, Gozal, Kleinpell, & Sessler, 2016).

Objetivos do estudo

1. Analisar a estrutura organizacional e os principais pontos de constrangimento da UCI, através da elaboração de um plano de diagnóstico focalizado na organização formal, fatores sociais, tecnologia e espaço físico.
2. Identificar a cultura organizacional e caracterizar o perfil de liderança da UCI, na perspetiva dos colaboradores e na perspetiva pessoal do líder. Propor medidas de mudança e planeamento possíveis e necessárias para dirigir a organização na direção pretendida.
3. Avaliar a coordenação relacional entre os médicos e enfermeiros, intragrupo e intergrupos, baseada na comunicação entre os profissionais, na partilha de objetivos e de conhecimento e no respeito mútuo. Caracterizar a relação dos profissionais com o seu trabalho na UCI, o envolvimento ou *engagement*, através da análise dos aspetos laborais e de relação interpessoal, que podem estar mais relacionados com o aparecimento da SBO.
4. Elaborar um projeto de intervenção dirigido à resolução dos problemas identificados, que possa corrigir as disfunções encontradas numa ótica concertada de melhoria contínua dos cuidados aos doentes e do trabalho dos profissionais da UCI.

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

Contexto externo do problema

Contextualização da Organização

O Hospital onde se insere a UCI, de acordo com a Portaria n.º 82/2014 de 10 de abril, publicada no Diário da República, 1.ª Série-N.º 71-10 de abril de 2014, é um hospital que está classificado como pertencente ao Grupo II do Sistema Nacional de Saúde (SNS) de Portugal. É o hospital central da sua região geográfica, sendo o centro de referência principal de muitas especialidades. Considerando as áreas de influência direta e indireta, o Hospital serve uma população de cerca de 510 000 pessoas.

Tem uma lotação de 331 camas das quais 48,1% são cirúrgicas, 3,3% são de cuidados intensivos e em igual percentagem de cuidados intermédios, sendo as restantes 45,3%, camas médicas.

O Serviço de Urgência é um “Serviço de Urgência Polivalente - SUP” de acordo com o Despacho n.º 5414/2008, (Diário da República, 2.ª série — n.º 42 — 28 de fevereiro de 2008, Pág. 8083). Esse Despacho pretende definir e classificar os serviços de urgência que constituem os pontos da Rede de Referência de Urgência / Emergência. E, de acordo com o disposto no Despacho 18459/2006, de 12 de Setembro (Diário da República - 2.ª série, n.º 176, de 12 de setembro de 2006, Pág. 18611) são definidas as características de cada subgrupo, sendo que a SUP é definida como o nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência.

Todos os hospitais com serviço de urgência polivalente ou médico-cirúrgico ou com atividade cirúrgica cuja tipologia recomende cuidados intensivos pós-operatórios devem ter SMI/UCI. Nas outras unidades com internamento, deve existir um processo assistencial ao doente crítico que inclua critérios objetivos de identificação precoce, estratificação de risco, estabilização e transporte dos doentes, com exercício de protocolo de referência para o SMI previsto na Rede de Referência de Medicina Intensiva.

As valências médicas obrigatórias e equipamento mínimo são a medicina interna, a cirurgia geral, a ortopedia, a imuno-hemoterapia, a anestesiologia, o bloco operatório (24

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

horas), a imagiologia (radiologia convencional, ecografia simples, TAC) e a patologia clínica (devendo assegurar todos os exames básicos 24 horas/dia).

O apoio das especialidades de cardiologia, neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia, nefrologia (com diálise para situações agudas) e medicina intensiva (unidade de cuidados intensivos polivalente UCIP) ao serviço de urgência deve fazer-se de acordo com o definido nas respetivas redes de referência, de acordo com o definido pelo Ministério da Saúde.

O Hospital presta serviços que fazem dele um hospital de referência para a sua região geográfica, na área médica e dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica:

- 1) O serviço de cardiologia possui uma Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (nível I - monitorização por telemetria) e uma Unidade de Angiografia Digital, que realiza várias técnicas de cardiologia de intervenção;
- 2) O serviço de gastroenterologia, dá apoio a toda a região na realização de terapêuticas e exames urgentes;
- 3) O serviço de nefrologia para além de ser o único na região é vanguardista na técnica de diálise peritoneal;
- 4) O serviço de pneumologia realiza fibroscopias, broncoscopias rígidas e toracoscopias;
- 5) O Hospital tem ainda uma Unidade de AVC (nível I) que está a cargo da neurologia e da medicina interna;
- 6) O serviço de pediatria possui uma Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia que também é única na região;
- 7) O serviço de cirurgia geral tem uma Unidade de Cuidados Cirúrgicos Pós-operatórios (Nível I), que está sob a responsabilidade do cirurgião de serviço à urgência interna.

São várias as especialidades cirúrgicas que prestam serviços à população da área de influência do Hospital:

- 1) Cirurgia geral, ortopedia, ginecologia/obstetrícia, urologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, estomatologia.
- 2) Como especialidades únicas na região: a Unidade Funcional para o Tratamento Cirúrgico da Obesidade, a cirurgia plástica reconstrutiva e estética, a cirurgia pediátrica, a cirurgia vascular e a neurocirurgia.

Contextualização Externa da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)

Em Portugal, as primeiras unidades de cuidados intensivos surgiram no final da década de 50 do século passado, permitindo a formação da primeira geração de intensivistas portugueses.

A publicação em 1989 pelo Ministério da Saúde das normas regulamentadoras do Ciclo de Estudos em Cuidados Intensivos (Despacho n.º 276/89, de 28 de julho) permitiram o primeiro caminho formalmente legislado para um programa formativo em Medicina Intensiva.

Em Maio de 2003, a Ordem dos Médicos (OM) aprovou o “Documento Orientador da Formação em Medicina Intensiva: Critérios de Idoneidade e de Formação em Medicina Intensiva” elaborado pelo Colégio de Subespecialidade de Medicina Intensiva e revisto posteriormente, em Março de 2007, encerrando definitivamente a admissão “por consenso” no Colégio e instituindo o Exame Nacional Obrigatório organizado pela OM. Em 2003, foi também publicado o único texto normativo sobre a arquitetura da rede de referência na área da medicina intensiva: “Cuidados Intensivos: recomendações para o seu desenvolvimento” (Ministério da Saúde/DGS).

Em Fevereiro de 2017 foi aprovado o relatório “Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva” (Ministério da Saúde/Direção Geral da Saúde - DGS), elaborado para fazer um levantamento do número e classificação de camas críticas no nosso país, avaliação essa realizada pelo Colégio de Especialidade de Medicina Intensiva e pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, que incluiu a visita a todas as UCI de Portugal. Concluiu que nos últimos cinco anos, houve algum progresso na capacidade instalada de camas de medicina intensiva em Portugal, cifrando-se o rácio atualmente em 6,4 camas por 100 000 habitantes, portanto ainda marcadamente abaixo da média europeia (11,5 por 100 000 habitantes) e insuficiente para as necessidades de cobertura da rede de cuidados críticos (Rede de Referência Hospitalar Medicina Intensiva, 2017).

Na Administração Regional de Saúde (ARS) a que pertence a UCI estudada existem 4 SMI sendo o número de camas críticas (nível II + III) de 30. O rácio de camas nível III/camadas agudas é de 3,2. O rácio nº camas críticas por 100 000 habitantes é de 5,8. Sendo

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

este número metade do número existente em média nos restantes países europeus, apesar da evolução aparentemente positiva, a verdade é que a insuficiência em camas de UCI persiste (Rede de Referenciação Hospitalar Medicina Intensiva, 2017).

Revisão da Literatura

Neste capítulo pretende-se realizar o enquadramento teórico relativo ao tema em investigação, que elabora um projeto de intervenção para uma UCI do SNS, com base numa análise dos vários níveis de problemas identificados. Esta revisão da literatura foi baseada no estudo de bibliografia, que se entendeu como credível e de inegável valor científico para o tema em questão.

Cultura Organizacional e Liderança

A Cultura Organizacional pode ser definida como as crenças, as suposições, os valores e as formas de interação subjacentes que contribuem para o ambiente social e psicológico único de uma organização. Inclui as expectativas, as experiências e a filosofia de uma organização, bem como os valores que guiam o comportamento dos seus membros e são expressos na autoimagem dos membros, no funcionamento interno, nas interações com o mundo externo e nas expectativas futuras. A cultura é baseada em atitudes compartilhadas, crenças, costumes e regras escritas e não escritas que foram desenvolvidas ao longo do tempo e são consideradas válidas. A cultura organizacional é única para cada organização e, por isso mesmo, é difícil de mudar (*The Business Dictionary – acesso a 12-05-2018*).

De acordo com Edgar Schein, cujos estudos sobre cultura organizacional remontam à década de 80, a cultura é tanto um fenómeno dinâmico “aqui e agora”, como uma estrutura de fundo coerciva que nos influencia de várias maneiras. A cultura é constantemente reencenada e recriada pelas nossas interações com os outros e moldada pelo nosso próprio comportamento. As "regras" da ordem social tornam possível prever o comportamento social, conviver uns com os outros e encontrar significado naquilo que fazemos. A cultura também fornece a nossa língua, e a linguagem dá sentido ao nosso dia

a dia. Pode ser pensada como a base da ordem social em que vivemos e das regras que seguimos. Este autor descreve três níveis de cultura (Schein, 2010):

1. Artefatos: são as estruturas e processos visíveis e sensíveis, o comportamento observado, por vezes difícil de decifrar, nem sempre é imediatamente perceptível o significado subjacente;
2. Valores e Crenças Compartilhados: Ideais, objetivos, valores, aspirações; as ideologias e racionalizações da organização; pode ou não ser congruente com o comportamento e com os artefatos;
3. Pressupostos básicos subjacentes: Crenças e valores inconscientes, tomados como certos, que estão enraizados desde há gerações; determinam o comportamento, a percepção, o pensamento e o sentimento dos membros da organização.

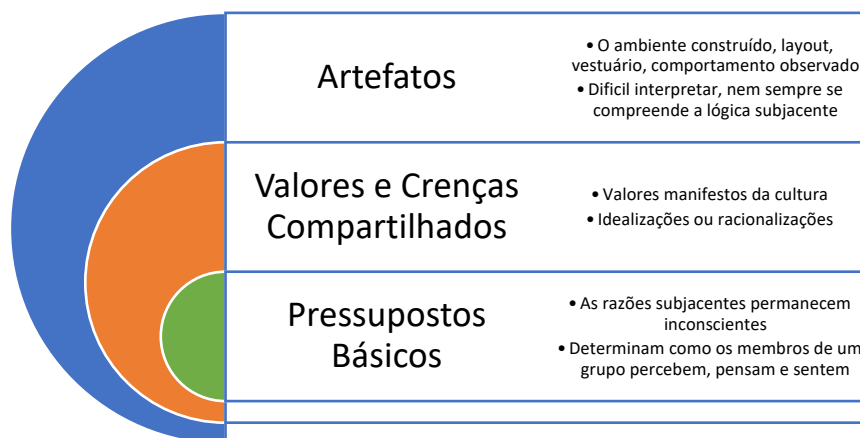


Figura 4 - Adaptado de Edgar Schein, níveis de manifestação da Cultura Organizacional.

Se não for possível decifrar o padrão dos pressupostos básicos que podem estar a atuar numa organização, não será possível saber como interpretar os artefatos corretamente ou quanta credibilidade dar aos valores adotados e compartilhados. Por outras palavras, a essência de uma cultura está no padrão das suposições subjacentes básicas, nos pressupostos básicos, e depois de compreendê-las, já se poderá facilmente entender os outros níveis mais superficiais e lidar adequadamente com eles (Schein, 2010).

Ao longo de muitos anos, vários estudos foram feitos sobre as mudanças organizacionais e a elevada taxa de insucesso dessas mudanças deve-se principalmente à falha em mudar a cultura organizacional (Cameron e Quinn, 2011).

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

A organização tem e é, em simultâneo, uma cultura. Só em parte a gestão pode controlar a cultura, devendo sobretudo respeitar a sua dinâmica intrínseca, para a poder gerir (Lopes, 2010).

Quinn e Rohrbaugh (1983) propuseram uma abordagem de valores competitivos para a eficácia organizacional. Um modelo espacial foi desenvolvido a partir dos dados do estudo. É composto por duas dimensões: foco interno e integração vs foco externo e diferenciação (eixo horizontal); flexibilidade e mudança vs estabilidade e controlo (eixo vertical).

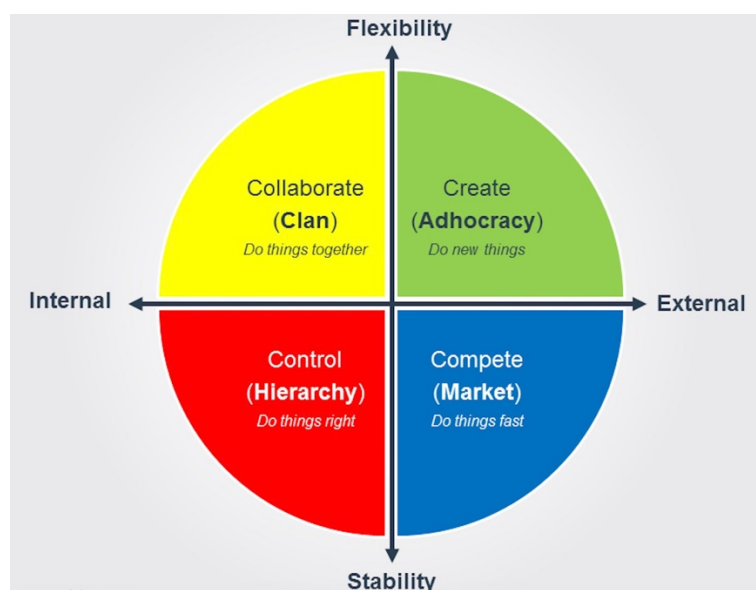


Figura 5- Valores Contrastantes Quinn e Rohrbaugh.(1983).

As duas dimensões formam quatro quadrantes, os quais refletem quatro tipos de cultura distintos: clã ou relações humanas, adhocracia ou sistemas abertos, hierarquia ou processos internos, e mercado ou objetivo racional (Cameron & Quinn, 2005).

O modelo completo é apresentado a partir de um esquema conceptual em que se delimita, de maneira precisa a zona de equilíbrio, em que a força expressiva de cada quadrante deverá exercer-se.

Os diferentes tipos de cultura podem ser caracterizados como se descreve em seguida (Cameron e Quinn, 2011):

- Cultura de clã ou relações humanas: os critérios de eficácia são a equidade e a abertura; o ambiente pode ser melhor gerido através do trabalho em equipa e do desenvolvimento das pessoas. Os clientes são melhor entendidos como parceiros, a organização pretende

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

desenvolver um ambiente de trabalho humano, e a principal tarefa de quem gere é capacitar os funcionários e facilitar a sua participação, compromisso e lealdade.

- Cultura de adhocracia ou sistemas abertos: o critério de eficácia organizacional é a adaptabilidade e o apoio externo. Os processos chave são a adaptação política, a resolução criativa de problemas, a inovação e a gestão da mudança. Um dos principais objetivos de uma adhocracia é promover a adaptabilidade, a flexibilidade e a criatividade, especialmente se a incerteza, a ambiguidade e a sobrecarga de informações forem características frequentes na organização. Um desafio importante para essas organizações é desenvolver produtos e serviços inovadores e adaptar-se rapidamente a novas oportunidades.

- Cultura de hierarquia ou processos internos: o critério de eficácia é a estabilidade e a continuidade; a ênfase é em processos como a definição de responsabilidades, a medição, a documentação e a proteção de registos. A cultura organizacional compatível com esta forma é caracterizada por um lugar formalizado e estruturado para trabalhar. Os processos institucionalizados governam o que as pessoas fazem e as regras e as políticas formais mantêm a organização unida. Os líderes eficazes desta cultura são bons coordenadores e organizadores. Manter a organização a funcionar sem problemas é importante. As preocupações de longo prazo da organização são a estabilidade, a previsibilidade e a eficiência.

- Cultura de mercado ou objetivo racional: o critério de eficácia é a produtividade e o lucro, e a ênfase recai sobre os processos como a definição clara dos objetivos, a análise racional e a tomada de decisões; O principal foco é criar vantagem competitiva, rentabilidade, resultados finais e atingir as metas. Estes são os principais objetivos da organização. Não é de surpreender que os valores centrais que dominam as organizações do tipo de mercado sejam a competitividade e a produtividade.

Nos seus estudos organizacionais, quando Quinn e Rhorbaugh descreveram o modelo, denominaram-no de “Modelo de Valores Contrastantes” ou *Competing Values Framework*, porque existe uma ação divergente e em sentidos opostos das forças que regem cada quadrante, ou seja, cada tipo de cultura. O modelo de relações humanas (clã), com os seus critérios de eficácia que refletem a flexibilidade e o foco interno, está em forte contraste com a ênfase do modelo de metas racionais (mercado) no controlo e no foco externo. O modelo de sistema aberto (adhocracia) é baseado na flexibilidade e no foco externo, sendo esse contrário ao modelo de processo interno (hierarquia), cujos

critérios de eficácia refletem um foco no controlo e no foco interno. Os modelos de relações humanas e sistemas abertos compartilham um realce na flexibilidade. O sistema aberto e os modelos de metas racionais estão principalmente preocupados com um foco externo. O objetivo racional e os modelos dos processos internos estão enraizados no controlo. Por fim, os modelos dos processos internos e relações humanas compartilham um foco interno (Quinn e Rhorbaugh, 1983).

Nenhuma organização conseguirá sobreviver, porém, com a ênfase apenas num destes quadrantes, pelo que se deverá equilibrar todos os tipos de cultura mantendo-os na zona ótima (Quinn e Rhorbaugh, 1983). De acordo com a etapa de desenvolvimento da organização, a exigência da sua posição face aos seus concorrentes e diferentes outros fatores organizacionais, assim será o tipo ou tipos de culturas existentes nessa organização. A cultura organizacional tem um carácter evolutivo e adaptativo, ao longo do ciclo de vida de uma organização. Para se realizar uma boa avaliação da mudança necessária na cultura de uma organização torna-se incontornável entender a cultura das organizações como um ativo intangível, mas mobilizável. Efetivamente, apesar dos avanços teóricos de cerca de 30 anos de estudos, a cultura organizacional continua a ser uma variável ainda difícil de desocultar, mas determinante para o sucesso ou insucesso de um processo de mudança.

Outros estudos sobre a cultura e como a cultura pode influenciar o ambiente de trabalho, foram conduzidos por Hofstede, ao longo de vários anos, demonstrando a importância da cultura de cada país e dos povos como determinante da dinâmica cultural nas organizações (Hofstede, 2005). Desse trabalho resultou a identificação de 6 dimensões que caracterizam a cultura organizacional e da população, que podem influenciar de forma marcante o funcionamento das organizações e dos seus líderes. Essas dimensões são 6, sendo que para Portugal as características principais descrevem-se em seguida (ver Fig. 6):

- 1- Distância ao Poder - Essa dimensão lida com o fato de que todos os indivíduos em sociedades não são iguais - expressa a atitude da cultura em relação a essas desigualdades entre nós. A Distância ao Poder é definida como a medida em que os membros menos poderosos das instituições e organizações de um país esperam e aceitam que o poder seja distribuído de forma desigual. A pontuação de Portugal nesta dimensão (63) reflete que a distância hierárquica é aceite e aqueles que detêm posições mais poderosas são admitidos

- como tendo privilégios para a sua posição. O controlo por parte da gestão, ou seja, o chefe requerer informações dos seus subordinados é considerado normal, de tal forma que, estes esperam que o seu chefe os controle.
- 2- Individualismo - A questão fundamental abordada por esta dimensão é o grau de interdependência que uma sociedade mantém entre os seus membros. Tem a ver como se a autoimagem das pessoas é definida em termos de "eu" ou "nós". Nas sociedades individualistas, as pessoas tendem a cuidar de si mesmas e da sua família direta. Nas sociedades coletivistas, as pessoas pertencem a "grupos" que cuidam delas em troca de lealdade. Portugal, em comparação com o resto dos países europeus (com exceção de Espanha) é moderadamente coletivista (devido à sua pontuação nesta dimensão: 27). Isso é manifesto num compromisso de longo prazo com o "grupo" de membros, seja uma família, família alargada ou relações de amizade estendidas.
 - 3- Masculinidade - Uma pontuação alta (masculina) nesta dimensão indica que a sociedade será impulsionada pela competição, realização e sucesso, sendo o sucesso definido pelo vencedor ou o "melhor em campo". Sendo este um sistema de valores que começa na escola e continua na vida organizacional. Uma pontuação baixa (feminina) nesta dimensão significa que os valores dominantes na sociedade são o cuidar dos outros e valorizar a qualidade de vida. Uma sociedade feminina é aquela em que a qualidade de vida é o sinal do sucesso e se destacar da multidão não é admirável. Portugal pontua 31 nesta dimensão, logo está mais perto de uma sociedade onde a feminilidade é mais evidente e é um país onde uma das palavras chaves é o consenso. Portanto, a polarização não é bem considerada nem a competitividade excessiva é apreciada.
 - 4- Aversão à Incerteza - Se existe uma dimensão que define Portugal muito claramente é a aversão à incerteza. Portugal classifica 99 nesta dimensão e, portanto, tem uma preferência muito alta para evitar a incerteza. Os países que exibem alta aversão à incerteza mantêm códigos rígidos de crenças e comportamentos aceites e são intolerantes a ideias pouco ortodoxas. Nessas culturas há uma necessidade emocional de regras, mesmo que as regras nunca funcionem, mas há uma resistência à inovação e à mudança; a segurança é um elemento importante na motivação individual.
 - 5- Orientação a Longo Prazo - Esta dimensão descreve como toda sociedade tem que manter alguns elos com o seu próprio passado enquanto lida com os desafios do presente e do futuro, e as sociedades priorizam esses dois objetivos existenciais de maneira diferente. Por exemplo, a pontuação baixa nessa dimensão prefere manter as tradições e as normas consagradas pelo tempo enquanto se observa a mudança social com suspeita. Uma

pontuação baixa de 28 como se verifica em Portugal, mostra que os portugueses exibem um grande respeito pelas tradições, mas uma propensão relativamente pequena para economizar para o futuro e um foco na obtenção de resultados rápidos.

- 6- Indulgência - Esta dimensão é definida como a medida em que as pessoas tentam controlar seus desejos e impulsos, com base na maneira como foram criadas. O controle relativamente fraco é chamado de "Indulgência" e o controle relativamente forte é chamado de "Restrição". As culturas podem, portanto, ser descritas como indulgentes ou restritas. Uma pontuação relativamente baixa de 33 indica que Portugal tem uma cultura de Restrição. Sociedades com baixa pontuação nessa dimensão tendem ao cinismo e ao pessimismo. As pessoas com essa orientação têm a percepção de que suas ações são restringidas por normas sociais e acham que permitir-se a si próprio fazer algo bom está, de algum modo, errado.

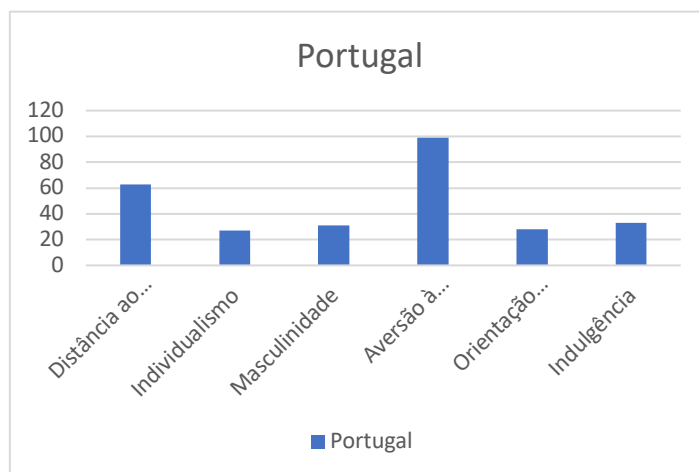


Figura 6 - Adaptado de Hofstede - Padrão da Cultura de Portugal (<https://www.hofstede-insights.com/country-comparison/portugal/>) acesso a 15-05-2018.

Albino Lopes (2010) faz uma resenha desta análise da cultura de Portugal de acordo com Hofstede, descrevendo como pontos fortes a apetência para o imprevisto e a criatividade individual, em condições contextuais de forte ambiguidade, o que corresponde à cultura de dominância da feminilidade e de uma aprendizagem profissional relativamente rápida, específica da cultura profissional; mas de preferência essa vivência cultural emerge em grupo e envolve um acentuado sentido de pequeno grupo de entreajuda (em sintonia com um coletivismo elevado, e permitindo fazer equipa com alguma facilidade). Enfrentar uma hierarquia impositiva implica, porém, um forte desgaste emotivo, “pelo que o desenrascanço se opera em situação de autogestão clandestina (diz-se uma coisa e faz-se outra, porventura melhor)” (Lopes, 2010). Mas emergem, igualmente, pontos fracos

como a baixa capacidade para a planificação e a elaboração amadurecida de processos eficientes (baixo sentido de organização), associados a um sentido grupal mas que poucas vezes se reflete em sentido verdadeiramente de equipa (Lopes, 2010). Para empreender uma mudança organizacional em Portugal, seja de que dimensão for, é determinante compreender a nossa cultura. Porque esses valores culturais básicos vão influenciar a direção da mudança e os obstáculos que se irão ter de contornar. O impacto da cultura subjacente de um país e de uma organização nos indivíduos é uma área importante de preocupação. A mudança de cultura, na sua raiz, está intimamente ligada à mudança individual, quer dos colaboradores quer do líder. Compreender estas particularidades é fundamental para orientar a direção possível para a mudança. Os profissionais descontentes ou desmotivados, por questões relacionadas com a cultura organizacional, podem elevar os custos das organizações de forma vertiginosa. Nos serviços de saúde esse fenómeno tem vindo a ocorrer com frequência crescente, associado ao aparecimento de síndrome de *burnout*, à erosão da lealdade dos profissionais aos serviços onde trabalham, o que comporta custos elevados, anualmente. A menos que os gestores estejam dispostos a se comprometer com mudanças pessoais, a cultura da organização permanecerá recalcitrante (Quinn et al, 2011). Ou seja, a mudança da cultura organizacional implica uma tomada de consciência ativa por parte de quem lidera a organização, para perceber qual a visão do futuro e delinear o caminho a percorrer, para alinhar todos os indivíduos nessa direção.

A pesquisa de Quinn confirmou, assim, que existe uma necessidade de congruência entre a cultura e as competências de liderança. Quando as forças de liderança de um indivíduo são congruentes com a cultura organizacional dominante, esses líderes tendem a ter mais sucesso, assim como as unidades que administram. A congruência prevê o sucesso. Além do papel dos líderes, as capacidades e competências dos outros envolvidos no processo de mudança cultural também têm uma importante relação com a eficácia pessoal e organizacional.

Vários autores e investigadores em Gestão têm associado as qualidades de “liderança” com as culturas presentes nos dois primeiros quadrantes e “gestão” com as culturas nos dois quadrantes inferiores. Tornou-se bastante popular, por exemplo, para escritores e comentadores advogarem a superioridade do líder sobre o gestor; isto é, enfatizam o trabalho em equipa, a inovação e a mudança (clã e adhocracia) em vez de manter a estabilidade, a produtividade e o *status quo* (hierarquia e mercado). Quinn e Cameron não concordam com esta perspetiva (Quinn et al, 2011). De acordo com estes autores é preciso

liderança e gestão para fortalecer, manter, mudar ou criar uma cultura em qualquer um dos quadrantes. Líderes que não são gestores estão fadados ao fracasso, assim como gestores que não são líderes. A mudança sem estabilidade é o caos; a inovação sem produtividade é um “castelo nas nuvens”. A distinção, portanto, não é muito útil porque a liderança e a administração são necessárias para a eficácia organizacional. Todos os quatro tipos de cultura (e as competências de gestão que os acompanham) são valiosos e necessários. Nenhum é melhor ou pior que os outros.

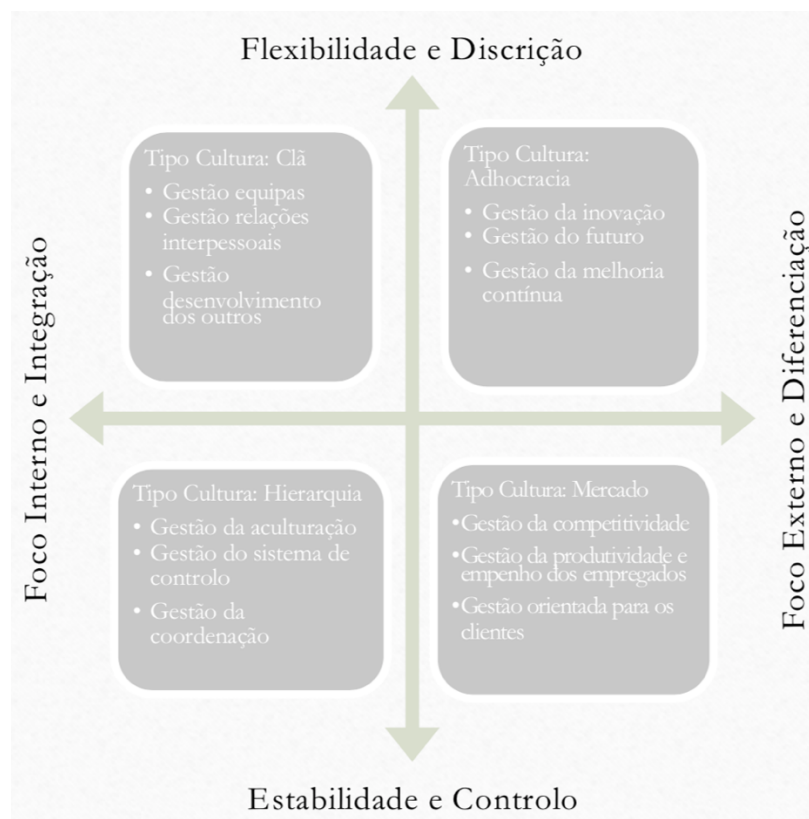


Figura 7 - Competências críticas de Liderança, Quinn et al. 2011

Quando existe uma concordância entre a gestão e a cultura podem existir traços mais determinantes de uma ou de outra cultura, que fortalecem a cultura existente e que podem servir de entrave para a mudança desejada. Assim, ainda de acordo com Quinn e colaboradores, as principais competências necessárias para a gestão de Cultura Hierarquia são a promoção da tomada de decisões racionais e orientadas por análise de dados e de problemas, a clareza da informação, a fiabilidade dos processos, a precisão nos detalhes do trabalho, a garantia da consistência da qualidade, do serviço e dos custos, por meio da monitorização consistente dos processos e resultados. Um bom líder da Cultura Mercado lidera a competitividade e garante o sucesso em relação aos concorrentes, através do

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

relacionamento com os clientes e pressionando para um desempenho mais rápido e resolvendo problemas rapidamente, insistindo no trabalho duro e pressionando para um desempenho que garantam uma excelente execução. O perfil de liderança da cultura Clã é caracterizado por um facilitador do trabalho de equipa, mantendo a equipa coesa e de elevada performance, ao mesmo tempo que lidera as relações interpessoais, promovendo confiança e abertura, empenhado no desenvolvimento do capital humano, envolve as pessoas e promove a cooperação, demonstra empatia e sensibilidade. Por fim, as principais facetas de um líder integrado na cultura Adhocracia será a sua capacidade de liderar a inovação e o empreendedorismo, assim como de ajudar as pessoas a visualizar o futuro e a desenvolver uma estratégia clara para alcançar a visão, através de melhorias e mudanças, de criatividade, de flexibilidade e adaptabilidade a mudanças e oportunidades.

Em conclusão, a liderança e a cultura organizacional interrelacionam-se e determinam em grande parte o que será o futuro da organização. O pensamento de um líder deve ser orientado para a estratégia da organização, de acordo com a sua visão, a missão e os valores defendidos. Os líderes podem ter um plano mestre ou uma lógica subjacente às decisões estratégicas, mas, devido à complexidade dos ambientes externos e internos, o melhor que conseguem realizar são uns ajustes incrementais ou uma evolução “passo-a-passo”. Porque as decisões estratégicas são sujeitas a uma variedade de forças, dentro e fora da organização. Às vezes aprendemos fazendo. No entanto, sem um plano (um mapa) é difícil começar a jornada, é difícil criar qualquer tipo de impulso para a organização e é difícil ter uma tomada de decisão consistente. Assim, um líder estratégico deve começar com um plano, o mais racional possível, que possa ser desenvolvido, e ao longo do tempo tentam manter o seu pensamento estratégico, o seu plano de ação para seguir a sua visão (Swayne, Duncan, & Ginter, 2005).

Mas para além da cultura organizacional e do perfil do líder, também se torna pertinente compreender como as organizações se estruturam, como são constituídas, e como os seus diferentes elementos se coordenam entre si.

Estrutura das Organizações

As organizações de saúde, à semelhança de outros tipos de organizações empresariais e não empresariais, não são todas iguais na sua estrutura. Essa variabilidade depende da sua constituição e da dinâmica entre cada uma das partes que a compõe. De acordo com Henry Mintzberg (1985) a estrutura e configuração básica de uma organização pode ser dividida em 5 componentes principais:

1. A Cúpula Estratégica – que no caso de uma organização de saúde será representada pelo Conselho de Administração;
2. A Linha Hierárquica – constituída pelos níveis de gestão intermédia, diretores de serviço e de departamentos;
3. O Centro Operacional – onde se encontra a força de trabalho propriamente dita, quem está na linha da frente da produção, no caso hospitalar serão os profissionais de saúde, médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica, assistentes operacionais;
4. A Tecnoestrutura – onde estão os serviços técnicos e de controlo que fornecem o centro operacional dos equipamentos, tecnologia e avaliação de processos e de produção, permitindo que o centro operacional funcione de forma eficaz, através da planificação, padronização e estandardização dos processos de trabalho. Nos serviços de saúde são representados pelos serviços técnicos de Instalações e equipamentos, Serviço de contabilidade, Serviço Recursos Humanos, Controlo de gestão;
5. O Apoio Logístico – trata-se do componente que está presente nas organizações para prestar apoio a toda a estrutura e colaborar de forma indireta com o Centro Operacional, como o Serviço Social, Gabinete de Comunicação e Marketing, Serviço Jurídico.

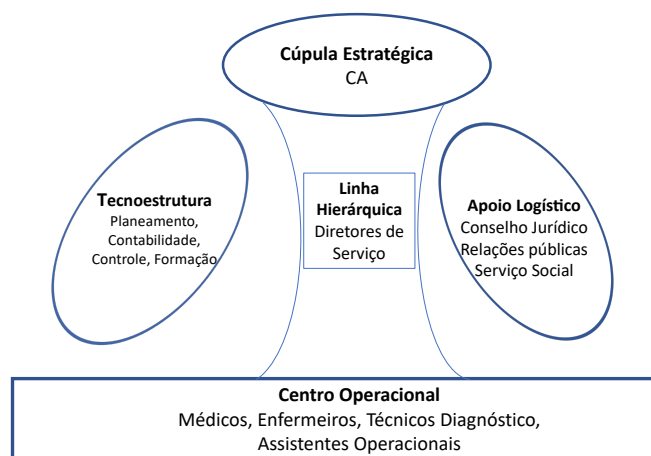


Figura 8 - Adaptado de Henry Mintzberg - The structuring of Organizations.

A estrutura de uma organização pode ser definida simplesmente como a soma total dos meios usados para dividir o trabalho entre tarefas separadas e depois assegurar a necessária coordenação entre essas tarefas. A dinâmica e contingência de coordenação entre esses diferentes componentes é que vão determinar a estrutura organizacional e o seu desempenho.

Henry Mintzberg descreveu 5 mecanismos de coordenação fundamentais que se desenvolvem entre as diferentes partes da estrutura organizacional: o ajustamento mútuo, a supervisão direta, a standardização dos processos, a standardização dos resultados e a standardização das qualificações.

O ajustamento mútuo é o mecanismo de coordenação mais simples, depende da comunicação informal entre os elementos da organização para coordenarem o seu trabalho, estando presente nas organizações de saúde de forma constante. Sempre que um colega pede ajuda a outro colega, ou por exemplo, um médico pede uma opinião a outro médico. E é por esse motivo também que o ajustamento mútuo é o mecanismo de coordenação presente quando a situação se revela mais complexa ou inesperada. A comunicação entre os elementos da organização é a única forma que resulta quando as circunstâncias se tornam extremamente difíceis. Este mecanismo de coordenação é o prevalecente entre os elementos que pertencem ao Centro Operacional.

A supervisão direta é o segundo mecanismo de coordenação, presente quando uma organização já tem uma dimensão maior, onde se torna necessário que um individuo tome

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

a responsabilidade de coordenar o trabalho dos outros, dando-lhes instruções e monitorizando as suas ações. Geralmente nos serviços de saúde este tipo de coordenação existe em diferentes contextos. Pode estar presente nas atividades mais básicas, como nos encarregados de supervisionar os empregados de limpeza e da manutenção, mas pode ser necessário em alguns momentos na supervisão da equipa de urgência, por exemplo, e na coordenação das tarefas dos diferentes profissionais numa situação onde é necessário alguém assumir uma “posição de comando”.

O trabalho também pode ser coordenado sem o ajustamento mútuo e sem a supervisão direta. Pode ser standardizado ou padronizado. A coordenação é feita antes de se iniciar o trabalho, é incorporada no sistema. Os processos de trabalho, os resultados do trabalho (*outputs*) e também as aptidões e conhecimentos (*inputs*) das pessoas que executam o trabalho podem ser todos predeterminados e obedecer a *standards* ou padrões conhecidos e exigíveis para aquele trabalho. Por exemplo, os cirurgiões num bloco operatório, dentro de condições de rotina, sabem exatamente qual é o papel de cada um e prosseguem de acordo com o que é esperado. A standardização dos processos é a padronização de como o trabalho deve ser realizado, de forma a cumprir com as especificações técnicas para atingir os resultados predeterminados e esperados, mantendo a fiabilidade e reprodutibilidade desses resultados. A standardização dos resultados é necessária quando existe especificação da performance esperada ou da meta a atingir, assim como quando se determina previamente que o resultado deve ser um determinado valor, por exemplo numa empresa espera-se um determinado crescimento do lucro trimestralmente ou num hospital um determinado número de cirurgias realizadas anualmente. A standardização das qualificações ou das aptidões existe quando num processo de trabalho, para ser bem realizado, exige que o trabalhador tenha uma formação específica. Muitas vezes essa formação é adquirida antes de integrar o trabalho. Com a standardização das qualificações alcança-se indiretamente aquilo que a standardização dos processos e dos resultados faz diretamente, ou seja, a coordenação e controlo do trabalho. Quando um anestesiológista e um cirurgião encontram-se numa cirurgia, não precisam de standardização dos processos nem dos resultados para coordenarem o seu trabalho. Eles sabem exatamente com o que contar de cada um, de acordo com as suas qualificações e o seu treino.

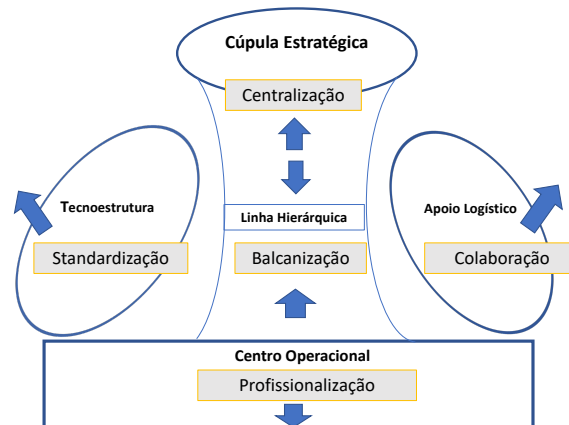


Figura 9 - As cinco forças atuantes nas organizações, segundo Mintzberg.

A ligação dos componentes principais das organizações deve ser considerada dinamicamente, como um conjunto de forças, por vezes contraditórias, que são exercidas na organização (ver Fig. 9):

- A Cúpula Estratégica tende a reforçar a centralização e a coordenar por meio de supervisão direta;
- A Tecnoestrutura quer coordenar pela padronização dos processos de trabalho e puxar a organização para uma burocracia mecanicista;
- Os membros do Centro Operacional especializam-se, querem coordenar a organização pela padronização das qualificações para desenvolver a sua autonomia, estruturá-la como uma burocracia profissional;
- Os níveis intermediários (Linha Hierárquica) querem manter o seu poder e manter a distância aos seus subordinados (balcanização) e a autonomia na gestão das suas unidades, forçando a organização a se aproximar de uma estrutura divisionalizada;
- As funções de apoio logístico devem colaborar com os membros de todos os outros elementos (colaboração lateral), puxando a estrutura para uma adhocracia.

Os hospitais são uma estrutura do tipo Burocracia Profissional, onde os mecanismos de coordenação principais são a standardização das qualificações e o ajustamento mútuo. O principal componente nesta estrutura organizacional é o Centro Operacional. Nele se encontram os profissionais que pelas suas qualificações e formação executam as tarefas principais para atingir os resultados pretendidos – tratar dos doentes. Essa standardização

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

das qualificações foi adquirida pela formação especializada, para realizar um trabalho complexo e regulamentado pelas associações profissionais. A Cúpula Estratégica está lá para ajudar o Centro Operacional a realizar a sua tarefa, os administradores têm a função de facilitar o trabalho do Centro Operacional, o que gera uma certa ambiguidade das funções do topo estratégico, um tipo de pirâmide invertida, porque a sua ação fica circunscrita à função logística e administrativa. Há uma interrupção da Linha Hierárquica, uma vez que a essência do conhecimento do tipo de trabalho num hospital vem da formação e qualificação profissional do Centro Operacional. A Tecnoestrutura assume um papel residual, pouco interfere no Centro Operacional, as normas vigentes são estabelecidas pelas associações e ordens profissionais, enquanto que os Serviços de Apoio e Logística têm um papel importante na colaboração com o Centro Operacional. No entanto, nas organizações de saúde, essa diferenciação e integração do Centro Operacional é uma hierarquia corporativa, mas descentralizada, o hospital não é entendido como uma organização a que se pertence, da qual se é parte integrante, mas antes um local onde se exerce. Ou seja, os profissionais de saúde têm uma autonomia relativa e uma independência entre si, que lhes permite gozarem de pouco controlo externo, apesar de serem quem está mais próximo dos doentes (clientes). A missão pode parecer como um objetivo, como uma exigência de excelência e qualidade profissional, mas essa meta nem sempre é formulada com precisão. É difícil avaliar os resultados, uma vez que não se podem medir apenas em número (*outputs*) mas também em função (*outcomes*).

Conhecer a estrutura organizacional de um serviço de saúde e perceber como atuam as forças que se exercem entre os diferentes componentes, permite preparar melhor o percurso a percorrer para a mudança ser mais efetiva e duradoura.

Análise Organizacional pelo *Stream Analysis*

Assim, optámos por utilizar ainda um outro método que permite gerir a mudança organizacional e que foi desenvolvido por Jerry Porras (1987) e designado por *Stream Analysis*. É um processo de diagnóstico do funcionamento organizacional, de planeamento de mudanças específicas de algumas atividades, implementando alterações no carácter e funcionamento de um sistema, acompanhando de perto depois o rasto das ações implementadas. Baseia-se na ideia de que a mudança organizacional pode e deve

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

ser planeada e gerida. O *Stream Analysis* tem as suas raízes nas teorias de sistemas. Assume que as organizações são sistemas abertos e representa graficamente o conjunto complexo de relações que existem numa situação problemática organizacional, encadeadas de forma causal (Porras, 1987).

O *Stream Analysis* pode ser definido como um processo de análise que possibilita o diagnóstico do problema, o qual interfere com o funcionamento de uma organização.

Tem como objetivo fulcral “ultrapassar esta situação levando à mudança planeada na organização”, a qual “assenta na ideia de que o desempenho organizacional resulta da interação complexa entre diversas componentes das organizações”. (Ruivo, Nunes, & Ferrito, 2010)

O trabalho da organização é categorizado por Porras (1987) em quatro partes:

1. Aspetos Formais- Compreende todos os aspetos que prescrevem a forma como o sistema deverá funcionar, tudo o que é decretado, regras e normas: incluindo os seus objetivos, as suas estratégias, a estrutura formal, os procedimentos, o sistema administrativo e o sistema de recompensas.
2. Fatores Sociais - todos os aspetos relacionados com o lado humano e informal das organizações, incluindo a cultura da organização, os processos de interação, a estrutura informal e os atributos individuais (as crenças, as atitudes, os sentimentos em relação ao trabalho e as aptidões comportamentais).
3. Tecnologia - todos os aspetos relacionados com a transformação dos *inputs* organizacionais em *outputs* e inclui o equipamento, a maquinaria e as ferramentas usados no processo produtivo, a organização das tarefas em funções, o desenho dos postos de trabalho, a organização do fluxo de trabalho entre as diversas funções, os procedimentos técnicos, os conhecimentos técnicos dos membros da organização e os sistemas de controlo técnico.
4. Configuração física - Compreende todas as estruturas e objetos da parte não-técnica e não-social do meio de trabalho; inclui o *layout* ou configuração espacial, o ambiente físico, a decoração dos interiores e a conceção arquitetónica.

Uma identificação minuciosa dos problemas da organização e barreiras à eficácia é realizada através de sessões de *Focus group* e *brainstorming*, entrevistas, questionários e outros métodos. Esta é a Fase de Diagnóstico. Cada problema é categorizado num fluxo (*stream*). Da análise desses fluxos (*Stream Analysis*) as interconexões entre os problemas são anotadas. Os problemas que têm muitas interconexões são identificados como um

problema central. Esses problemas podem ser divididos em dois tipos principais: os sintomas, que são aqueles para onde as setas/fluxos convergem; e os *core problems*, que são aqueles de onde partem mais setas/fluxos, ou seja, a causa fulcral do problema, de onde ele parte. Os planos de ação são desenvolvidos para corrigir os principais problemas, estabelecendo metas e datas de execução do plano, de acordo com a análise realizada, é a Fase de Planeamento da mudança. Os planos de ação mudam a configuração do trabalho, o que leva à melhoria organizacional. Para se atingir os objetivos desejados e planeados, passa-se para a Fase de Acompanhamento, que irá avaliando a evolução da mudança, de forma controlada.

Um modelo teórico com base no *Stream Analysis* foi desenvolvido por Robertson, Roberts e Porras (Robertson, Roberts, & Porras, 1993) a partir de uma perspetiva de mudança, em que a sua suposição é que as organizações são contextos dentro dos quais os indivíduos se comportam. As intervenções podem ser vistas como a atividade através da qual mudanças no esquema de trabalho são implementadas nos elementos de uma organização. O comportamento dos intervenientes é determinante para o esquema de trabalho funcionar. A mudança de comportamento deve ser o foco principal da atividade de intervenção, uma vez que é necessário para que os resultados organizacionais melhorem. Os quatro subsistemas organizacionais são altamente interdependentes. Uma intervenção em qualquer categoria pode causar alterações nos recursos de configuração de trabalho em qualquer uma das quatro categorias. Toda a atividade efetiva de intervenção deve gerar mudanças na forma como os indivíduos-alvo realmente se comportam no trabalho (ver Fig. 10). O desempenho organizacional consiste numa ampla variedade de resultados económicos e de produtividade, associados aos resultados do desenvolvimento individual, taxas de rotatividade, absentéismo e queixas. Especialmente a longo prazo, a qualidade do comportamento do trabalho dos indivíduos influencia fortemente o nível de desenvolvimento que eles experimentam através do seu trabalho (Robertson et al., 1993).

Os resultados da organização são a conjunção entre a performance organizacional e o desenvolvimento individual de quem lá está.

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

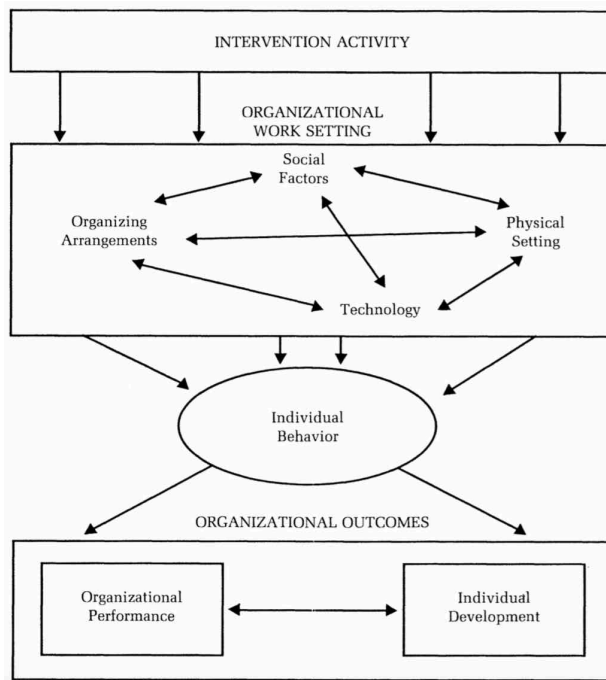


Figura 10- Um Modelo Teórico da Dinâmica da Mudança Organizacional Planeada (Robertson et al., 1993)

De acordo com Bernstein (1987), no seu artigo de revisão sobre este método, ele refere que o *Stream Analysis* defende ideias típicas de pesquisa-ação, por exemplo, solicitando informações de membros da organização afetados por problemas ou mudanças, e formando uma equipa de gestores influentes para analisar as informações e sugerir ações corretivas. Uma ação concertada e focalizada depende de algum acordo subjacente sobre a natureza dos problemas e suas causas. Uma vez que as crenças sobre problemas e questões são categorizadas pelo grupo de gestão de mudanças, as suposições sobre como elas estão relacionadas entre si precisam ser esclarecidas. É provável que os membros da organização desenvolvam uma visão compartilhada dos problemas e das suas causas e um compromisso compartilhado com os planos de correção de problemas. O sucesso das intervenções de mudança muitas vezes depende da habilidade das pessoas em alcançar algum consenso sobre os problemas complexos (Bernstein, 1987). Por isso, torna-se importante envolver as pessoas no processo de mudança e fazê-las acreditar e compreender a importância desse processo.

E, por esse motivo, para além da cultura organizacional, do papel da liderança na gestão da mudança e da compreensão da estrutura organizacional, assim como da análise dos principais problemas da organização, é necessário avaliar como a equipa se coordena e

como os seus elementos se interrelacionam. Porque a organização é, na realidade, o resultado das pessoas que a constituem.

“A configuração que uma organização toma é o que as pessoas acreditam que a organização é, e o que as pessoas acreditam que a organização é, constitui a base para o que as pessoas fazem, e o que as pessoas fazem nas organizações é, com efeito, o design da organização.” Karl Weick

Coordenação Relacional

Ao longo dos anos têm sido descritas duas abordagens distintas para o *design* do trabalho:

- 1 - A abordagem técnica (mecanicista), que surgiu com os trabalhos de Adam Smith em 1776 e posteriormente Taylor em 1911, que argumenta que a especialização e a simplificação do trabalho ajudam as organizações a atingirem a sua máxima eficiência;
- 2 - A abordagem psicológica (motivacional), defendida por autores mais recentes como Likert e McGregor na década de 1960, ou Hackman e Oldham na década de 1980, que argumentam que os trabalhos são mais intrinsecamente motivantes, gratificantes e conducentes a atingir os resultados pretendidos na medida em que propiciam autonomia, significado e *feedback*.

O desempenho dos profissionais é frequentemente descrito como uma função conjunta de habilidade e motivação, e é essencial motivar esses profissionais a realizarem o melhor da sua capacidade. As teorias motivacionais clássicas evoluíram para estruturas gerais que descrevem o comportamento das pessoas (Ambrose & Kulik, 1999). Esse campo está cada vez mais organizado em torno do comportamento dos profissionais (por exemplo, criatividade, cidadania organizacional) e dos contextos (trabalho de equipa, contextos internacionais). A motivação no trabalho cada vez depende mais da interdependência de tarefas e do valor elevado atribuído a cada uma delas isoladamente (Ambrose & Kulik, 1999). Da mesma forma, é esperado que os processos de trabalho bem coordenados obtenham resultados de maior qualidade e de uma forma mais eficiente, com maior satisfação no trabalho para todos os envolvidos. Por esse motivo, ao longo dos anos têm sido desenvolvidos vários estudos sobre o design organizacional e o seu impacto sobre a performance das organizações e a motivação dos profissionais, tendo alguns desses estudos sido determinantes, como por exemplo autores internacionais como James G

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

March e Herbert A. Simon (1958), assim como Jay R. Galbraith (1973). No caso da estrutura organizacional, o design significa colocar em ação os fatores que influenciam a divisão do trabalho e os mecanismos de coordenação, afetando, assim, como a organização funciona - como os materiais, a autoridade, a informação e os processos de decisão fluem através dela.

Jody Gittel (2002) propôs e estudou um novo conceito de organização do trabalho, a Coordenação Relacional (CR), que reflete o papel desempenhado pela comunicação para a resolução de problemas no processo de coordenação, e o quanto essa comunicação é importante se for mais frequente, atempada e precisa. Mas também a CR capta o papel desempenhado pelas relações interpessoais e que é frequentemente negligenciado (Hoffer Gittel, 2002), nomeadamente pela partilha do conhecimento, dos objetivos e pelo respeito mútuo entre os profissionais..

Ao influenciar a natureza, a frequência e a qualidade das interações entre os trabalhadores, o projeto de trabalho (*job design*) pode, portanto, ter implicações para a coordenação. Gittel descreveu assim 3 níveis de especialização do trabalho: 1) Especialização funcional: representada pelas diferentes classes profissionais, que num hospital será médico, enfermeiro, técnico, entre outros; 2) Especialização por nível ou estadio: que no caso das organizações de saúde serão os diferentes níveis de cuidados, urgência, cuidados saúde primários, cuidados continuados, etc; 3) Especialização por local ou posto: neste caso seja um hospital, público ou privado, ou uma clínica (Gittel, Jody Hoffer; Weinberg, D.B.; Bennett, A.L. and Miller, 2008).

Tomando por base os três níveis de especialização do trabalho, os autores desenvolveram hipóteses que avaliaram o impacto desses três diferentes níveis de especialização na coordenação relacional e na performance. O estudo teve como base a comparação de dois tipos de equipas médicas, uma de médicos que estavam presentes no hospital de forma intermitente, deslocando-se para tratar os seus doentes e que tinham atividade externa noutras clínicas, outras constituídas por equipas que tinham o hospital como local fixo de trabalho. O estudo concluiu que a especialização por estadio e por local, permitiu uma maior frequência e duração dos contactos, melhorando as relações interpessoais, através da partilha de valores, de conhecimentos e de respeito mútuo. Quer a eficiência da performance (com base na avaliação do tempo médio de internamento e nos custos totais) quer a qualidade (com base na avaliação da mortalidade, readmissão nos primeiros 7 dias e nos primeiros 31 dias) foram superiores nas equipas fixas. A especialização, baseada no local de trabalho, ajudou a colmatar a fragmentação que advém da especialização

funcional. Os autores concluíram que um meio poderoso de manter os benefícios da especialização funcional, contrariando os seus efeitos negativos, é a especialização por estadio e local (Gittel, Jody Hoffer; Weinberg, D.B.; Bennett, A.L. and Miller, 2008). Dessa forma, o trabalho realiza-se com melhor desempenho entre os diferentes intervenientes, por se conhecerem melhor entre si e entre as suas funções.

A CR é assim um mecanismo de coordenação do trabalho, complementar dos mecanismos mais clássicos, assente em bases informais, que se traduzem em: a) comunicação frequente, b) atempada, c) orientada para a resolução eficaz de problemas, d) ajuda mútua, e) valores partilhados, f) conhecimento partilhado e g) respeito mútuo. Especialmente apropriado em contextos de elevada interdependência e incerteza (Gittel, 2009), porque permite ajustes rápidos e precisos entre as pessoas no seu posto de trabalho. Nos serviços de saúde, a incerteza de entrada existe devido às diferenças entre os próprios doentes, às variações inesperadas do estado de saúde ou da resposta aos tratamentos, e é esperado que a eficácia de alguns mecanismos de coordenação aumente perante a incerteza, enquanto que diminui a eficácia de outros (Argote, 1982). Nesse sentido, Gittel descreve a existência de três mecanismos de coordenação clássicos aos quais acresce a CR (Hoffer Gittel, 2002). Esses mecanismos são: a) Os facilitadores de fronteira (*Boundary spanners* ou *cross-functional liaisons*) que nos serviços de saúde seriam representados pelo gestor de doente ou pelo enfermeiro de caso (*primary nurse*), que têm a função de seguimento e acompanhamento do doente durante o seu percurso no hospital; b) As reuniões de equipa, nos cuidados de saúde representadas pela passagem de turno ou visitas clínicas; c) As rotinas, como os protocolos clínicos, onde se encontram especificadas as tarefas e a sequência das ações a tomar. Os facilitadores de fronteira e as reuniões de grupo têm alta largura de banda, ou seja, de processamento de informação, esperando-se que funcionem por facilitar a interação entre os participantes num processo de trabalho. Seria de esperar, de acordo com as teorias anteriores, que os facilitadores de fronteira e as reuniões de grupo seriam tanto mais eficazes quanto o nível de incerteza aumenta, enquanto que as rotinas de trabalho, como têm baixa largura de banda, é esperado que diminuam de eficácia em condições de incerteza. Mas afinal verificou-se que, contrariamente ao esperado, todos os três mecanismos de coordenação (rotinas, facilitadores de fronteira e reuniões de grupo) melhoraram a eficácia do trabalho, o que é consistente com a teoria do *design* organizacional e da coordenação relacional.

A CR reflete o papel desempenhado pela comunicação para resolução de problemas no

processo de coordenação, e o quanto essa comunicação é importante se for mais frequente, atempada e precisa, captando o papel desempenhado pelas relações interpessoais. Contrariamente às expectativas, as rotinas também estão associadas a elevados níveis de coordenação relacional entre os participantes. Os resultados encontrados neste estudo demonstraram que as rotinas, assim como os facilitadores de fronteira e as reuniões de grupo, funcionam como fortalecedores da CR entre os participantes. As rotinas, na forma de mapas de processos, que fornecem informação comum a todos os participantes num processo de trabalho devem ser aceites como ferramentas para gerir a incerteza, devido á sua aparente capacidade para estimular as interações entre os participantes nesse processo de trabalho (Hoffer Gittell, 2002).

A teoria CR pode ajudar por (1) fornecer uma ferramenta de avaliação para medir a coordenação relacional basal e a nova dinâmica de coordenação relacional que resulta de novas formas de educar os prestadores de cuidados e de outras intervenções; (2) fornecer uma maneira de avaliar o impacto da CR em resultados críticos de desempenho, como qualidade, eficiência e bem-estar dos trabalhadores e (3) informar a transformação dos sistemas de saúde para reforçar e apoiar os novos padrões de CR em vez de colocar os prestadores de cuidados de volta para os seus silos antigos, desperdiçando investimentos educacionais que foram feitos (Gittell, Godfrey, & Thistlethwaite, 2013).

A aprendizagem organizacional positiva (POS) é uma abordagem para o estudo das organizações, enfatizando características dos indivíduos como a importância da subjetividade, a intersubjetividade e o significado do trabalho (Cameron, Dutton, & Quinn, 2003). A POS preocupa-se principalmente com o estudo de resultados, processos e atributos especialmente positivos das organizações e dos seus membros. A POS distingue-se de estudos organizacionais tradicionais na medida em que procura compreender o que representa e se aproxima do melhor da condição humana (Cameron, Dutton, & Quinn, 2003). A teoria da CR contribui para a POS ao elaborar uma teoria da coordenação que torna visível o processo relacional subjacente ao processo técnico, argumentando que a coordenação engloba não só a gestão da interdependência entre tarefas (Malone & Crowston, 1994), mas também a gestão de interdependência entre as pessoas que realizam essas tarefas (Gittel, J.H., 2011). Dessa forma, a CR aumenta a satisfação no trabalho, porque melhora a organização do capital humano no trabalho e torna mais fácil o acesso aos recursos necessários para alguém finalizar o seu trabalho,

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

através da articulação entre tarefas com os outros. Mas também a CR cria relações de elevada qualidade entre as pessoas, sendo esse reconhecimento e valor dado pelos outros que estimula e aumenta as relações positivas no trabalho, através da partilha de objetivos, de conhecimento e respeito mútuo, elevando para níveis superiores a satisfação no trabalho.

Em conclusão, a CR atua no processo de trabalho não só do ponto de vista técnico ou instrumental, por melhorar a coordenação, mas principalmente nas relações entre os profissionais envolvidos nesse trabalho. Aumenta a satisfação no trabalho, aumenta a eficácia profissional, reduz o *burnout*, reduz o esgotamento emocional e aumenta a resiliência sob pressão. Todas estes fatores são cruciais numa UCI e podem fazer melhorar muito o trabalho na UCI e os cuidados dos doentes.

Efeitos do *Burnout* nas Organizações de saúde

A Síndrome de *Burnout* (SBO) é uma constelação de sintomas e sinais relacionados com o trabalho que geralmente ocorre em indivíduos sem história anterior de distúrbios psicológicos ou psiquiátricos. Caracteriza-se pela exaustão emocional, associada à despersonalização e à diminuição da realização profissional, no contexto do local de trabalho, resultado de uma desproporção entre a carga de trabalho excessiva e a baixa autonomia para o realizar. A SBO envolve a tensão crónica que resulta de uma incongruência, ou desajuste, entre o trabalhador e o seu trabalho.

A SBO foi descrita pela primeira vez pelo psicanalista Freudenberger em 1974, mas foi Christina Maslach quem estudou mais aprofundadamente o *burnout* e o descreveu como um fenómeno multidimensional. Corresponde a uma exaustão emocional, por esgotamento dos recursos emocionais, morais e psicológicos, associada à despersonalização e à reduzida realização profissional. A SBO é específica para o contexto de trabalho, em contraste com a depressão, que tende a permear todos os domínios da vida de uma pessoa (Maslach, 2003).

O primeiro componente da SBO, a exaustão emocional, descreve os estados emocionais e afetivos do indivíduo, caracterizados por recursos emocionais esgotados e falta de energia. Os profissionais sentem-se incapazes de dar mais de si próprios, a um nível psicológico, sentem-se para além do limite (*overextended*). O segundo componente, a despersonalização, é caracterizado por atitudes e sentimentos negativos e cínicos sobre o

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

seu objeto de trabalho, que no caso dos serviços de saúde será sobre os doentes. Há uma resposta negativa e excessivamente desligada do seu trabalho (*detached*), que conduz a uma perda de idealismo e da missão do trabalho. O componente final da SBO, diminuição da realização profissional, refere-se à tendência de se auto-avaliar negativamente. Os profissionais sentem uma grande insatisfação com as suas realizações no trabalho, uma diminuição franca do seu envolvimento pessoal, juntamente com uma perceção aumentada do progresso relacionado com o trabalho ser mínimo (Wright & Bonett, 1997). A despersonalização nos profissionais de saúde reflete-se na desumanização dos cuidados e na falta de zelo com os doentes, sendo que a diminuição da realização profissional exprime uma diminuição dos sentimentos de competência e de desempenho, aumentando a frustração e a insatisfação no trabalho, reduzindo a produtividade (ver Fig. 11).

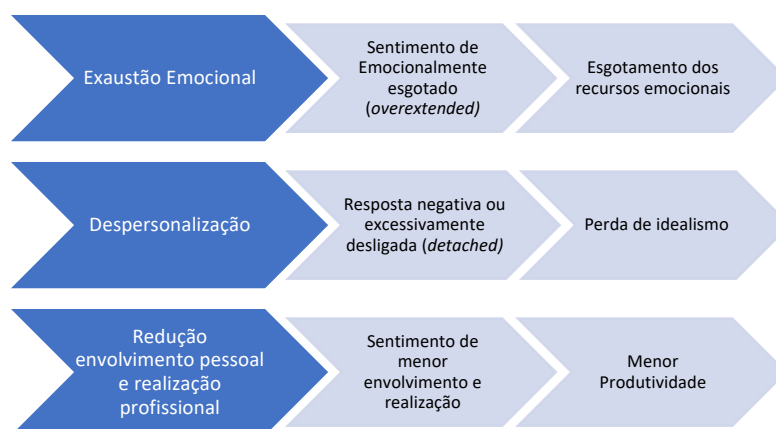


Figura 11 - Síndrome *Burnout* (adaptado pela autora de Maslach).

A SBO é referida por vários autores como uma causa de gastos excessivos e evitáveis para todas as empresas, mas em especial para os Serviços de Saúde. Num estudo em larga escala realizado nos EUA e divulgado em abril de 2018, o *National Taskforce for Humanity in Healthcare*, revelou que a SBO nos médicos está a causar enormes prejuízos financeiros nos hospitais e nos sistemas de saúde - o equivalente a cerca de 1,7 bilião de dólares americanos por ano entre os médicos empregados nos hospitais. Quando se considera a rotatividade relacionada com a SBO entre todos os médicos dos EUA, os custos podem chegar a 17 biliões de dólares americanos, segundo um documento divulgado pelo grupo, formado por médicos, enfermeiros e outros grupos de saúde. O desgaste dos enfermeiros agrava o problema, exaurindo anualmente 9 biliões de dólares dos hospitais e 14 biliões de dólares do setor de saúde em geral (healthcarediver.com/, acesso a 22-05-2018).

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

Todos os profissionais de saúde enfrentam numerosos stressores no seu trabalho diário e estão continuamente expostos a ambientes adversos. Especificamente, os profissionais da UCI são expostos a stressores ocupacionais sérios, como a falta de tempo, a redução do apoio social no trabalho, cargas de trabalho excessivas, sofrimento moral e espiritual relacionado com questões éticas, incerteza quanto ao resultado do tratamento do doente e alto risco de desenvolver respostas emocionais negativas devido à exposição a pacientes que sofrem e que morrem (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017).

Infelizmente, os profissionais da UCI têm uma das mais altas taxas de SBO (ou seja, > 50%), e o desenvolvimento desse distúrbio vai afetar adversamente a capacidade de cuidar dos doentes (Moss et al., 2016).

Alguns dos fatores específicos de potenciar o aparecimento de SBO na UCI prendem-se com características particulares do trabalho nesse tipo de unidades de saúde. No estudo realizado por um grupo de trabalho português (Teixeira et al., 2013) sobre a SBO na UCI salienta-se o facto de que muitas mortes na UCI são precedidas por uma decisão de suspender ou interromper o suporte de vida, sendo que a tomada de decisões de alta qualidade e os cuidados de final de vida são cruciais. Mas para tomar essa decisão é necessária formação adequada e completa, assim como uma boa comunicação entre o clínico e a família do doente. Esses momentos são sempre de desgaste emocional mesmo para quem já tem experiência em trabalhar numa UCI. A confrontação com o sofrimento do outro vai trazer à superfície o sentimento de fragilidade e de impotência para quem está “treinado” a tratar. A SBO pode atingir tanto os médicos mais jovens como os seniores, assim como os enfermeiros, exigindo por isso medidas preventivas urgentes (Teixeira et al., 2013). Estas medidas podem melhorar os resultados do trabalho na UCI, tanto para os doentes como para as suas famílias, bem como aumentar a taxa de retenção dos médicos que lá trabalham, assim como diminuir o absentismo de todos os profissionais da UCI.

A SBO nos enfermeiros está associada à redução da qualidade nos cuidados ao doente, à menor satisfação do doente, aumento do número de erros médicos, maiores taxas de infeções hospitalares e maiores taxas de mortalidade aos 30 dias (Lusine, 2010).

Em estudos com médicos, houve uma forte relação causa-efeito entre índices de *burnout* e erros médicos. Esses erros parecem ocorrer de maneira bidirecional: os erros levam à angústia, e a angústia leva a erros (Teixeira et al., 2013). Após um erro médico, os

médicos podem sentir um stress significativo relacionado com o seu trabalho, incluindo sentir ansiedade sobre erros futuros, perda de confiança, insónias e redução da satisfação no trabalho, assim como receio de surgirem consequências danosas à sua reputação (Christensen et al., 1992).

Portanto, a implementação de estratégias que reduzam os erros médicos também podem diminuir o sofrimento moral e a SBO nos profissionais de saúde. Da mesma forma que identificar medidas que reduzam a SBO e a rotatividade nos profissionais das UCI provavelmente irá ter efeitos importantes sobre a qualidade dos cuidados e os custos dos cuidados de saúde nesses serviços (Moss et al., 2016). Por outro lado, sabe-se hoje que os conflitos com doentes/familiares ou entre enfermeiros e médicos contribuem para a SBO, enquanto a participação em grupos de pesquisa ou ensaios clínicos nas UCI protegem contra o início da SBO (Teixeira et al., 2013).

Foi nesse sentido que alguns autores perceberam que era importante a compreensão dos fatores que estão por detrás do envolvimento que cada profissional tem com o seu trabalho. Esse envolvimento ou *engagement* determina a relação com o trabalho, a maior motivação no desempenho das suas tarefas, a coordenação e o trabalho em equipa pela interação social mais amigável e justa com os colegas e com os superiores hierárquicos, com conseqüente maior satisfação no local de trabalho. A relação que se desenvolve com o trabalho é uma grande parte da vida das pessoas, sendo certo que muitas passam mais horas no trabalho do que com a família ou amigos. De acordo com Maslach e Leiter (Leiter & Maslach, 2005) o sentido de identidade e auto-estima pode estar completamente envolvido com o que cada pessoa faz com no seu trabalho. Tal como noutras relações, existem sempre duas partes envolvidas, o próprio e o outro. No caso da relação com o trabalho, estão envolvidos o profissional e o trabalho. De acordo com estes autores, quando existe um bom ajuste ou sintonia entre o profissional e o seu trabalho, então existe um bom *engagement*. O trabalhador sente-se mais feliz, energizado, confiante e disposto a um compromisso de produtividade a longo prazo, com boa performance em todos os campos principais do trabalho. Mas, quando o que existe é um desajuste na relação entre o trabalhador e o seu trabalho, seja em que área for, a infelicidade sentida, a exaustão e o cinismo, assim como a vontade de desistir e partir para outro trabalho vão tornar-se cada vez maiores, podendo conduzir ao aparecimento de SBO.

Maslach e Leiter nos seus estudos ao longo dos anos dedicados à SBO, desenvolveram assim um método de intervenção para melhorar os pontos críticos na relação entre o

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

trabalhador e o seu trabalho, de uma forma estratégica e dirigida aos principais desajustes existentes, denominado “*Banishing Burnout - Six Strategies for improving your relationship with work*” (Leiter & Maslach, 2005).

As seis áreas estratégicas da relação entre os profissionais e o seu trabalho, passíveis de intervenção, são:

- 1- Carga de Trabalho – uma incompatibilidade major nesta dimensão significa que a carga de trabalho é excessiva, ou demasiado complexa, ou demasiado urgente ou simplesmente demasiado horrível. Esta sobrecarga leva à exaustão que é a raiz da SBO.
- 2- Controlo – se existirem problemas de autoridade e de influência, o profissional perde o sentido de controlo sobre o seu trabalho e sobre o facto de ter uma palavra a dizer sobre a função que está a desempenhar; os principais problemas identificados nesta área são a microgestão (*micromanagement*), liderança ineficaz e equipa pouco eficiente, promovendo uma falta de autonomia e excluindo os indivíduos das decisões importantes.
- 3- Recompensa – esta área debruça-se sobre a relação com o trabalho e a satisfação pessoal ao sentir-se reconhecido, recompensado financeira ou pessoalmente, pelo gosto ou prazer no desempenho das suas tarefas.
- 4- Comunidade – a relação com o trabalho passa pela relação com as pessoas que dividem e partilham esse trabalho. Essas relações sociais, se desadequadas, podem conduzir a um desgaste psicológico e físico, traçando um caminho até à SBO. Os principais problemas associados a esta área são a divisão da equipa, a fraca comunicação e a alienação, com falta de conexão e de empatia entre as pessoas.
- 5- Justiça – um desequilíbrio nesta dimensão estratégica do trabalho significa que existem problemas de justiça e de equidade, as decisões são tomadas com base em favoritismo e não por meritocracia.
- 6- Valores – a organização tem os seus valores, que regem a sua missão e a sua visão, e que lhe dão significado. Mas com os quais os profissionais podem não se identificar e não se enquadrar, criando uma sensação de não pertença e de despropósito (Leiter & Maslach, 2005).

Numa organização com a dimensão de um hospital público em Portugal e em especial numa UCI, são vários os fatores que podem contribuir para a relação dos profissionais de saúde com o seu trabalho estar mais ou menos desajustada, mas estas seis áreas estratégicas ou dimensões existem em todos os trabalhos e para todos os profissionais, de uma maneira ou de outra. O importante é identificar quais são os pontos onde existem maiores discrepâncias e falhas na relação, estabelecer objetivos concretos de intervenção,

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

executar um plano de ação e mapear o progresso. Tendo em conta a elevada incidência de SBO nas UCI, a determinação objetiva das áreas críticas que afastam os profissionais do seu envolvimento com o trabalho, que os deixam exaustos e *overextended*, que os fazem perder o entusiasmo e a empatia, aumentando a SBO, poderá trazer conhecimento mais esclarecido para adotar medidas de melhoria contínua dessa relação entre os trabalhadores da UCI e o seu trabalho.

Metodologia

Tipo de Estudo

Um estudo correlacional e transversal foi realizado durante os meses de abril e maio de 2018 numa UCI em Portugal. Esta UCI compreende 5 camas e atende principalmente doentes pós-cirúrgicos (em geral, cirurgia geral e de emergência), doentes com problemas respiratórios (por exemplo, pneumonia e doença pulmonar obstrutiva crónica), insuficiência multisistémica, entre outros.

Tratou-se de um estudo composto por duas partes distintas, mas complementares.

Depois de obter a aprovação do Conselho de Administração do Hospital e da Comissão de Ética, foi realizada uma breve reunião com a Enfermeira Chefe e com a Diretora da UCI, a fim de solicitar a sua colaboração para as reuniões de discussão (*focus group*) e para a distribuição dos questionários. Nessa primeira parte do estudo foi criada uma equipa de trabalho para análise qualitativa dos principais problemas e constrangimentos na UCI atualmente. Com os dados recolhidos e após a categorização desses dados, elaborou-se um gráfico de diagnóstico de acordo com o método “*Stream Analysis*”, tal como demonstrado abaixo.

Para além disso, foi realizada uma reunião informativa com todos os profissionais da UCI para fazer uma breve introdução ao estudo e à sua metodologia, nomeadamente com uma explicação sobre os questionários, que foram incluídos num livreto que os participantes foram solicitados a preencher e a devolver dentro de três semanas. Os livretos foram

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

distribuídos pessoalmente a todos os profissionais da UCI pelo Enfermeira Chefe e pela Diretora da UCI. Todos os participantes tiveram que depositá-los numa caixa localizada na sala dos funcionários da UCI. Todos os livros eram compostos por 4 questionários. Cada questionário incluiu breves recomendações para respostas apropriadas. Foram entregues 28 questionários completos compostos por (ver anexos):

- 1- Questionário da Cultura Organizacional: *Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI)*, adaptado de Robert E. Quinn, Cultura atual e Cultura desejada.
- 2- Questionário do Perfil de Liderança de Quinn, Perspetiva dos Outros e Perspetiva Pessoal do líder: adaptado do *Management Skills Assessment Instrument (MSAI)*.
- 3- Questionário da Coordenação Relacional de Jody Gittel.
- 4- Questionário *My Relationship with Work Test (MRWWT)* de Maslach.

A participação no estudo foi voluntária e os questionários foram preenchidos anonimamente durante o horário de trabalho. Todos os participantes estavam seguros de que não eram obrigados a preencher os questionários e podiam desistir a qualquer momento.

Caracterização da Amostra

A UCI tem atualmente 21 enfermeiros e 7 médicos que fazem parte da equipa fixa. O que perfaz que a população estudada é no total constituída por 28 pessoas. Desses 21 enfermeiros, 15 são mulheres e 6 são homens, sendo a média de idade de 35 anos. Os médicos são 4 mulheres e 3 homens, com uma média de idade de 45 anos. Existe uma diferença no tempo de trabalho na UCI entre os médicos, porque existem dois elementos que já trabalham na UCI há cerca de 20 anos e outros dois médicos que estão lá apenas há cerca de 1 ano. Os questionários foram disponibilizados em papel, distribuídos de forma anónima entre os dois grupos de profissionais, médicos e enfermeiros. As respostas foram recolhidas 3 semanas depois da disponibilização dos questionários. Obtiveram-se 21 respostas completas, das quais 7 médicos e 14 enfermeiros. A taxa de resposta foi assim de 75% no total.

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

Contexto interno do problema

Performance atual da UCI

A UCI teve durante o ano de 2016, 212 doentes internados, dos quais 61,8% do sexo masculino, com uma média de idades de 66,6 anos (dos 16 aos 94 anos de idade). Desses, 26% teriam idade igual ou superior a 80 anos. A demora média de internamento foi de 6,58 dias.

O estabelecimento de um prognóstico correto em doentes críticos internados numa UCI é de crucial importância por três razões fundamentais: necessidade de caracterizar detalhadamente as populações das diversas UCIs (com subsequente possibilidade de comparação inter-institucional), racionalização da utilização de recursos e, finalmente, validação mais rigorosa das técnicas diagnósticas e terapêuticas utilizadas neste contexto (Carneiro, Antonio Vaz; Leitão, Malaquias P; Lopes, Mário; Pádua, 1997). Dos sistemas de classificação da gravidade da doença e que permitem avaliar a morbilidade dos doentes os mais utilizados são o SAPS II (*Simplified Acute Physiology Score*) e o APACHE II (*Acute Physiology And Chronic Health Evaluation*). Na UCI estudada, no ano de 2016, o SAPS II médio foi de 47,4 e o APACHE II médio foi de 22,9. A taxa de mortalidade global na UCI no ano de 2016 foi de 25,4% (54 doentes), sendo que a mortalidade hospitalar observada foi de 34,3% (73 doentes). A mortalidade prevista pelo índice APACHE II foi de 48% e pelo SAPS II foi de 43,3%. A mortalidade padronizada por estes índices é utilizada como uma medida de qualidade dos cuidados hospitalares, porque dá a mortalidade ajustada à gravidade dos doentes internados, sendo de 0,77 para o índice APACHE II e de 0,85 para o índice SAPS II, o que permite perceber que é uma UCI dentro dos parâmetros reconhecidos internacionalmente como adequados para a gravidade dos doentes.

O “*Therapeutic Intervention Scoring System*” (TISS-76) foi descrito em 1974 por Cullen e colaboradores, como um método de estratificação da gravidade da doença, baseado na carga de trabalho de enfermagem requerida pelos doentes. Revisto em 1983 por Keene e Cullen, compreende 76 atividades de enfermagem, pontuadas de 1 a 4 pontos de acordo com a carga de trabalho envolvida. É ainda hoje muito utilizado, sendo o

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

sistema de referência a partir do qual foram desenvolvidos os sistemas subsequentes. Foi já aplicado em Portugal, num estudo multicêntrico em 19 Unidades de Cuidados Intensivos (Moreno & Morais, 1997). Embora inicialmente concebido para medir a gravidade da doença também tem sido utilizado quase exclusivamente para quantificação da utilização de recursos e carga de trabalho de enfermagem (Lefering, Zart, & Neugebauer, 2000). Na UCI estudada o TISS-76 no ano de 2016 teve um valor médio de 32,1. Este valor é considerado elevado de acordo com vários estudos (Muehler et al., 2010) (Moreno & Morais, 1997), o que significa que a carga de trabalho dos enfermeiros é elevada.

A UCI apresenta valores de performance sobreponíveis a outras unidades semelhantes, com índices de mortalidade corrigidos para a gravidade dos doentes dentro dos padrões de qualidade exigíveis, embora com índice de carga de trabalho superior ao desejado para os recursos humanos existentes e para a gravidade dos doentes assistidos.

Verifica-se assim a existência da necessidade de elaborar um plano de ação e de intervenção na UCI para melhorar a qualidade do trabalho assistencial de acordo com a gravidade dos doentes assistidos e a otimização dos recursos existentes, com menores taxas de sobrecarga de trabalho para os seus profissionais.

Análise de dados:

Avaliação organizacional - *Stream Analysis*

A análise situacional atual da UCI foi elaborada pela categorização de vários problemas identificados através do método *Stream Analysis* de J. Porras, com a introdução dos dados no programa informático desenvolvido pelo mesmo autor. Esse programa elaborava uma relação causa-efeito entre os diferentes problemas identificados. Para a identificação dos problemas é necessário criar uma equipa de discussão e de *brainstorming*. A equipa foi composta pela autora do estudo, pela Diretora da UCI e pela Enfermeira Chefe da UCI. Dessa discussão apontaram-se os principais pontos críticos para a elaboração do diagnóstico organizacional através do *Stream Analysis*. Completou-se esta recolha de dados com a elaboração de uma reunião com enfermeiros do serviço, onde foram discutidos os objetivos do processo de análise dos problemas e a relação causa-efeito

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

entre eles, tendo sido pedido que cada um deles apontasse o principal problema que o serviço tem, dentro das 4 categorias existentes na análise de acordo com o *Stream Analysis*.

Categorização dos fatores a considerar:

Aspetos organização/Processos formais (O):

- O1. - Nível de cuidados – Existência apenas de UCI nível III e não existência de Unidade de nível II em todo o hospital – impossível fazer uma gestão do descalonamento dos cuidados para gerir melhor as altas da UCI para o nível de cuidados imediatamente abaixo. Os doentes têm de estar já no nível de saúde compatível com nível 0 (enfermaria) para terem alta da UCI. As outras unidades de cuidados nível I também não conseguem dar solução para as altas da UCI, apenas em casos pontuais (se for um doente operado ou da cardiologia, uma vez que só existe uma Unidade de Intermédios Cirúrgicos e uma Unidade de Cardiologia com Telemonitorização).
- O2. - Ausência de superior hierárquico dos maqueiros – existe o Encarregado Geral, mas que não tem poder sobre os maqueiros e não toma parte ativa nas decisões no transporte dos doentes e na definição das prioridades na gestão desses transportes.
- O3. - Ausência de secretária da UCI – inexistência de serviços administrativos próprios para a UCI – a secretária existente divide-se entre a UCI e o Serviço de Urgência.
- O4. – Horário da presença física dos farmacêuticos – dificulta os pedidos de fármacos especiais durante a noite.

Fatores Socioculturais (S):

- S1. – Falta de pessoal de enfermagem, o que dificulta a elaboração dos horários e gera divisão entre os elementos da equipa enfermagem. Este problema é apontado por vários elementos da equipa da UCI como um fator de descontentamento geral e de desmotivação.
- S3. – Os maqueiros decidem por si próprios as prioridades dos transportes de doentes a realizar, pela ausência de superior hierárquico direto dos maqueiros.
- S3. – Desentendimentos entre o pessoal da UCI e os maqueiros que realizam os transportes dos doentes, assim como com o pessoal da farmácia pelas dificuldades em articularem-se fora das horas de expediente normal.
- S4 - Cansaço Físico e exaustão emocional do pessoal médico e de enfermagem da UCI. S5. - Dificuldade em contratação de pessoal médico especializado em UCI pelo que a equipa de médicos é reduzida (são 5 médicos na UCI, acrescido de 2 médicos do serviço de Medicina Interna que fazem urgência na UCI) para dar resposta a um serviço que funciona 24h/24h, todos os dias.

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

Fatores Tecnológicos (T):

- T1. - Número muito reduzido de elevadores – que torna ainda mais difícil o transporte do doente para realizar exames ou procedimentos noutros serviços – por exemplo se tem de realizar TC ou RMN ou nos exames especiais EDA ou CPRE.
- T2. - Sistema de Informação e tecnologia - programa da farmácia – dificuldade na disponibilidade de determinados fármacos fora de horas de expediente normal.
- T3. - Sistema de Informação e tecnologia – Computadores desatualizados e programa informático Alert desadequado – dificuldade em gerir a informação clínica dos doentes.
- T4. – A equipa da UCI tem enfermeiros que são especialistas em Reabilitação mas que não estão alocados a tarefas dessa especialidade por falta de pessoal.
- T5. - Dificuldade em contactar os maqueiros para transporte do doente – não têm contato direto como um telefone de serviço, o que acarreta atrasos e muitos constrangimentos nos transportes dos doentes da UCI aos exames, assim como desentendimentos frequentes com o pessoal da UCI.

Fatores Ambientais/ Espaço Físico (P):

- P1. - Número limitado de camas – 5 camas, o que provoca dificuldades na gestão das admissões e das altas.
- P2. - Dimensão muito reduzida de UCI – espaço físico reduzido, pouco espaço entre as camas, dificuldade para circulação de pessoal e de equipamentos entre as camas, pouco espaço para descanso do pessoal (copa muito pequena e sem cadeirões suficientes), sem sala de formação ou de reuniões.
- P3. - Envelhecimento do espaço e degradação de algumas zonas da UCI – más condições de arejamento e de ventilação, inexistência de janelas ou luz natural; dificultam a manutenção de condições de higiene e limpeza, que podem potenciar o aparecimento de infeções nosocomiais – prolonga o internamento na UCI e causa exaustão do pessoal da UCI.
- P4. – Inexistência de quartos de isolamento – potencia infeções nosocomiais e causa cansaço do pessoal da UCI, pelas dificuldades na circulação entre doentes e na prestação de cuidados, para prevenção de infeções cruzadas.

O Esquema Diagnóstico conseguido pelo *Stream Analysis* apresenta-se em seguida.

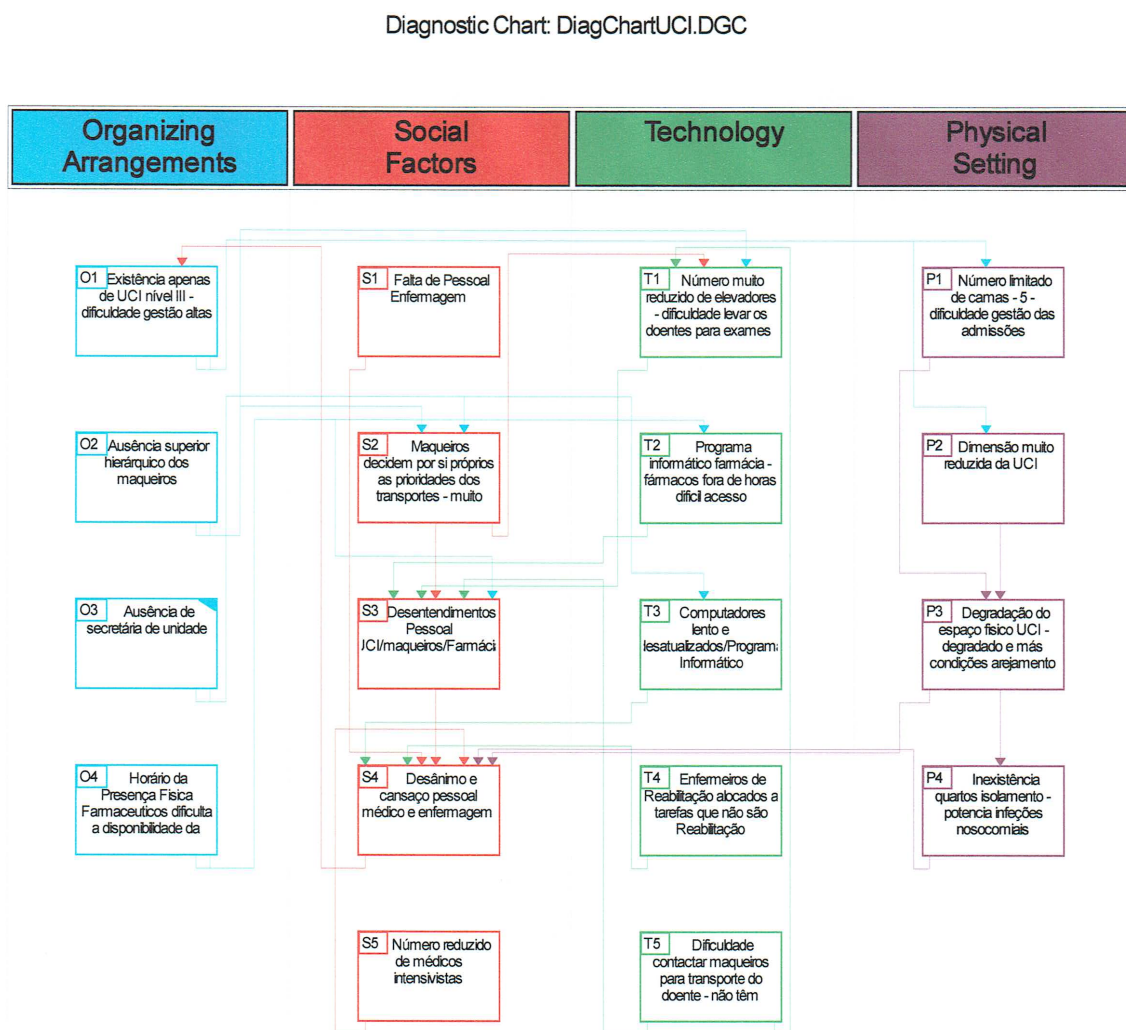


Figura 12 - Esquema Diagnóstico Stream Analysis UCI

Dessa avaliação diagnóstica consegue-se determinar que existe um problema principal ou “sintoma”, ou seja, é o problema mais facilmente visível na UCI e que é provocado por outros problemas menos visíveis. Esse é o tipo de problema que no esquema de diagnóstico do *Stream Analysis* surge com várias setas a dirigirem-se para ele. Neste caso é o S4 – Desânimo e Cansaço (físico e emocional) do pessoal médico e de enfermagem da UCI. Também existem outros problemas designados de *core problems*, que na UCI encontram-se nos fatores sociais como por exemplo o S3 - Desentendimentos entre a equipa da UCI/maqueiros/farmácia. Nos aspetos organizacionais a ausência de organização entre a equipa de maqueiros e os horários limitados de

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

funcionamento da farmácia, assim como a ausência de secretária de unidade estão entre os problemas identificados e que poderão ser corrigidos. No campo da tecnologia existe como principal problema o sistema informático, tanto a nível de *hardware*, pela antiguidade e desadequação dos computadores e do programa informático, mas também o programa usado para a farmácia que tem restrições de horário. O número limitado de elevadores para realizar transportes de doentes quando é necessário fazer algum exame especial aos doentes internados na UCI também é um problema, assim como a dificuldade em contactar os maqueiros por não terem um meio de contacto próprio. Os aspetos físicos encontrados como mais problemáticos são o reduzido espaço da UCI e o número limitado de camas, com condições de arquitetura e arejamento antiquadas e em desconformidade com o indicado para uma UCI, associado à degradação das infraestruturas.

Foi elaborado um plano de intervenção para melhoria/correção dos problemas encontrados, alguns com resolução previsivelmente mais simples, outros com mais complexidade na sua possível resolução.

Avaliação cultura organizacional e da liderança

Para a avaliação da cultura organizacional da UCI do Hospital foi distribuído um inquérito Avaliação dos Modelos de Gestão em Organizações de Saúde, adaptado de Robert E. Quinn, a partir do *Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI)*. Esse questionário foi entregue aos 28 trabalhadores da UCI, tendo-lhes sido solicitado que, para o preenchimento do questionário, avaliassem a organização Hospital, para dar um enquadramento mais global da cultura organizacional.

Foi também entregue o questionário Avaliação dos Comportamentos de Liderança em Organizações de Saúde, Perspetiva dos outros e Perspetiva pessoal, versão adaptada do *Management Skills Assessment Instrument (MSAI)* do mesmo autor, respetivamente aos 27 profissionais da UCI e á diretora do serviço. A opção de avaliar a direção do serviço foi pela necessidade de caracterizar o líder mais próximo e comum a todos os profissionais da UCI, uma vez que a avaliação do Presidente do Conselho de Administração do hospital em relação a muitos itens do questionário não é fácil de realizar para a maioria dos profissionais, pela grande distância existente entre os profissionais e a direção numa organização com a dimensão hospitalar. Este questionário avalia sete características de liderança que estão enquadradas no modelo dos valores contrastantes

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

de Quinn, porque o perfil de liderança pode ter características mais típicas de uma cultura ou de outra. As características Facilitador e Mentor, dentro do perfil cultural do tipo Clã; o líder Inovador e Intermediário, compatível com a cultura Adhocracia; a liderança do tipo Produtor e Diretor, da cultura de Mercado e por fim os líderes Coordenador e Monitor, da cultura Hierarquia.

Apresentam-se os resultados das respostas desses questionários em tabela e em gráfico, para se comparar o perfil atual e o perfil desejado da cultura organizacional do hospital onde se insere a UCI, de acordo com os seus profissionais (ver Fig. 13 e Fig.14).

No Perfil Atual é significativa a diferença entre os resultados, com uma grande ocupação dos quadrantes inferiores correspondentes a uma Organização Cultural de Mercado e de Hierarquia, em detrimento dos quadrantes superiores que correspondem às culturas de Clã e Adhocracia.

Na opinião das pessoas que responderam ao inquérito, a Organização dá muita importância à Produtividade, a **Cultura de Mercado**. O alcance dos resultados esperados, número de doentes tratados, produção de consultas e exames, realização do número de cirurgias contratualizado, a produção adicional para fazer face às listas de espera cirúrgicas, são objetivos determinantes para a atuação dos gestores e dos diretores de serviço. Os líderes desta organização são exigentes, produtores e competitivos. Seguem os valores defendidos pela Administração e pelos gestores, a preocupação com os números é muito evidente em todos os setores do hospital. Uma das principais preocupações a longo-prazo é o atingimento das metas e o cumprimento dos objetivos mensuráveis.

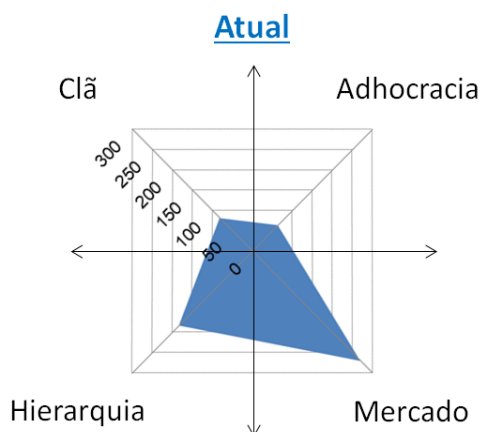


Figura 13 - Perfil Cultura Organizacional Atual, abril 2018.

De acordo com os profissionais da UCI, a Organização analisada pode também ser descrita como uma estrutura formal, caracterizada pela existência de regras e procedimentos que regem o trabalho das pessoas, que mantêm a ordem e a estabilidade, para haver controlo e segurança nos processos. É a **Cultura Hierarquia**. Manter a Organização a funcionar sem contratemplos é muito importante, pois a preocupação a longo prazo é a estabilidade e o controlo interno. Segundo a teoria de Quinn, os líderes desta organização seguem uma cultura muito hierarquizada, dando ênfase às diferentes categorias profissionais, mesmo dentro de cada uma das classes profissionais. Existem normas e diretrizes claras em cada serviço, que são transmitidas a cada novo funcionário. A burocracia, o cumprimento das normas, o regulamento interno, o preenchimento dos registos de forma estruturada, o registo biométrico para as entradas e saídas, todos os processos de trabalho são estruturados para serem cumpridos.

ATUAL	
Clã	81,5
Adhocracia	64,1
Hierarquia	183,6
Mercado	270,8

Tabela 1- Resultados Questionário Quinn Cultura Atual UCI abril 2018.

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

No entanto, e de acordo com Quinn, esta característica de dominância dos quadrantes inferiores é muito frequente encontrar nas organizações mais antigas. Com o tempo, as empresas tendem a gravitar em direção à ênfase nos tipos de cultura de hierarquia e de mercado. A partir do momento em que os seus perfis de cultura passam a ser dominados pelos dois quadrantes inferiores, parece ser difícil para eles desenvolver culturas caracterizadas pelos dois quadrantes superiores. É quase como se a força da gravidade assumisse o controlo. Os quadrantes inferiores tendem a permanecer dominantes por mais tempo. É preciso muito esforço e uma liderança forte para fazer a mudança para uma cultura de clã ou adhocracia.

A análise do Gráfico que resultou do inquérito sobre o que as pessoas desejam para a Organização, o **Perfil Desejado**, é como uma imagem em espelho do anterior. Reflete uma diferença significativa, pois no perfil desejado as Culturas com maior destaque são a Cultura Clã e a Cultura Adhocracia.

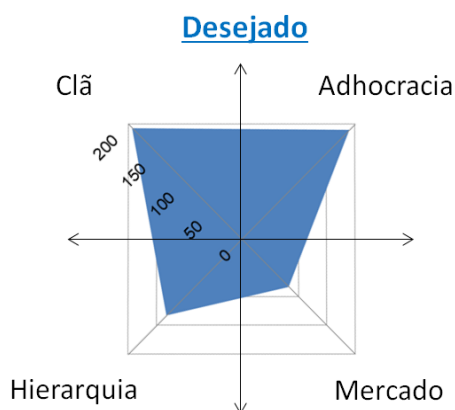


Figura 14 - Perfil Cultura Organizacional Desejado UCI abril 2018

As pessoas desta organização sentem que deveria haver um ambiente mais amigável no local de trabalho, onde pudesse haver mais espaço para a partilha de interesses e para a participação como uma família, a **Cultura Clã**. As relações humanas no trabalho seriam enfatizadas, aumentando o trabalho de equipa e a ajuda. Os líderes seriam mais como mentores, respeitados pelo seu carisma e pelas suas qualidades como criadores de consensos e de união. A principal preocupação da organização seria as pessoas, com o poder de trabalho de grupo (*team work*), a participação e o envolvimento em projetos onde se sentissem empenhadas e realizadas. A preocupação a longo prazo seria principalmente o desenvolvimento do potencial humano na organização, o seu fortalecimento psicológico, aumentando a coesão e a moral.

Dentro deste perfil desejado também há a característica de **Adhocracia**. A inovação e o desejo de crescer para níveis diferentes. Alcançar o inatingível, ir além do que seria de esperar. Projetar a organização para fora das suas fronteiras, torná-la um centro de referência entre os seus pares, dinamizar novos desafios na vanguarda da Medicina. Os seus líderes seriam pessoas com espírito criativo, inventores, com ideias novas e audazes. A organização desejada encorajaria as pessoas à iniciativa individual e à liberdade. Sentir-se-iam livres para dar voz às suas ideias e pô-las em prática. Ser empreendedor e dinâmico. A preocupação a longo prazo seria o crescimento e a aquisição de novos recursos, de forma inovadora, à frente do seu tempo.

DESEJADO	
Clã	193,5
Adhocracia	190,6
Hierarquia	132,7
Mercado	83,15

Tabela 2 - Resultados Questionário Quinn Cultura Desejada UCI, abril 2018.

Esta diferença entre a Cultura existente e a Cultura desejada, de acordo com a avaliação feita pelos profissionais da UCI à organização hospitalar onde trabalham, é significativa. Permite perceber que a maioria das pessoas gostariam que existisse uma mudança na cultura da organização. E a direção da mudança terá de ser ao encontro desse perfil desejado. A expectativa de se passar quase radicalmente de uma cultura de Hierarquia e de Mercado para uma cultura de Clã e de Adhocracia é um pouco irrealista e, na verdade, poderia não ser de facto o melhor para a organização em causa. Num hospital é importante existir uma preocupação com a segurança dos processos e dos protocolos, para garantir bons resultados e um bom funcionamento do hospital de forma regular. Assim como deve haver preocupação com a produtividade e com o desempenho. Logo, é sempre necessário e importante existir uma cultura de Hierarquia e de Mercado. O que este resultado deixa transparecer é o desejo dos profissionais da UCI em sentirem uma melhoria no ambiente de trabalho no geral, com aumento das relações interpessoais e um maior interesse no

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

capital humano, por parte da administração e das chefias, assim como um aumento do interesse pela inovação e pelo crescimento científico, trazendo mais desafios profissionais e motivação.

Torna-se assim relevante que o líder conheça melhor o seu perfil, através de um feedback dos seus colaboradores e de uma autoavaliação, que vai auxiliar o líder na melhoria da sua competência de liderança e identificar as competências necessárias para apoiar o processo de mudança da cultura organizacional. Esse perfil cultural, atual e desejado, vai ser complementado e comparado com o perfil atual de competências de gestão do líder. A mudança cultural é organizacional, mas também pessoal, num alinhamento entre o existente no presente e o desejado para o futuro.

Os resultados dos inquéritos da liderança Perspetiva dos Outros foram analisados e divididos entre as respostas dadas pelos médicos e pelos enfermeiros, para a realização do gráfico. A representação gráfica destes resultados (Fig. 15) demonstra qualitativamente a liderança da UCI e a sua correspondência com o gráfico da cultura organizacional, de acordo com os quadrantes dos valores contrastantes de Quinn.

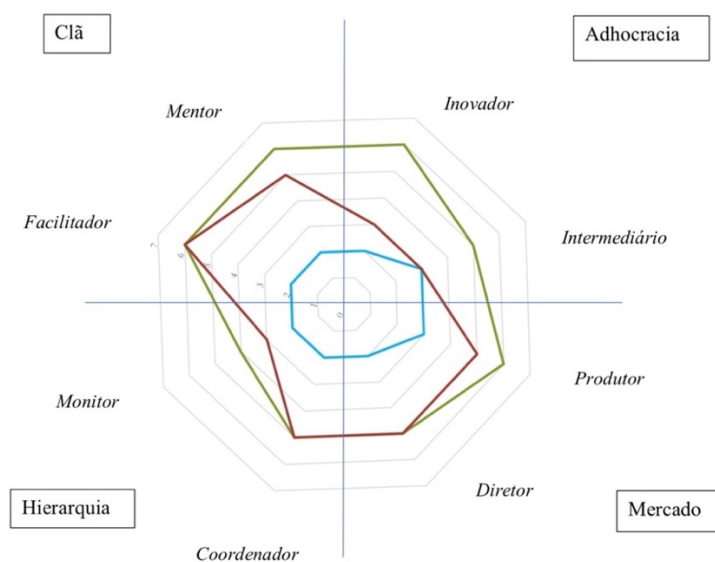


Figura 15 - Resultados Liderança, Perspetiva dos outros e Perspetiva pessoal. Linha verde Médicos, Linha azul Enfermeiros. Linha vermelha Líder.

O perfil da liderança entre a perspetiva dos outros médicos e a líder que também é médica apresenta alguns pontos concordantes. O foco principal vai para o seu lado humano, com uma classificação alta no perfil de facilitador e de mentor, correspondente à cultura Clã.

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

Mas também com um perfil alto na Inovação, com foco para a Cultura Adhocracia, assim como no perfil Produtor, compatível com a Organização onde a unidade se insere com uma forte cultura de Mercado. Assim, os resultados no inquérito de liderança na perspetiva dos médicos e da líder são correspondentes e sobreponíveis nas suas linhas gerais.

Há uma diferença significativa quando analisamos os resultados da avaliação da liderança feita pelos enfermeiros. Os valores do perfil de Liderança são muito mais baixos, em todas as dimensões. Existe um perfil ligeiramente mais destacado para o Produtor e para o Intermediário, que correspondem à Cultura de Mercado e de Adhocracia, mas ainda assim com valores baixos (nível 3). Estes resultados podem estar relacionados com o facto de existir um outro líder na UCI, a Enfermeira Chefe, que poderá ser reconhecida pelos outros enfermeiros como a sua verdadeira líder. Mas como foi-lhes pedido que avaliassem o perfil da diretora de serviço, que é médica, os enfermeiros dão uma classificação mais baixa no perfil de liderança pela maior distância ao líder, de acordo com os itens avaliados. No entanto, esta análise é meramente especulativa, uma vez que aquilo que se pode inferir destes resultados é que o perfil de liderança na perspetiva dos enfermeiros é muito diferente do perfil traçado pelos médicos da UCI, incluindo o perfil de autoavaliação da diretora do serviço. Haverão aqui outras questões subjacentes a esta diferença de avaliação que poderão ser mais difíceis de analisar, por serem mais subjetivas ou de âmbito relacional interpessoal, num grupo de trabalho relativamente pequeno.

Tudo indica que o perfil de liderança traçado parece estar adequado para a expectativa de mudança necessária para seguir o caminho da cultura desejada. Porque a ênfase maior para a mudança será seguir o caminho da Cultura Clã e da Adhocracia, diminuindo o foco na Cultura Mercado atual. O perfil de liderança aponta também nessa direção, pois foi considerada como um Mentor e Facilitador, com características também de Inovador e de Intermediário. Embora a dimensão Produtor também tenha sido enfatizada, poderá estar mais dependente da pressão exercida pelos níveis superiores da administração, que levam a direção de serviço a ter metas e objetivos a cumprir, e não tanto pela própria direção da UCI ser demasiado competitiva. Assim, logo à partida o perfil do líder parece estar alinhado com a expectativa de mudança cultural no sentido de enfatizar mais características culturais clã e adhocracia, embora seja um processo moroso e com alguns

entraves previsíveis pelo caminho, especialmente na relação entre líder e profissionais de enfermagem.

Coordenação Relacional

Para estudar a coordenação relacional foi entregue o questionário adaptado do livro de Jody Gittel, *Transforming relationships for high performance: The power of relational coordination*, aos médicos e aos enfermeiros da UCI. Este teste permite essencialmente ajudar no diagnóstico sobre aspetos organizacionais entre os profissionais, nas suas perceções e qualidade das relações entre indivíduos, grupos profissionais e entre eles e a organização do trabalho. A avaliação decorreu de médico para médico e de enfermeiro para enfermeiro (Intragrupo), e também entre médicos-enfermeiros e enfermeiros-médicos (Entregrupos). Os resultados devem ser interpretados de acordo com a tabela seguinte:

	Intragrupo	Entregrupos
CR Fraca	« 4.1	«3.5
CR Moderada	4.2-4.6	3.5-4.0
CR Forte	»4.6	»4.0

Tabela 3 - Valores de Referência da CR Intragrupo e Entregrupos

Para o mesmo grupo profissional, Intragrupo, a CR é considerada forte se o valor for > ou = a 4,6. Entre grupos profissionais diferentes, a CR é considerada forte se o valor for > ou = a 4,0.

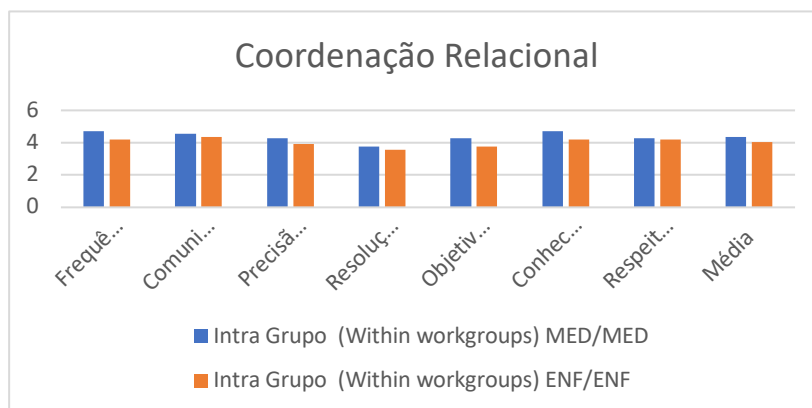


Figura 16 - CR IntraGrupo. MED/MED e ENF/ENF

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

Dos valores obtidos no grupo de médicos a CR é de 4,37, o que equivale a um valor de CR Intragrupo Moderado. Os valores mais elevados encontram-se na frequência de comunicação e no conhecimento compartilhado, tendo estas duas variáveis um valor de CR Intragrupo dentro dos parâmetros de CR forte (4,71). O ponto com valor mais baixo é a resolução de problemas (3,75), mas esta questão terá levantado algumas dúvidas nas respostas, tal como será descrito no capítulo sobre as limitações do estudo.

No grupo de enfermeiros a CR é de 4,04, o que equivale a um valor de CR Intragrupo Fraco. O valor mais alto de CR é a Comunicação atempada (4,36), seguido da frequência de comunicação, conhecimento compartilhado e respeito mútuo (4,21), embora nenhum valor de CR atinja níveis de CR Intragrupo forte, todos os valores estão na área CR Intragrupo moderada ou fraca.

	IntraGrupo (Within workgroups)	
	MED/MED	ENF/ENF
Frequência Comunicação	4,71	4,21
Comunicação atempada	4,57	4,36
Precisão Comunicação	4,29	3,93
Resolução Problemas	3,75	3,58
Objetivos compartilhados	4,29	3,78
Conhecimento compartilhado	4,71	4,21
Respeito mútuo	4,29	4,21
Média	4,37	4,04

Tabela 4 - Valores CR Intragrupo MED/MED e ENF/ENF UCI, abril 2018.

Da análise destes valores de CR Intragrupo sobressalta logo à partida a CR no grupo dos enfermeiros ser baixa. Isto porque estaríamos à espera que num serviço como uma UCI, a CR entre o grupo profissional enfermeiros fosse alta. A CR é uma teoria que espelha a relação entre os diferentes profissionais e a sua coordenação como equipa, especialmente através de uma boa comunicação e partilha de valores fundamentais para um bom desempenho e ambiente entre os colegas. Mais do que um processo de coordenação do ponto de vista técnico ou de design de trabalho (*job design*), a CR é principalmente um modo de estar entre os elementos da equipa e de se relacionarem entre si e entre as suas tarefas. Estes valores Intragrupo baixos Enfermeiro/Enfermeiro poderão revelar a

existência de problemas organizacionais e de coordenação da equipa. Esses problemas podem estar na génese da exaustão e cansaço que todos sentem, ou seja, não seria só por excesso de trabalho. Mas também por existir dificuldades de comunicação atempada, frequente, precisa, dirigida à resolução de problemas, associada à partilha de conhecimento, de objetivos e respeito mútuo. Isto é, porque a CR é baixa, diminui a performance, tanto em termos de eficiência como de qualidade e diminui a satisfação no trabalho.

A CR Intragrupo nos médicos tem um valor moderado, com duas variáveis dentro dos valores CR forte, a comunicação frequente e o conhecimento compartilhado. A variável Resolução de Problemas apresenta os valores mais baixos, pelo que terão de ser encontradas algumas soluções de melhoria para esta dimensão do trabalho de equipa. No entanto não é apenas esta dimensão que deverá ser melhorada, antes pelo contrário, será desejável elevar a CR Intragrupo para níveis superiores em todas as dimensões. Dada a especificidade do trabalho numa UCI, onde é fundamental e determinante a comunicação entre os profissionais e o seu trabalho em equipa, para otimizar os resultados no tratamento de doente em estado crítico, com qualidade e segurança, a CR Intragrupo deverá atingir globalmente valores altos.

Os resultados da CR Entregrupos revelou valores médios de 4,17 para a CR MED/ENF, que equivale a um valor de CR Entregrupos Forte; o valor de CR ENF/MED é 3,70, o que equivale a um nível de CR Entregrupos Moderada.

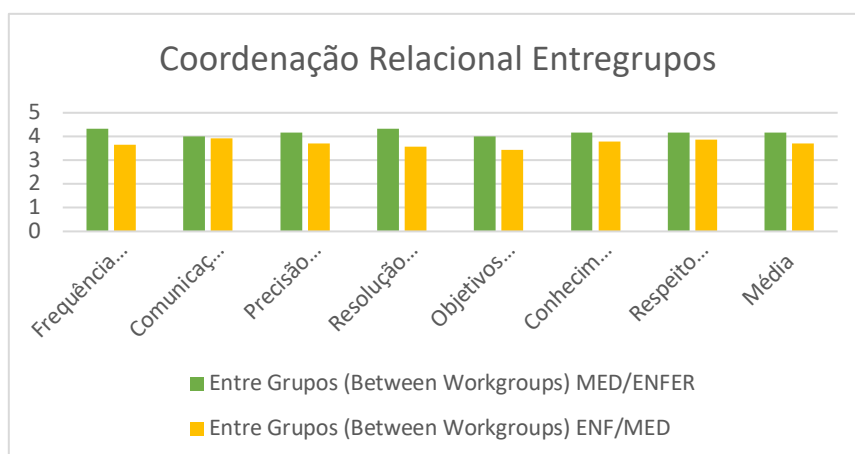


Figura 17 - CR Entre Grupos MED/MED e ENF/ENF.

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

Os resultados de CR Entregrupos são mais elevados na avaliação que os médicos fazem da sua CR com os enfermeiros na frequência de comunicação e na resolução de problemas, mas também com valores acima de 4 na precisão de comunicação, na partilha de conhecimentos e no respeito mútuo. Estes resultados são bastante positivos, revelam uma boa CR entre os médicos e os enfermeiros da UCI, que poderá ajudar muito na entreaajuda entre esses diferentes grupos profissionais para a execução das suas tarefas e para o tratamento dos doentes com mais precisão e qualidade.

Os resultados de CR Entregrupos dos enfermeiros em relação aos médicos são mais elevados na comunicação atempada e no respeito mútuo, embora todos os valores de CR ENF/MED são abaixo de 4, que é o valor de referência para CR Entregrupos Forte. Inclusive, nos objetivos compartilhados o valor de 3,43 corresponde a um valor de CR fraco. No caso da CR Entregrupos ENF/MED é possível melhorar algumas das dimensões da CR para aumentar a partilha de objetivos e a frequência da comunicação entre os elementos dos dois grupos profissionais, assim como na ajuda na resolução de problemas, de forma atempada e sem culpabilização.

	Entre Grupos (Between Workgroups)	
	MED/ENFER	ENF/MED
Frequência Comunicação	4,33	3,64
Comunicação atempada	4	3,93
Precisão Comunicação	4,17	3,71
Resolução Problemas	4,33	3,58
Objetivos compartilhados	4	3,43
Conhecimento compartilhados	4,17	3,79
Respeito mútuo	4,17	3,86
Média	4,17	3,70

Tabela 5 - Valores de CR Entregrupos MED/ENF e ENF/MED UCI, abril 2018.

De acordo com estes resultados da CR é possível elaborar propostas de melhoria para facilitar o trabalho entre o grupo de profissionais da UCI. Com os valores baixos de CR Intragrupo nos enfermeiros terá de ser melhorada a comunicação entre os elementos da equipa, a interação na partilha das tarefas e conhecimento, orientada para o respeito mútuo e a resolução de problemas. Deve ser dado também um reforço positivo na CR

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

Entregrupos, para que se mantenha em valores de CR Entregrupos altos, fortificando mais a CR enfermeiros/médicos.

Engagement vs SBO

Para estudar a relação dos profissionais com o seu trabalho e a distância que existe entre o *engagement* e a possibilidade de aparecimento de SBO nos profissionais da UCI, aplicou-se o questionário das seis dimensões estratégicas de Maslach e Leiter. (Leiter & Maslach, 2005) “*My Relationship with Work Test*”(MRWWT). Para cada uma das seis áreas existe um continuum entre o que é adequado (0 pontos) para aquela dimensão, desadequado (1 ponto) e o muito desadequado (2 pontos). Cada dimensão tem 10 perguntas, sendo o score máximo de 20 e o mínimo de 0. Do resultado obtido poder-se-á delinear a melhor intervenção e a mais dirigida para corrigir a discrepância entre aquilo que existe na relação entre os profissionais da UCI e o seu trabalho, e aquilo que seria mais adequado existir.

No gráfico seguinte (Figura 18) estão os resultados gerais obtidos pelas respostas aos questionários.

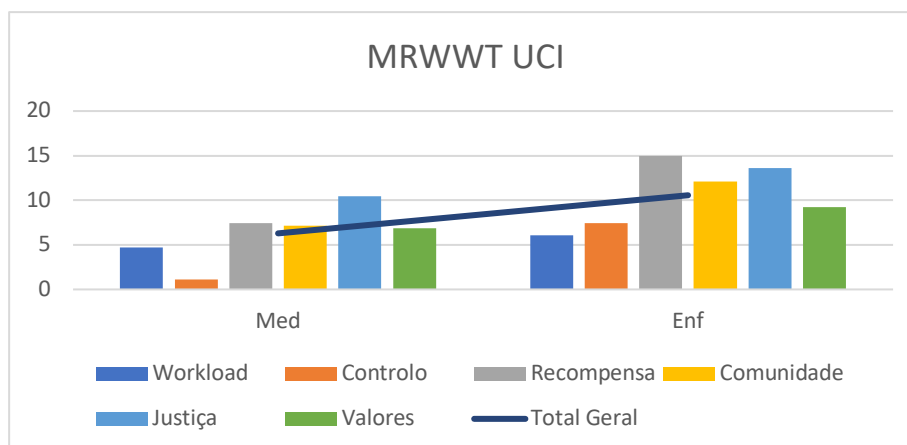


Figura 18 - Resultados MRWWT UCI, abril 2018

Da análise descritiva dos resultados podemos verificar que existe uma diferença entre o grupo de médicos e o grupo de enfermeiros da UCI no que diz respeito às dimensões analisadas neste questionário. Os valores de desadequação do trabalho (*disengagement*) é superior no grupo dos enfermeiros em relação ao grupo dos médicos, em todas as dimensões estudadas.

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

Para o grupo dos médicos da UCI a dimensão em que sentem que o seu trabalho está mais desadequado é na Justiça, com o valor de 10,43. Nesta área os valores mais altos correspondem ao sentimento de Discriminação (F2 e F3) e ao Favoritismo (F4 e F6). Seguem-se a Recompensa, 7,43, onde o valor mais desadequado refere-se à compensação financeira insuficiente (R8). A dimensão Comunidade também tem um valor de 7,14. Poderá corresponder a uma desadequação sentida pela fraca comunicação entre a equipa (S2) e um sentimento de divisão (S8 e S9). Sendo a dimensão Controlo aquela que apresenta valor mais baixo (1,14), ou seja, aquela que os médicos da UCI classificam como sendo a mais adequada no que diz respeito ao seu trabalho. No total geral para o grupo de médicos obtém-se um valor de 6,28 de desadequação entre o seu trabalho e aquilo que considerariam como sendo o mais adequado, ou seja, o intervalo existente entre o seu trabalho e o *engagement* sentido (ver tabelas em anexo).

	Med	Enf
Workload	4,71	6,07
Controlo	1,14	7,43
Recompensa	7,43	15
Comunidade	7,14	12,07
Justiça	10,43	13,57
Valores	6,86	9,21
Total Geral	6,28	10,56

Tabela 6 - Resultados Inquérito MRWWT UCI, abril 2018.

No grupo dos enfermeiros da UCI a dimensão considerada mais desadequada pela maioria é a Recompensa, sendo que os níveis de respostas de desadequação são maiores nas perguntas que denunciam compensação financeira insuficiente (R1, R6 e R8). A Justiça também teve um valor elevado entre os enfermeiros, 13,57, o que poderá corresponder a sentimentos relacionados com discriminação e favoritismo no local de trabalho, pois os valores de desadequação mais altos foram nas primeiras perguntas do teste (de F1 a F7). A terceira dimensão mais desadequada é a Comunidade (12,07) com valores mais elevados nas perguntas que caracterizam a comunicação baixa (S2 e S3), um ligeiro sentimento de falta de empatia e conexão entre os indivíduos e a equipa (perguntas S4 e S5), assim como uma divisão existente dentro da equipa (perguntas S8, S9 e S10). No

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

Total Geral para o grupo de Enfermeiros o valor de 10,56 reflete uma desadequação entre o que os enfermeiros esperariam encontrar na sua relação com o trabalho nas diferentes dimensões estudadas. Estes valores são bastante elevados, demonstrativos da necessidade de intervenção, uma vez que a possibilidade de estarem a atingir níveis próximos da SBO é elevada (ver tabelas em anexo).

É de salientar que, ao contrário do esperado, a dimensão *Workload* ou Carga de trabalho foi considerada como uma das mais adequadas por ambos os grupos profissionais. Embora até aqui tudo indicasse que na UCI existe excesso de trabalho e poucos recursos humanos, na verdade, tanto os enfermeiros como os médicos deram respostas consistentes com uma carga de trabalho adequada, dentro dos possíveis, para aquele serviço. Esta dimensão tem sido considerada como um dos principais fatores potenciadores do aparecimento de SBO, em especial em serviços de saúde. No caso da UCI estudada, e de acordo com o questionário MRWWT, esta não é a dimensão mais problemática e não é apontada como a mais desadequada. Pelo contrário, é a que tem valores mais baixos para os enfermeiros e a segunda menor para os médicos. Nestes últimos, o Controlo é a dimensão considerada mais baixa por todos. Ou seja, os médicos sentem que o trabalho que desempenham é bastante dependente das suas ações e que assumem o controlo de forma adequada sobre as suas tarefas principais. É importante referir que o sentimento de falta de controlo no desempenho do seu trabalho é também uma das principais causas de SBO, o que neste caso não parece ser reconhecido como o problema principal.

Pelo contrário, estes resultados vêm ao encontro, mais uma vez, das dificuldades sentidas nas questões relacionadas com a comunicação entre os elementos da equipa, dentro da UCI mas também relativamente à instituição em si, e nas questões relacionadas com a organização do trabalho e da cultura organizacional. Os valores mais elevados nas dimensões Recompensa e Justiça são comuns aos dois grupos profissionais, sendo motivo de desânimo e afastamento entre o trabalhador e a organização (*disengagement*), que poderá levar a sentimentos de injustiça, desmotivação e insatisfação com o trabalho, criando um caminho mais rápido para a SBO e para a desvinculação entre os profissionais e a instituição. Os fatores externos e organizacionais assumem aqui um papel preponderante no sentimento de desadequação na relação entre o trabalho e o profissional, com valores elevados, que não são de desprezar. Antes pelo contrário, manter uma equipa a trabalhar com valores tão elevados de *disengagement* entre o trabalho e o profissional

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

comporta muitos custos para todos, profissionais, instituição e, principalmente, para os doentes.

Análise estatística

A análise estatística foi efetuada com o SPSS versão 22 (SPSS Inc. Chicago. IL), tendo sido realizado o teste de correlação de Spearman. Para as variáveis da Coordenação Relacional Intragrupo e Entregrupos, variáveis do *Disengagement* (MRWWT) e as variáveis da Liderança.

De acordo com a análise da teoria da CR e as características de liderança avaliadas pelo MSAI seria de esperar uma correlação positiva entre as variáveis da CR e a liderança, pois a CR forte pode estar dependente de um líder também forte e que dê coesão à equipa, através de uma comunicação atempada, precisa e frequente, num clima de respeito mútuo, orientado para a resolução dos problemas e não para a culpabilização, enfatizando a partilha dos objetivos e do conhecimento.

Os valores da CR Entregrupos correlacionam-se positivamente com o tipo de Liderança Facilitador em 5 das 7 variáveis (sig<0,05), em 4 das 7 variáveis na Liderança Produtor e Coordenador (sig <0,05) e em 2 das 7 variáveis na Liderança Mentor e Inovador (sig < 0,05) (Tabela 7).

Correlations		Facilitador	Mentor	Inovador	Intermediário	Produtor	Diretor	Coordenador	Monitor
Spearman's rho	Entre_P1	.620**	.573*	.370	.281	.585**	.445	.510*	.170
	Entre_P2	.363	.370	.239	.161	.426	.263	.433	.158
	Entre_P3	.514*	.532*	.329	.158	.594**	.333	.441	.181
	Entre_P4	.581*	.505	.576*	.429	.585*	.509	.665**	.462
	Entre_P5	.266	.285	.343	.417	.198	.316	.301	.397
	Entre_P6	.560*	.455	.445	.423	.512*	.478*	.560*	.209
	Entre_P7	.484*	.413	.485*	.550*	.405	.425	.463*	.336

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabela 7 - Correlação Spearman CR Entregrupos vs Liderança UCI, abril 2018.

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

Os valores de CR Intragrupo correlacionam-se positivamente com os tipos de liderança Facilitador, Mentor e Inovador nas variáveis Intra_P5 e Intra_P6 que correspondem à partilha de objetivos e de conhecimento, respetivamente (Tabela 8).

Correlations		Facilitador	Mentor	Inovador	Intermediario	Produtor	Diretor	Coordenador	Monitor
Spearman's rho	Intra_P1	.180	.299	.145	-.012	.364	.189	.173	-.003
	Intra_P2	.286	.494*	.353	.334	.505*	.345	.284	.342
	Intra_P3	.288	.319	.143	.152	.261	.214	.224	.176
	Intra_P4	.189	.271	.288	.164	.432	.161	.435	.203
	Intra_P5	.503*	.589**	.488*	.337	.674**	.425	.576**	.477*
	Intra_P6	.466*	.490*	.541*	.603**	.544*	.604**	.438	.321
	Intra_P7	.249	.245	.346	.431	.344	.418	.388	.103

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).
* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabela 8 - Correlação Spearman CR Intragrupo vs Liderança UCI, abril 2018.

Estes resultados vêm corroborar a hipótese de que a CR depende da Liderança e correlaciona-se positivamente com ela. Ou seja, quanto melhor ou maior a CR, também a Liderança é reforçada e vice-versa, uma boa Liderança vai levar a uma boa CR. Pois os valores que estão em causa na CR, a boa comunicação entre a equipa, o respeito mútuo, a partilha de objetivos e de conhecimento, são valores fundamentais para a performance das equipas e para a eficiência do trabalho. Logo serão valores defendidos por um bom líder e fomentados por este.

As variáveis do MRWWT correlacionam-se negativamente com a CR, tal como seria de esperar, uma vez que a CR forte eleva consigo o relacionamento entre os indivíduos da equipa, permitindo enfrentar algumas das adversidades e melhorando o *commitment* entre os indivíduos, o *engagement* entre a equipa e a organização. Dessa forma, a CR pode diminuir o aparecimento de SBO nas organizações (Tabelas 9 e 10).

A análise da CR Intragrupo correlaciona-se negativamente de forma significativa ($\text{sig} < 0,5$) com a variável de MRWWT Controlo nas variáveis Intra_P1, P2, P3, P5 e P6. Esta relação pode significar que dentro de cada grupo profissional, a autonomia e o controlo sobre o seu trabalho influencia a maneira como os indivíduos se relacionam e comunicam, e vice-versa. Ou seja, se existir partilha de objetivos, de conhecimento e respeito mútuo,

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

os indivíduos têm mais autonomia e autodeterminação para executarem as suas tarefas, pois cada um sabe bem o seu papel e isso é respeitado por todos. Terão uma CR Intragrupo elevada, associado a níveis baixos no teste MRWWT (correlacionam-se negativamente). Se existirem níveis elevados no MRWWT na variável Controlo é de esperar que os resultados da CR Intragrupo sejam baixos, o que aumenta o *disengagement* dos indivíduos ao seu trabalho e pode induzir o aparecimento de exaustão emocional. É inclusive um dos fatores mais conhecidos como potencialmente indutor de SBO: a perda de autonomia no trabalho.

Correlations							
		Workload	Controlo	Recompensa	Social	Justiça	Valores
Spearman's rho	Intra_P1	-.178	-.467*	-.085	-.193	-.133	-.172
	Intra_P2	.165	-.599**	-.008	-.091	-.049	.108
	Intra_P3	-.125	-.488*	-.143	-.036	-.187	-.190
	Intra_P4	.309	-.199	-.006	-.172	-.373	-.420
	Intra_P5	.158	-.579**	-.217	-.274	-.278	-.233
	Intra_P6	-.046	-.632**	-.352	-.518*	-.341	-.261
	Intra_P7	-.196	-.381	-.103	-.305	-.221	-.293
** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).							
* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).							

Tabela 9 - Correlação Spearman CR Intragrupo vs MRWWT UCI, abril 2018

A análise da CR Entregroupo correlaciona-se negativamente de forma significativa em algumas das variáveis do MRWWT, particularmente na variável Valores. O que poderá corresponder ao facto que a CR Entregroupo está associada à relação das equipas entre si e destas com a organização. Esta dimensão do MRWWT, os Valores, está muito dependente do significado que a organização representa para cada individuo dentro da sua profissão, pertencente a uma equipa e a uma empresa, a honestidade e o sentido do trabalho. A sensação de pertença a uma organização com Valores com os quais os profissionais se identificam, onde existe um clima entregroupo de trabalho com boa CR, aumenta a satisfação com o trabalho, reduz a exaustão emocional e reduz o aparecimento de SBO.

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

Correlations							
		Workload	Controlo	Recompensa	Social	Justiça	Valores
Spearman's rho	Entre_P1	.036	-.642**	-.264	-.526*	-.481*	-.646**
	Entre_P2	-.118	-.484*	.008	-.278	-.253	-.513*
	Entre_P3	.059	-.633**	-.209	-.290	-.424	-.631**
	Entre_P4	.295	-.364	-.232	-.436	-.528*	-.695**
	Entre_P5	-.322	-.357	-.212	-.081	.067	-.054
	Entre_P6	.087	-.419	-.208	-.541*	-.325	-.577**
	Entre_P7	.202	-.409	-.257	-.346	-.444*	-.477*

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).
* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabela 10 - Correlação Spearman CR Entregrupos vs MRWWT UCI, abril 2018.

A análise da correlação entre as variáveis do MRWWT e da Liderança revela valores de correlação negativa em quase todas as variáveis estudadas, o que também vai de encontro ao esperado pela análise descritiva e pela teoria. Nesta análise em particular verifica-se uma forte correlação negativa entre as variáveis do MRWWT e o tipo de Liderança Mentor (sig < 0,05), à exceção da variável *WorkLoad*. O que seria de esperar uma vez que o Líder Mentor é caracteristicamente um Líder que cuida dos seus subordinados e que os apoia (Tabela 11). Logo, os valores nas variáveis do MRWWT variam no sentido oposto às variáveis do teste da liderança, pois uma boa liderança dará à equipa suporte para desempenhar o trabalho com motivação e *engagement*, com níveis baixos no MRWWT. Neste caso particularmente é de realçar as variáveis Controlo e Suporte Social como sendo as que se correlacionam de forma mais consistentemente negativa com os diferentes tipos de Liderança.

Correlations									
		Facilitador	Mentor	Inovador	Intermediário	Produtor	Diretor	Coordenador	Monitor
Spearman's rho	Workload	.100	.197	.076	.032	.147	-.037	.009	.153
	Controlo	-.748**	-.904**	-.708**	-.605**	-.759**	-.767**	-.586**	-.532*
	Recompensa	-.599**	-.618**	-.553*	-.405	-.465*	-.611**	-.340	-.275
	Social	-.555*	-.676**	-.725**	-.522*	-.589**	-.735**	-.624**	-.379
	Justiça	-.267	-.497*	-.322	-.263	-.212	-.354	-.095	-.125
	Valores	-.547*	-.485*	-.258	-.122	-.354	-.348	-.278	-.040

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).
* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabela 11 - Correlação Spearman MRWWT vs Liderança UCI, abril 2018.

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

Destes valores poder-se-ia inferir a importância que essas duas variáveis Controlo e Social desempenham para a relação dos profissionais com o seu trabalho e o quanto é fundamental que o líder esteja vocacionado para agir em conformidade, melhorando o trabalho dos seus subordinados e reduzindo a progressão para situações indutoras de mal-estar e *burnout*.

A análise estatística possível para este estudo, embora com a limitação de se tratar de uma população pequena, demonstrou ser relevante para ajudar a corroborar as hipóteses em estudo. Permitiu verificar que existe uma correlação positiva entre a Liderança e a CR, assim como uma correlação negativa entre a Liderança e o *disengagement* e entre este e a CR. Consegue-se assim demonstrar a importância da liderança para a performance da equipa e para o bem-estar dos seus profissionais, influenciando de forma determinante os processos de trabalho e a relação entre as pessoas que trabalham em conjunto. As características do líder desempenham um papel fundamental na coordenação do trabalho da equipa e no design do trabalho, melhorando a performance e a motivação dos seus profissionais, com efeitos sobre as características de um trabalho com elevada CR e *engagement*. Mas as questões organizacionais e os valores da instituição podem suplantar as características da liderança e serem determinantes para a satisfação dos profissionais e para todas as dimensões do trabalho que influenciam a performance e os resultados finais, neste caso em concreto, os cuidados de saúde adequados e com qualidade para os doentes internados na UCI.

Estratégia de Intervenção

A avaliação da situação atual da UCI através dos diferentes instrumentos de diagnóstico utilizados permite-nos elaborar uma estratégia de mudança e de melhoria, dirigida para a correção das falhas encontradas e para melhorar a relação entre as pessoas e o seu trabalho. Consequentemente criando mais eficiência e qualidade, com performance otimizada e resultados positivos para todos, para o próprio hospital, para os profissionais de saúde e, principalmente, para os doentes. Uma visão holística dá uma ideia global dos principais pontos críticos, por vezes difíceis de identificar quando são analisados de forma mais segmentar e parcialmente. E, com essa visão, é possível estruturar um caminho de

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

mudança mais globalizante, aumentando a sua eficácia de implementação e sustentabilidade a médio e longo prazo. No entanto, não se pode permitir que a visão se torne demasiado irrealista, sem metas concretas ou objetivos bem definidos.

Para tal, é essencial criar uma Equipa de Mudança, constituída por alguns elementos da equipa da UCI e também do hospital, para personalizar e responsabilizar as diferentes etapas propostas, garantindo que a equipa faça os ajustes necessários e atempados para concluir as mudanças planeadas.

Como a cultura é uma das essências que está subjacente ao modo como as pessoas se relacionam e trabalham, será um bom princípio elaborar a fundamentação básica da estratégia de intervenção nas mudanças culturais necessárias, resultantes da análise realizada na UCI da cultura organizacional e da liderança.

A diferença ou o desencontro entre a cultura dominante da organização e a cultura desejada pelos profissionais vai criar desconforto suficiente no sistema para motivar as mudanças. A estrutura dos Valores Contrastantes de Quinn é útil como um guia para melhorar a eficácia organizacional, bem como para facilitar a mudança cultural (Quinn et al, 2011).

Muitas vezes ao longo do desenvolvimento das organizações e da sua cultura, o perfil atual que foi identificado na UCI torna-se a norma, com a minimização das culturas de clã e adhocracia e o fortalecimento da hierarquia e da cultura de mercado. O projeto de mudança terá de promover o desenvolvimento da capacidade para reinstituir os atributos do tipo clã e adhocracia, para que possa ser uma organização mais equilibrada. Não é que todos os quatro tipos de culturas devam ser enfatizados igualmente. Em vez disso, a organização deve desenvolver a capacidade de mudar a ênfase sempre e quando as necessidades assim o exigirem.

A Equipa de Mudança deverá elaborar uma lista que responda à seguinte questão: o que significa e o que não significa aumentar, diminuir ou permanecer o mesmo num quadrante? Elabora-se em seguida um quadro com algumas dessas ideias que irão servir de início de ação, sendo também um guia para avaliar se a mudança estará ou não a seguir o caminho desejado (ver Tabela 14).

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

<p>Aumento de Cultura Clã significa:</p> <p>Mais empoderamento (<i>empowerment</i>) dos profissionais;</p> <p>Mais participação e envolvimento</p> <p>Mais trabalho de equipa interfuncional</p> <p>Mais comunicação horizontal</p> <p>Um clima mais amigável</p> <p>Mais reconhecimento para com os profissionais</p>	<p>Aumento da Cultura Adhocracia significa:</p> <p>Mais sugestões por parte dos profissionais</p> <p>Mais inovações nos processos</p> <p>Maior abertura ao exterior (<i>benchmarking</i>)</p> <p>Ouvir mais a opinião dos doentes/familiares</p>
<p>Aumento da Cultura Clã não significa:</p> <p>Uma cultura de “gentileza”</p> <p>Falta de padrões e rigor</p> <p>Ausência de decisões difíceis</p> <p>Tolerância para com a mediocridade</p>	<p>Aumento da Cultura Adhocracia não significa:</p> <p>Todos por si mesmos</p> <p>Encobrir erros</p> <p>Tomada de riscos irrefletidos</p> <p>Perder a visão da missão</p> <p>Gastos desnecessários</p> <p>Sem coordenação e sem partilha de ideias</p>
<p>Diminuição da Cultura Hierarquia significa:</p> <p>Menos assinaturas para tomada de decisões</p> <p>Decisões mais descentralizadas</p> <p>Menos obstáculos e menos burocracia</p> <p>Menos microgerenciamento</p> <p>Eliminar papelada desnecessária</p>	<p>Diminuição da Cultura de Mercado significa:</p> <p>Compromisso contínuo com a excelência Reconhecimento da qualidade da UCI</p> <p>Realização de metas</p> <p>Profissionais energizados</p> <p>Menos pensamento focado em números</p>
<p>Diminuição de Cultura Hierarquia não significa:</p> <p>Falta de medição</p> <p>Desresponsabilização das pessoas</p> <p>Não seguir as regras</p> <p>Não monitorizar o desempenho</p> <p>Uma não-orientação para a mudança</p>	<p>Diminuição da Cultura de Mercado não significa:</p> <p>Menos pressão por desempenho</p> <p>Deixar de ouvir os doentes /Doentes menos satisfeitos</p> <p>Falta de prazos</p> <p>Padrões de qualidade mais baixos</p> <p>Perda de competitividade</p>

Tabela 12 - Mudança Organizacional - significado das propostas de mudança da cultura organizacional.

A Equipa de Mudança e os restantes elementos do serviço devem chegar a um consenso sobre os principais fatores que foram listados na tabela 14. Ou seja, identificar os principais atributos, comportamentos, normas e princípios que descrevem o que isso significa e o que não significa mudar a ênfase para tipos de cultura específicos. É preciso estar preparado para explicar esses fatores aos outros, a fim de ajudá-los a entender como a cultura mudará. A intenção desta etapa, por outras palavras, é criar uma visão ampla e consensual do que será a cultura futura desejada, quais serão os atributos críticos da organização, o que mudará e o que não mudará, e o que será preservado por ser valioso na cultura organizacional atual.

A implementação da mudança deverá ser realizada por etapas a partir do diagnóstico já elaborado com o perfil atual e o perfil desejado, assim como com o perfil de Liderança

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

também traçado pelo questionário aplicado. Essas etapas serão principalmente 5, como se descrevem em seguida:

1. Identificar algumas estratégias-chave que facilitarão a mudança de cultura. Determinar o que começar, parar e fazer mais.
2. Identificar alguns pequenos ganhos importantes a serem implementados imediatamente.
3. Identificar as competências necessárias para liderar a mudança e gerir a cultura transformada. Personaliza-se o processo de mudança de cultura usando os resultados do questionário da liderança.
4. Desenvolver medidas, métricas e marcos para manter a responsabilidade pela mudança.
5. Desenvolver uma estratégia de comunicação.

Estas 5 etapas serão discutidas e analisadas pela Equipa de Mudança, juntamente com a líder do serviço. Destes pontos é de salientar o ponto 3, uma vez que no questionário da liderança, tal como já anteriormente referido, houve uma grande diferença entre o perfil traçado pela equipa de enfermagem e pela equipa médica. Essa diferença tem de ser analisada com rigor para perceber se a diretora de serviço reúne as condições necessárias para ser reconhecida por todos como a Líder de Mudança, entre médicos e enfermeiros. Os líderes desempenham um papel crucial nas mudanças organizacionais. Eles inspiram os outros a quererem mudar. A questão chave é essa, a liderança não significa forçar as pessoas a mudar ou manipulá-las para mudarem; a liderança promove nas pessoas o desejo de mudar e o sentido da mudança. Poderá haver necessidade de existir mais do que um Líder da Mudança. No caso em concreto da UCI estudada, presume-se que seria mesmo aconselhável existir uma liderança dupla, uma para a equipa de enfermagem e outra para a equipa médica, durante o processo de implementação da mudança organizacional. Sendo que a escolha desses elementos terá de ser consensual entre os membros da Equipa de Mudança. De acordo com a análise efetuada propõem-se dois Líderes de Mudança, a diretora da UCI e a Enfermeira-Chefe. É de salientar a importância de propor a participação num programa de formação em liderança para ajudar a desenvolver as competências necessárias para garantir uma mudança bem estruturada por parte dos Líderes da Mudança.

O ponto 4, desenvolver medidas, métricas e marcos para aqueles que tiverem a responsabilidade da mudança, é também um ponto importante para manter o cumprimento das etapas em tempo útil e dentro dos prazos previstos. A mudança da cultura organizacional é um processo moroso, com muitos obstáculos e muita inércia

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

associados, exigindo um espírito crítico permanente e uma vontade persistente da Equipa de Mudança.

A etapa 5 que consiste em desenvolver uma estratégia de comunicação é vital para a mudança. Não é possível realizar uma mudança cultural ou organizacional se as pessoas não estiverem informadas sobre os processos a decorrer para a mudança e o caminho a ser percorrido. A comunicação tem de ser transparente e transversal, atempada e útil. Os meios de comunicação têm de ser conhecidos de todos e partilhados por todos. A mensagem de mudança tem de chegar a todos os envolvidos.

A mudança organizacional elaborada com a ajuda do *Stream Analysis* também pressupõe a existência de um método de trabalho sequencial, onde são definidos três agentes de mudança, por assim dizer: “*What, When and Who*”. Ou seja, a Equipa de Mudança, após a análise dos problemas identificados pelo *Stream Analysis*, irá determinar quais os problemas mais relevantes a serem abordados (*What*), os prazos a cumprir para a correção desses problemas (*When*) e quem estará a assegurar e a supervisionar as ações de mudança (*Who*). Assim, após a realização do *Stream Analysis* da UCI poder-se-á propor para a correção dos aspetos organizacionais e do ambiente físico da UCI a criação de camas de cuidados nível II e de nível I no Hospital, no prazo de um ano. Este problema deverá ser resolvido com a realização de obras na UCI e/ou noutra espaço do Hospital, que permitisse alargar o espaço físico da UCI e melhorar as condições físicas da unidade, tanto a nível de arquitetura (arejamento, iluminação com luz natural, zonas de descanso do pessoal) assim como a criação de quartos de isolamento. Também poderá ser criada uma Unidade de Cuidados Intermédios (nível II) noutra área do hospital. As obras já estão previstas desde há anos, tendo já passado por várias etapas da aprovação do orçamento pelo Conselho de Administração e pelos Ministérios da Saúde e das Finanças, aguardando a realização dos concursos públicos e pelo início dos trabalhos. Estes trabalhos de reabilitação da UCI deverão ser supervisionados pela administração do hospital, que terá de designar alguém com competências necessárias para esta tarefa.

Outro aspeto formal a corrigir de imediato é a nomeação de um responsável direto para os maqueiros, que gerisse os transportes dos doentes, facilmente contactável pelas equipas de médicos e de enfermeiros do hospital, nomeadamente da UCI. A designação/colocação de uma secretária administrativa para a UCI, com efeitos

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

imediatos, seria uma ajuda para a realização dos contactos com os maqueiros e com a farmácia, assim como com outros serviços, aliviando o trabalho do pessoal de enfermagem e dos médicos para as tarefas que lhe são de facto destinadas, que são os cuidados dos doentes.

Em termos de fatores sociais considera-se que, de imediato, deve ser feito um levantamento rigoroso das necessidades em termos de recursos humanos efetivos na UCI, tanto do pessoal médico como de enfermagem. Poderá ser necessário a contratação de mais médicos especialistas em Medicina Intensiva ou a formação específica de médicos já existentes no hospital. Da mesma forma em relação à equipa de enfermagem é preciso avaliar se, entre os enfermeiros existentes no hospital, seria possível recrutar alguns para a UCI e otimizar as equipas de enfermagem do Hospital, ou se é necessário contratar novos enfermeiros. Esta reestruturação estratégica dos recursos humanos da UCI deve ser empreendida logo que possível e preferencialmente nunca mais do que de 3 a 6 meses.

No aspeto de tecnologia, em particular nas questões relacionadas com o hardware e o equipamento, como a substituição dos computadores antigos e obsoletos, assim como fornecer aos maqueiros e ao seu superior direto equipamento para contato atempado e preciso, sendo o prazo para esta questão ser resolvida de 3 a 6 meses. O problema do software ser desatualizado e de difícil utilização prática (tanto o programa clínico como o da prescrição para a farmácia hospitalar), deve ser resolvido através da substituição ou atualização desse software, logo que possível, até um máximo de 6 meses.

Para se conseguir uma mudança organizacional apoiada também pelos princípios da coordenação relacional, com efeitos sustentáveis e positivos para toda a organização, com resultados significativos na performance, são necessários 3 tipos de intervenção: ao nível das relações humanas, nos processos de trabalho e na estrutura organizacional. E estas 3 intervenções estão interdependentes e interligadas, para se atingir uma mudança bem-sucedida. Individualmente, cada uma delas por si só, não tem capacidade de gerar uma mudança estruturada para garantir sucesso a longo-prazo.

A intervenção relacional inclui criar um espaço seguro que reduza os riscos associados a experimentar novos relacionamentos entre cargos e funções, diagnosticar padrões de relações atuais para abrir um canal de diálogo e comunicação, aprender entre os participantes, apoiado por *coaching* e modelagem de comportamentos relacionais

positivos por líderes e agentes de mudança em toda a organização. Pode ser necessário obter ajuda de profissionais qualificados para o efeito da área da Psicologia das Organizações, por exemplo. Esta intervenção estará também intrinsecamente integrada nas etapas da mudança da cultura organizacional, já falada anteriormente, no âmbito dos incrementos na direção de uma cultura clã ou de relações humanas.

As intervenções nos processos de trabalho incluem o uso de mapeamento de processos, esclarecimento de funções e metas a atingir, assim como uma solução estruturada pelos problemas identificados para suportar mudanças no próprio *design* do trabalho. O transporte dos doentes, identificado como um dos *core problems* da UCI no *Stream Analysis* pode ser reestruturado, por exemplo, através de metodologia *Lean six sigma*, com elevada probabilidade de melhoria da eficiência e da qualidade dos cuidados aos doentes (Silich et al., 2012). Da mesma forma, este método de gestão através do sistema *Lean* também se pode adequar a reestruturar o funcionamento da UCI e a resolver parcialmente o problema do tempo de internamento prolongado e reduzir o tempo de internamento dos doentes ventilados, de acordo com alguns estudos (Trzeciak et al., 2016). Deverá ser proporcionada a alguns elementos da equipa ou de outros serviços de apoio do hospital, a frequência de ações de formação em sistema de gestão *Lean* ou de logística, para que esses participantes se possam preparar e trazer para o hospital o conhecimento e a competência necessários para realizar de forma eficaz e sustentável essas mudanças, dentro de um prazo de 6 meses a 1 ano.

As intervenções estruturais incluem a implementação de sistemas organizacionais transversais para transformar as novas dinâmicas de trabalho de equipa, por exemplo, seleção e treino em *teamwork*, partilha de responsabilidades e de recompensas, resolução inclusiva de conflitos e partilha de protocolos e de rotinas assim como de sistemas de informação, são algumas medidas possíveis deste tipo de intervenção (ver Fig. 18). Da mesma forma, será necessário realizar sessões e *workshops* de *teambuilding*, resolução de conflitos e de performance comportamental. A elaboração de protocolos e de reuniões de serviço devem ser priorizados e devidamente comunicados para que todos os elementos da equipa, sempre que possível, possam estar presentes, permitindo assim a partilha de objetivos, de conhecimento e o respeito mútuo.

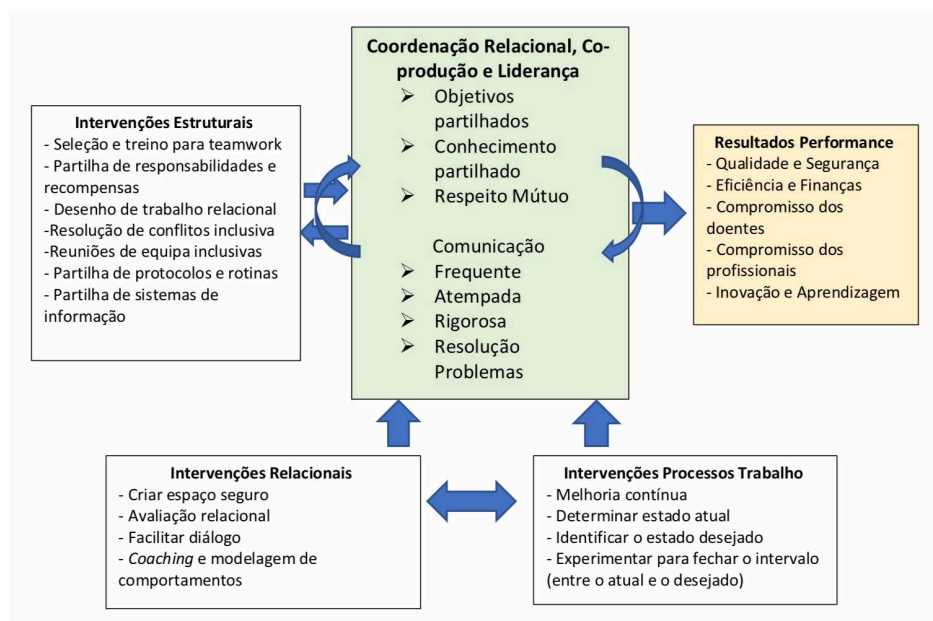


Figura 19 - Modelo Mudança Organizacional. Adaptado de Gittel 2016.

Esses três tipos de intervenções juntos podem transformar a dinâmica da coordenação relacional, a coprodução relacional e a liderança relacional, aumentando assim a capacidade das organizações e serviços de saúde de responder às pressões de desempenho que enfrentam hoje em dia. De acordo com este modelo os resultados atingidos pela mudança serão visíveis tanto na melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados com os doentes, como no aumento da eficiência e dos resultados financeiros, no compromisso dos doentes e dos profissionais com o hospital, assim como na capacidade de inovação e aprendizagem de novos desafios científicos.

A par de todas estas intervenções e mudanças referidas atrás, estarão também aqui implícitas as ações necessárias para melhorar o *engagement* dos profissionais com o seu trabalho. Porque muitas das mudanças propostas vão de encontro aos problemas detetados através do MRWWT de Maslach, nas diferentes áreas da relação dos profissionais da UCI com o seu trabalho. Embora no global os valores de desadequação por parte dos enfermeiros tenham sido superiores ao dos médicos, as áreas de trabalho consideradas com pior *engagement* são comuns entre enfermeiros e médicos, correspondendo à Justiça, Recompensa e Comunidade.

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

Na área da Justiça, considerada pelos médicos como a mais desadequada, mas também com valores elevados nos enfermeiros, a sensação de discriminação e de favoritismo parecem ser os principais problemas. Para melhorar estas áreas é necessário que a própria organização hospital e, conseqüentemente a UCI, desenvolvam processos transparentes e claros que assegurem a equidade de oportunidades, que valorizem a diversidade de opinião e de culturas, que adequem e promovam os processos, internos e externos, de apresentação de queixas e registo de incidentes. Devem ser encorajadas a participação em ações de formação e o desenvolvimento de competências. Estas ações deverão ser propostas pela Equipa de Mudança e levadas a cabo por parte dos elementos da direção do hospital e dos recursos humanos, no espaço de 3 meses a 1 ano.

Quanto aos problemas relacionados com a Recompensa, em especial a remuneração ser considerada insuficiente, não é facilmente resolvida pela Equipa de Mudança ou até mesmo pela administração do hospital, uma vez que se trata de um hospital público pertencente ao SNS. Desde os anos em que esteve em vigor o memorando da Troika, de 2011 a 2014, que houve um congelamento das carreiras e das remunerações, em especial nas horas extra, e que ainda persiste, pelo que o sentimento de insatisfação é geral entre médicos e enfermeiros da UCI. Uma vez que negociar um aumento de ordenado não depende do hospital e reduzir a produtividade também está fora de questão, já que se trata de um hospital onde os doentes críticos têm sempre de ser assistidos, é preciso tentar explorar outras formas de recompensar os seus profissionais. O dinheiro nem sempre é a única forma de recompensa, pode-se pensar em dar aos colaboradores outras alternativas de remuneração. Por exemplo, dar seguros de saúde aos funcionários e aos seus familiares, isentar do pagamento das taxas moderadoras os funcionários do hospital, criar benefícios para os profissionais com filhos pequenos e pagar as mensalidades das creches, assegurar o transporte entre o hospital e o domicílio, aumentar o número de dias de férias ou de folgas. Essas medidas, a serem propostas pela Equipa de Mudança à administração do hospital, poderiam criar mais motivação e conseqüentemente melhorar o desempenho, com aumento da satisfação no trabalho e do *commitement*.

O problema identificado na dimensão Comunidade, que também é motivo de *disengagement* ou de desapego emocional no trabalho, parece estar relacionado com a comunicação ser fraca e a equipa encontrar-se dividida. A Equipa de Mudança terá de ter em consideração os fatores intrínsecos e de carácter subjetivo que poderão estar

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

subjacentes a esta contrariedade detetada no MRWWT. Para melhorar a comunicação já foram referidas algumas medidas, tanto na estratégia de mudança cultural como na coordenação relacional. É necessário criar canais de comunicação entre todos, divulgados por todos os elementos da equipa de forma clara, para que todos saibam como podem comunicar entre si. Esse planeamento das formas de comunicação entre a equipa deve ser feito dentro de 3 semanas e prolongar-se por 1 ano para se expandir a mais contactos. A comunicação organizacional, que atualmente é feita muitas vezes por correio eletrónico, *newsletters* e outras formas de comunicação online, nem sempre significa que a mensagem tenha chegado ao seu destinatário. É preciso identificar quais são as fontes de informação que realmente interessam a cada indivíduo ou grupo de trabalho, para que possam, individualmente ou em conjunto selecionarem as mensagens que são importantes e merecedoras de atenção, de forma útil e objetiva. Este objetivo deve ser alcançado dentro de 3 meses a 1 ano, até se estabelecer um diálogo construtivo entre todos. Para a resolução dos problemas de divisão da equipa, tanto dos médicos como dos enfermeiros, devem ser empreendidas medidas de gestão de conflitos. Em primeiro lugar identificar a causa da discórdia, encontrar um terreno comum, para reunir as partes interessadas e encontrar soluções alternativas. Este processo pode ser realizado no intervalo de 3 semanas a 2 meses. Após isso, e se o problema persistir, pode ser necessário escolher um mediador ou alguém que possa estar habilitado a resolver conflitos e a utilizar técnicas que ajudam os grupos a ultrapassar os limites para tornar a missão organizacional primária sobre os conflitos divisionários. Este trabalho de mediação dos conflitos poderá levar de 3 meses a 1 ano.

Para estas dimensões da relação entre os profissionais da UCI e o seu trabalho, o próprio MRWWT servirá de guia para a análise da progressão dos resultados das intervenções. E também permite assegurar aos profissionais a correção dos problemas que ainda persistam. O valor do MRWWT terá de ser novamente avaliado após a implementação das propostas de melhoria consideradas mais apropriadas e dirigidas para as áreas mais críticas neste grupo, esperando-se que haja uma diminuição do mesmo, o que significaria que as dimensões na relação com o trabalho também teriam melhorado e, conseqüentemente, o *engagement* ou o compromisso dos indivíduos com o seu trabalho.

Em resumo poder-se-á afirmar que a criação de uma Equipa de Mudança é fundamental para analisar os diferentes problemas identificados a nível organizacional e individual,

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

através dos métodos de análise e diagnóstico aplicados. A proposta de mudança a realizar será incremental e progressiva, envolvendo diferentes esferas da “vida” da organização, desde a cultura organizacional, comunicação, infraestruturas e equipamentos, processos internos e externos, fatores sociais e de recursos humanos, comunidade e coordenação dos profissionais. Com o objetivo de proporcionar um desenvolvimento positivo da performance da UCI, tanto para quem lá trabalha, mas também para quem lá é tratado, os doentes críticos.

Conclusão, Limitações do Estudo e Orientações para o Futuro

Conclusão

O aumento da esperança média de vida tem vindo a contribuir para o envelhecimento da população em geral, com a possibilidade de aparecimento de doenças crónicas e situações agudas em doentes já com outras co-morbilidades. Esse facto acarreta em si a necessidade de profissionais cada vez mais qualificados e com novas competências, mas também gera a necessidade de respostas políticas abrangentes para enfrentar o aumento do custo das doenças crónicas e dos novos tratamentos.

No entanto, com a pressão que os serviços de saúde enfrentam atualmente, em termos de produtividade e custos, por vezes não há tempo para as equipas e para as organizações conseguirem sequer perceber quais os problemas reais que enfrentam e qual o caminho para se conseguir melhorar.

O verdadeiro trabalho na mudança cultural e organizacional, e a parte mais difícil, de longe, está na implementação e acompanhamento da mudança. Para tal, é necessário desenvolver um caminho de mudança sustentável, através de princípios e métodos positivos para toda a organização, elaborando estratégias para melhorar a relação dos profissionais de saúde com o seu trabalho, aumentar a qualidade dos cuidados aos doentes, reduzir os custos e aumentar a performance dos serviços.

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

As diferentes avaliações realizadas com este trabalho, desde o *Stream Analysis*, à Cultura Organizacional de Quinn e o Perfil de liderança de Quinn, a Coordenação Relacional e o *Engagement* com o trabalho, todas elas têm um elo comum: determinar o que existe, identificar o que pode ser melhorado tanto na estrutura organizacional como nas relações entre as pessoas que pertencem à organização, desenvolver uma estratégia de mudança, implementá-la e corrigi-la de forma atempada, num processo de melhoria contínua, para a performance e eficiência das organizações, mas também com um foco importante no capital humano.

Este estudo demonstrou também a necessidade de programas preventivos e interventivos com foco na equipa, nas áreas organizacionais, na comunicação, na resolução de conflitos e na coordenação relacional, para evitar e reduzir a evolução para SBO nas UCI. Pode ajudar os profissionais das UCI e os gestores de unidades / hospitais a tomarem consciência da existência de *burnout* e, assim, tomarem medidas corretivas para reduzir a sua ocorrência, através do aumento do envolvimento individual ou *engagement* e do empenhamento da equipa na sua relação com o trabalho.

Limitações do estudo

A principal limitação do estudo teve a ver com o fato de serem poucos participantes, apenas 21 questionários respondidos. Embora tenha sido uma percentagem razoável (75%) da população de profissionais da UCI, esse número limitou a análise estatística e a validação dos resultados para a extrapolação desses resultados para outras unidades similares. De qualquer forma, o objetivo principal do trabalho era analisar aquela UCI em particular, para elaborar um projeto de intervenção dirigido aos seus principais problemas organizacionais e estruturais, de liderança, de trabalho em equipa e coordenação relacional e do envolvimento dos profissionais com o seu trabalho.

Outra limitação deste estudo foi só terem sido analisados os enfermeiros e os médicos. Outros profissionais também poderiam estar envolvidos para o estudo da coordenação relacional, que pretende ser abrangente e envolver todos os elementos que, de uma maneira ou de outra, trabalham na UCI e se têm de coordenar com a equipa da UCI, por exemplo os técnicos de farmácia, os técnicos de cardiopneumologia, os fisioterapeutas, os assistentes operacionais e até mesmo os gestores daquela unidade. Da mesma maneira, os próprios doentes e familiares poderiam estar implicados no estudo, para se delinearem estratégias o mais abrangentes possíveis e centradas nos doentes.

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

Também não foram incluídos no estudo dados de performance da UCI do tipo indicadores de resultados clínicos (*outcomes*) ou de satisfação dos doentes. Esses dados infelizmente não foram possíveis obter porque não existem registos sistemáticos desses indicadores. No hospital os dados que são recolhidos pelas equipas de controlo de gestão são mais focados para a parte financeira e de contabilidade, do que dados de qualidade ou de segurança. Os principais *outcomes* deveriam incluir a eficiência de utilização dos recursos (tempo de internamento, custos por dia por internamento, custos totais por dia, rácio de *staff* por doente), qualidade dos cuidados (satisfação dos doentes e resultados clínicos) e a satisfação no trabalho dos profissionais da UCI. Os dados de performance utilizados na UCI são essencialmente rácios de gravidade dos doentes e de prognóstico, recolhidos pelos próprios profissionais da UCI, para de alguma forma contabilizarem a sua atividade e a gravidade dos doentes assistidos no serviço. Dão uma informação indireta das necessidades em recursos humanos e técnicos, assim como permitem comparar diferentes UCI entre si. Mas as organizações deveriam desenvolver, juntamente com os departamentos de controlo de gestão e informática, uma maneira de obter estes indicadores de resultados de uma forma regular e prática. Tal como foi dito por Peter Drucker: "*What gets measured gets improved.*": O que pode ser medido, pode ser melhorado. Logo, é essencial que as organizações de saúde públicas sejam cada vez mais rigorosas e sistemáticas nos seus registos e indicadores.

Outra limitação deste estudo foi a equipa que elaborou o "*Stream Analysis*" ter sido uma equipa pequena, apenas constituída por 3 elementos, o que pode ter limitado a identificação dos problemas e, em especial, a determinação da sua relação causa-efeito. Para a análise e o diagnóstico mais preciso seria necessário um *focus group* maior e uma discussão mais aberta das causas e consequências. Porque não se pode determinar com rigor a quantidade de informação que escapou à elaboração da lista de problemas, e o enviesamento de algumas relações causais. Além disso, seriam precisas mais entrevistas a outros profissionais e a observação dos elementos da UCI no seu posto de trabalho de forma regular e diária. Mas estas etapas demorariam uma substancial quantidade de tempo, só para a recolha de informação.

Outra limitação a apontar prende-se com a diferença das respostas do questionário da liderança, entre o grupo de enfermeiros e o grupo de médicos. A causa para essa diferença não é facilmente perceptível. Provavelmente ficou a dever-se ao facto de ter sido influenciado pela existência de um segundo líder na UCI, a Enfermeira Chefe, que para os outros enfermeiros é que é reconhecida como líder. Mas poderão existir outros motivos

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

para estes resultados que teriam de ser analisados em mais pormenor, para elaborar uma boa estratégia de intervenção também na liderança.

Finalmente, no estudo da Coordenação Relacional, a pergunta sobre resolução de problemas versus culpabilização suscitou algumas dúvidas na resposta e alguns dos elementos da UCI não responderam a essa questão (2 dos médicos e 3 dos enfermeiros). No entanto, optou-se por utilizar as respostas restantes desses inquiridos, não tendo sido contabilizadas as respostas dessa pergunta. Daí considerar uma limitação existente neste estudo a utilização de um teste que ainda não está traduzido nem validado para Portugal, mas cujos resultados foram analisados de forma descritiva e correlacional. Ainda assim, para efeitos da elaboração de uma estratégia de mudança numa equipa de alta performance como numa UCI, o estudo da Coordenação Relacional apresenta-se muito útil e importante, tendo por isso sido considerado e utilizado neste estudo.

Orientações para o futuro

Este estudo permite dar uma estrutura de análise organizacional e de diagnóstico de problemas, para direccionar uma mudança bem estruturada. Mas para isso é necessário aplicar o tipo de estudo a outras organizações de saúde, através da aplicação dos mesmos instrumentos para garantir a validade e a reprodutibilidade deste tipo de intervenção nas UCI, em Portugal.

Será necessário avaliar os resultados e monitorizar a implementação da estratégia, ao longo do tempo, pelo menos a um ano. Todos os instrumentos de gestão utilizados preconizam esse rastreamento das ações, para garantir que estão a ser aplicados de forma correta. Poderá ser realizado um novo estudo, com os mesmos métodos de diagnóstico, dentro de um ano, para avaliar os resultados das intervenções propostas, as dificuldades de implementação e as necessidades de ajustes para prosseguir com a mudança e melhoria planeadas.

Embora seja sempre melhor avaliar os resultados que são obtidos através da exploração de oportunidades, e não pela solução de problemas, a verdade é que quando surgem problemas é preciso ter uma visão alargada da organização. Essa gestão holística abrange diferentes áreas de intervenção, desde a cultura organizacional, a liderança, os fatores estruturais e técnicos, os fatores sociais e humanos, a coordenação e a comunicação entre

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

as equipas, a satisfação com o trabalho desenvolvido e a motivação, o envolvimento ou *engagement* sentido com a organização a que se pertence. Permite uma estratégia de intervenção mais adequada e eficaz, globalizante e transversal, garantindo um efeito duradouro e uma melhoria contínua, com resultados positivos na eficiência e na performance, mas também com preocupação pelas pessoas e pela qualidade, características essas fundamentais para os serviços de saúde e para os doentes.

Referências

Bibliografia artigos

- Ambrose, M. L., & Kulik, C. T. (1999). Old Friends , New Faces: Motivation Research in the 1990s, *25*(3), 231–292.
- Argote, L. (1982). Input Uncertainty and Organizational Coordination in Hospital Emergency Units. *Administrative Science Quarterly.*, *27*(3), 420–434. 15p. <https://doi.org/10.2307/2392533>
- Arrogante, O., & Aparicio-Zaldivar, E. (2017). Burnout and health among critical care professionals: The mediational role of resilience. *Intensive and Critical Care Nursing*, *42*, 110–115. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.04.010>
- Carneiro, Antonio Vaz; Leitão, Malaquias P; Lopes, Mário; Pádua, F. (1997). Estratificação do Risco e Prognóstico em doentes cirúrgicos críticos utilizando o sistema APACHE III. *Acta Médica Portuguesa*, *10*, 751–760.
- Christensen, J. F., Levinson, W., & Dunn, P. M. (1992). The heart of darkness - The impact of perceived mistakes on physicians. *Journal of General Internal Medicine*, *7*(4), 424–431. <https://doi.org/10.1007/BF02599161>
- Cimiotti, J. P., Aiken, L. H., Sloane, D. M., & Wu, E. S. (2012). Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection. *American Journal of Infection Control*, *40*(6), 486–490. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2012.02.029>
- Correia, T., Dussault, G., & Pontes, C. (2015). The impact of the financial crisis on human resources for health policies in three southern-Europe countries. *Health Policy*, *119*(12), 1600–1605. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.08.009>
- Crisp, L. N. (2017). *Um Futuro para a Saúde - Todos temos um papel a desempenhar*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fernandes, A. E., Fernandes, A. C., Matos, T. T., & Santos, A. T. L. (2010). Plano Nacional De Saúde 2011-2016 - Cuidados de Saúde Hospitalares, 72. Retrieved from <http://pns.dgs.pt/files/2010/08/CSC1.pdf>
- Gittel, Jody Hoffer; Weinberg, D.B.; Bennett, A.L. and Miller, J. A. (2008). Is the doctor in? A relational approach o job design and the coordination of work. *Human*

- Resource Management*, 47(4), 729–755. <https://doi.org/10.1002/hrm>
- Gittell, J. H., Godfrey, M., & Thistlethwaite, J. (2013). Interprofessional collaborative practice and relational coordination: Improving healthcare through relationships. *Journal of Interprofessional Care*, 27(3), 210–213. <https://doi.org/10.3109/13561820.2012.730564>
- Hoffer 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(11), 1408–1426. <https://doi.org/10.1287/mnsc.48.11.1408.268>
- Lefering, R., Zart, M., & Neugebauer, E. A. M. (2000). Retrospective evaluation of the simplified Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-28) in a surgical intensive care unit. *Intensive Care Medicine*, 26(12), 1794–1802. <https://doi.org/10.1007/s001340000723>
- Legido-Quigley, H., Karanikolos, M., Hernandez-Plaza, S., de Freitas, C., Bernardo, L., Padilla, B., ... McKee, M. (2016). Effects of the financial crisis and Troika austerity measures on health and health care access in Portugal. *Health Policy*, 120(7), 833–839. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.04.009>
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2005). *Banishing Burnout: Six Strategies for Improving Your Relationship with Work*. Wiley.
- Lopes, A. (2010). A Cultura Organizacional em Portugal: De Dimensão Oculta a Principal Activo Intangível. *Gestão e Desenvolvimento*, 17–18, 3–26.
- Lusine, P. S. P. C. M. F. and L. H. A. (2010). Nurse Burnout and Quality of Care: Cross-National Investigation in Six Countries. *Res Nurs Health*, 33(4), 288–298. <https://doi.org/10.1002/nur.20383>.Nurse
- Malone, T. W., & Crowston, K. (1994). The interdisciplinary study of coordination. *ACM Computing Surveys*, 26(1), 87–119. <https://doi.org/10.1145/174666.174668>
- Maslach, C. (2003). Job Burnout: New Directions in Research and Intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12(5), 189–192. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.01258>
- Moreno, R., & Morais, P. (1997). Validation of the simplified therapeutic intervention scoring system on an independent database. *Intensive Care Medicine*, 23(6), 640–644. <https://doi.org/10.1007/s001340050387>
- Moss, M., Good, V. S., Gozal, D., Kleinpell, R., & Sessler, C. N. (2016). An official critical care societies collaborative statement: Burnout syndrome in critical care

- health care professionals: A call for action. *American Journal of Critical Care*, 25(4), 368–376. <https://doi.org/10.4037/ajcc2016133>
- Muehler, N., Oishi, J., Specht, M., Rissner, F., Reinhart, K., & Sakr, Y. (2010). Serial measurement of Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28) in a surgical intensive care unit. *Journal of Critical Care*, 25(4), 620–627. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2010.03.008>
- Rhodes, A., Ferdinande, P., Flaatten, H., Guidet, B., Metnitz, P. G., & Moreno, R. P. (2012). The variability of critical care bed numbers in Europe. *Intensive Care Medicine*, 38(10), 1647–1653. <https://doi.org/10.1007/s00134-012-2627-8>
- Robertson, P. J., Roberts, D. R., & Porras, J. I. (1993). Dynamics of Planned Organizational Change: Assessing Empirical Support for a Theoretical Model. *Academy of Management Journal*, 36(3), 619–634. <https://doi.org/10.2307/256595>
- Ruivo, M., Nunes, L., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, 1–38. <https://doi.org/ISSN 1646-5067>
- Silich, S. J., Wetz, R. V., Riebling, N., Coleman, C., Khoueiry, G., Abi Rafeh, N., ... Szerszen, A. (2012). Using Six Sigma methodology to reduce patient transfer times from floor to critical-care beds. *Journal for Healthcare Quality: Official Publication of the National Association for Healthcare Quality*, 34(1), 44–54. <https://doi.org/10.1111/j.1945-1474.2011.00184.x>
- Swayne, L. E., Duncan, W. J., & Ginter, P. M. (2005). *Strategic Management of Health Care Organizations*. Wiley.
- Teixeira, C., Ribeiro, O., Fonseca, A. M., & Carvalho, A. S. (2013). Burnout in intensive care units - a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: A descriptive correlational multicentre study. *BMC Anesthesiology* (Vol. 13). <https://doi.org/10.1186/1471-2253-13-38>
- Trzeciak, S., Mercincavage, M., Angelini, C., Cogliano, W., Damuth, E., Roberts, B. W., ... Mazzeilli, A. J. (2016). Lean Six Sigma to Reduce Intensive Care Unit Length of Stay and Costs in Prolonged Mechanical Ventilation. *Journal for Healthcare Quality*, 40(1), 1. <https://doi.org/10.1097/JHQ.0000000000000075>
- Wright, T. A., & Bonett, D. G. (1997). The contribution of burnout to work performance. *Journal of Organizational Behavior*, 18(March 1996), 491–499. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1379\(199709\)18:5<491::AID-JOB804>3.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1379(199709)18:5<491::AID-JOB804>3.0.CO;2-I)

Referências Bibliográficas livros e documentos

1. Berstein, William M. (1987). Reviewed Work(s): *Stream Analysis: A Powerful Way to Diagnose and Manage Organizational Change* by Jerry I. Porras. The Academy of Management Executive, Vol. 1, No. 2 (May, 1987), pp. 154-156, Published by: Academy of Management, Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/4164745>, Accessed: 20-03-2018 09:50 UTC
2. Cameron, K.S., Dutton, J.E., and Quinn, R.E. (2003) *Positive Organizational Scholarship*. (pp. 3-13) San Francisco: Berrett-Koehler.
3. Cameron K.; Quinn R. (2011). *Diagnosing Changing Organizational Culture* (3rd Edition). John Wiley & Sons
4. Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. – Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2003 – 72 pp.
5. Galbraith, Jay. (1973). *Designing Complex Organizations*. Addison- Wesley, Reading, MA.
6. Gittel, J. H. (2009). *High Performance Healthcare: Using the Power of Relationships to Achieve Quality, Efficiency and Resilience*. McGraw Hill Professional.
7. Gittel, J.H. (2011). *The Oxford Handbook of Positive Organizational Scholarship*. The Oxford Library of Psychology. Cap.30.
8. Gittel, J.H. (2016). *Transforming relationships for high performance: The power of relational coordination*. Palo Alto, CA: Stanford University Press.
9. Hackman, J. R., & Oldham, G. (1980). *Work redesign*. New York: Addison-Wesley.
10. Hofstede, G., & Hofstede, G. J. (2005). *Cultures and organizations: Software of the mind*. 6th ed. New York: McGraw-Hill.
11. <http://www.businessdictionary.com/definition/organizational-culture.html> acesso a 12-05-2018.
12. <https://www.hofstede-insights.com/country-comparison/portugal/> acesso a 15-05-2018.
13. <https://www.healthcarediver.com/news/physician-burnout-costs-up-to-17b-a-year-task-force-says/522320/>, acesso a 22/05/2018.
14. <https://s.economias.pt/ficheiro/memorando-de-entendimento-sobre-as-condicionalidades-de-politica-economica.pdf>, acesso a 27/06/2018.
15. <https://www.publico.pt/2017/11/14/sociedade/perguntaserespostas/perguntas-e-respostas>

- 1792565, acesso a 27/06/2018.
16. <http://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path>, acesso a 27/06/2018, Orçamento de Estado 2018, Diário da República, 1.ª série—N.º 249—29 de dezembro de 2017,
 17. Likert, R. (1961). *New patterns of management*. New York: McGraw-Hill
 18. March, James G.; Simon, Herbert A.; 1958. *Organizations*. Wiley, New York
 19. McGregor, D. (1960). *The human side of enterprise*. New York: McGraw-Hill.
 20. Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organizations*. Englewood Cliffs, N.J. Prentice-Hall, 512 pp.
 21. Porras, JI. (1987). *Stream Analysis*. Addison – Wesley Publishing Company
 22. Quinn R. E. & Rhorbaugh, J. (1983), *A spatial model of effectiveness criteria: towards a competing values approach to organizational analysis*, Management Science, Vol. 29, No 3, p. 363-377.
 23. Recomendações Técnicas para Instalações de Unidades de Cuidados Intensivos – Lisboa: ACSS, IP – Ministério da Saúde, abril 2013 – 32 pp.
 24. Rede Nacional de Especialidade e Referenciação – Medicina Intensiva, Lisboa: Direção-Geral da Saúde – Ministério da Saúde, fevereiro 2017 – 106 pp.
 25. Relatório Técnico para a Reforma Hospitalar – Os Cidadãos no centro do sistema; Os Profissionais no centro da mudança - Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar criado pelo Despacho N.º 10.601/2011 do Ministro da Saúde, publicado em Diário da República N.º 162, 2ª Série, de 24 de Agosto de 2011, 417 pp.
 26. Schein, E. (2010). *Organizational Culture and Leadership*. John Wiley & Sons, Inc. 4th ed. San Francisco, California, USA.
 27. Smith, Adam. (2007). *An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations*. Edited by S. M. Soares. MetaLibri Digital Library.
 28. Taylor, F. W. (1911). *The principles of scientific management*. New York: Harper and Row.

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

Anexos

Anexo 1 – Questionário MRWWT

Questionário:
Qual é a minha relação com o
trabalho?

Adaptado de:
Leiter, M. P., & Maslach, C. (2005). *Eliminating burnout: Six strategies for improving your relationship with work*.
San Francisco: Jossey-Bass.

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

Instruções:

O presente questionário tem por finalidade recolher dados para a realização de um Trabalho Final de Mestrado em Gestão de Empresas/Organizações de Saúde no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e das Empresas (ISCTE) do Instituto Universitário de Lisboa (IUL).

O questionário é confidencial, pelo que se solicita que não se identifique em parte alguma do mesmo. As respostas serão tratadas estatisticamente e não individualmente. Os dados obtidos serão apenas utilizados para investigação académica.

Este inquérito pretende definir a relação de um indivíduo com o seu trabalho e gerar um perfil de seis áreas estratégicas nessa relação.

Tente responder às questões seguintes de uma forma crítica de acordo com cada componente do seu trabalho, na medida em que está adequado/satisfatório, desadequado ou muito desadequado.

Seja exigente! O seu ponto de comparação para este teste é com aquilo que seria o seu trabalho ideal. Não fique apenas pelo razoável, só porque sim.

As 6 áreas que constituem este teste da "Minha Relação com o Trabalho" são: Carga de trabalho, Controlo, Recompensas, Comunidade, Justiça e Valores.

Grata pela colaboração!

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

Carga de trabalho

Esta secção é sobre o trabalho. Estes pontos focam-se na quantidade de trabalho, no tipo de trabalho, no ritmo de trabalho e na exigência do trabalho. Estes pontos correspondem a uma perspetiva a longo prazo. A questão não é a carga de trabalho de hoje, mas sim o estado das coisas ao longo dos últimos meses e como espera que as coisas sejam num futuro previsível.

	Adequado	Desadequado	Muito Desadequado	Pontuação
	0	1	2	
W1 A quantidade de trabalho para completar num dia				
W2 A complexidade do meu trabalho				
W3 A intensidade das exigências dos doentes				
W4 A firmeza dos prazos de resposta				
W5 A frequência de eventos surpreendentes, inesperados				
W6 A oportunidade de me ajustar a um ritmo confortável				
W7 A frequência de interrupções ao longo do dia				
W8 A proporção do meu tempo de trabalho passado com os meus doentes				
W9 A quantidade de tempo que trabalho sozinho				
W10 A quantidade de tempo que trabalho com colegas				
Carga de trabalho total				

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

Controlo

Esta secção foca-se no ambiente para tomar decisões no trabalho. Estes pontos dizem respeito ao nível de autoridade que consegue exercer sobre o seu trabalho, sobre as funções do seu grupo de trabalho. Para estes pontos, não interessa como ganhou esta autoridade. Pode ter ganho esse poder através de características formais/política da instituição ou pode ter ganho influência através das suas próprias relações profissionais. A questão é sobre fornecer uma leitura adequada da sua capacidade de tomar decisões acerca do seu trabalho.

	Adequado	Desadequado	Muito Desadequado	Pontuação
	0	1	2	
C1 A quantidade de decisões de grupo tomadas no meu local de trabalho				
C2 Até que ponto partilho a autoridade com colegas				
C3 A quantidade de informação que o meu chefe fornece sobre acontecimentos importantes no nosso hospital				
C4 A minha participação em decisões que afetam o meu trabalho				
C5 A qualidade da liderança dos meus superiores				
C6 A qualidade da liderança demonstrada pelo meu superior direto				
C7 A autoridade que me é confiada na minha área de responsabilidade				
C8 Oportunidades para exercer o meu juízo profissional				
C9 A minha capacidade de influenciar decisões que afetem o meu trabalho				
C10 A minha liberdade para seguir os meus juízos profissionais				
Controlo total				

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

Recompensa

Esta secção é sobre recompensas. Há muitas maneiras de um trabalho ser recompensador, mas também há muitas maneiras de se perder essa oportunidade. Para esta secção, pare um pouco para pensar naquilo que o faz continuar.

	Adequado	Desadequado	Muito Desadequado	Pontuação
	0	1	2	
R1 O meu salário e benefícios relativamente ao que eu necessito				
R2 O meu salário e benefícios em relação ao que receberia noutra lugar				
R3 Reconhecimento do meu sucesso por parte do meu chefe				
R4 Reconhecimento do meu sucesso por parte de outros superiores				
R5 O rigor das avaliações regulares de desempenho				
R6 O meu acesso a benefícios no trabalho – viagens, apoios para conferências, etc.				
R7 Oportunidades de promoção				
R8 Oportunidades de bónus e aumentos				
R9 A quantidade de tempo de trabalho que realmente aprecio				
R10 A quantidade de tempo que trabalho com pessoas que realmente aprecio				
Recompensa total				

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

Comunidade

O foco nesta secção são as pessoas que constituem o seu ambiente de trabalho social. Pense nas pessoas que encontra no seu trabalho: doentes, colegas, chefes, subordinados e outros.

	Adequado	Desadequado	Muito Desadequado	Pontuação
	0	1	2	
S1 A facilidade de descobrir o que se passa no hospital				
S2 Comunicação aberta e honesta transversal a todo o hospital				
S3 A liberdade para exprimir opiniões diferentes				
S4 Até que ponto as pessoas confiam umas nas outras no trabalho				
S5 A frequência de interações motivantes no trabalho				
S6 A proximidade das amizades pessoais no trabalho				
S7 Quanto as pessoas interagem informalmente no trabalho				
S8 Um sentimento partilhado de propósito em todo o hospital				
S9 O meu sentimento de comunidade com todo o hospital				
S10 O nível de conforto para ser frontal com pessoas de unidades diferentes da minha				
Comunidade total				

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

Justiça

Esta secção foca-se no respeito e justiça. Pense nas decisões importantes que afetam a qualidade do seu trabalho. Como é que as pessoas à sua volta são tratadas e como trata os outros? Até onde são evidentes a justiça e o respeito na vida da sua instituição?

	Adequado	Desadequado	Muito Desadequado	Pontuação
	0	1	2	
F1 A atenção do meu chefe em tratar os seus subordinados com justiça				
F2 A atenção da administração em tratar os seus profissionais com justiça				
F3 A dedicação da administração em dar a todos a mesma consideração				
F4 Procedimentos transparentes e honestos para atribuir recompensas e promoções				
F5 Procedimentos disciplinares especificados em detalhe				
F6 A objetividade das decisões de pagar bónus ou aumentos				
F7 A objetividade das decisões nos horários e tarefas designadas a cada um				
F8 Até que ponto os indivíduos interagem com cortesia e respeito				
F9 O nível de sensibilidade cultural em todo o hospital				
F10 A acomodação por parte da organização de diversos passados e competências				
Justiça total				

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

Valores

Acredita no que está a fazer? Esta secção é sobre a maneira como os seus valores combinam com os da sua instituição. Ou não. Pense nas questões críticas que levam a que ambos os conjuntos de valores se contrariem. A organização cumpre o seu dever para consigo? A organização cumpre o seu dever para com os seus próprios valores?

	Adequado	Desadequado	Muito Desadequado	Pontuação
	0	1	2	
V1 A profundidade do compromisso da administração para com a sua missão				
V2 A influência dos valores da organização no meu trabalho				
V3 A influência dos valores da organização em tudo o que faz				
V4 A nível de honestidade em toda a organização				
V5 A administração está empenhada em manter a honestidade e a integridade				
V6 A minha vontade de fazer sacrifícios pessoais pela missão da minha organização				
V7 O potencial do meu trabalho contribuir para a comunidade				
V8 A minha confiança que a missão da organização é importante				
V9 O impacto construtivo da missão e atividades da organização				
V10 A contribuição da organização para melhorar a qualidade de vida de uma forma geral				
Total de valores				
Grande total				

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

Anexo 2 – Resultados do Questionário MRWWT

Resultados MRWWT Médicos

		P1 Workload										
		w1	w2	w3	w4	w5	w6	w7	w8	w9	w10	Tw
MED	Q1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
MED	Q2	0	0	1	0	1	1	2	0	2	1	8
MED	Q3	0	0	0	1	1	1	2	1	1	1	8
MED	Q12	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	5
Med	Q19	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	4
Med	Q20	0	1	0	0	1	1	1	0	2	1	7
Med	Q21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Média		0,1428	0,1428	0,1428	0,1428	0,5714	0,5714	0,8571	0,2857	1,1428	0,7142	4,7142

		P2 Controlo										
		C1	C2	c3	c4	c5	c6	c7	c8	c9	c10	TC
MED	Q1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	4
MED	Q2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MED	Q3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MED	Q12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Med	Q19	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
Med	Q20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Med	Q21	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
Média		0	0	0,166	0,1428	0,2857	0,2857	0	0,1428	0,1428	0	1,1428

		P3 Recompensa										
		r1	r2	r3	r4	r5	r6	r7	r8	r9	R10	TR
MED	Q1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	7
MED	Q2	1	0	0	1	0	0	1	2	1	1	7
MED	Q3	2	1	0	0	1	0	1	2	1	0	8
MED	Q12	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	3
Med	Q19	1	1	1	1	1	2	2	2	0	0	11
Med	Q20	2	2	0	0	0	0	0	2	1	0	7
Med	Q21	0	0	0	2	2	2	1	2	0	0	9
Média		0,8571	0,7142	0,2857	0,7142	0,8571	0,8571	0,8571	1,7142	0,4285	0,1428	7,4285

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

		P4 Comunidade										
		s1	s2	s3	s4	s5	s6	s7	s8	s9	S10	TS
MED	Q1	2	2	1	0	1	1	0	1	1	1	10
MED	Q2	0	2	1	2	2	0	1	2	0	2	12
MED	Q3	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	3
MED	Q12	1	1	0	1	1	0	0	2	2	0	8
Med	Q19	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	5
Med	Q20	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	7
Med	Q21	0	1	0	1	0	0	0	1	2	0	5
Média		0,7142	1,2857	0,2857	0,8571	0,7142	0,2857	0,2857	1,2857	1	0,4285	7,1428

		P5 Justiça										
		f1	f2	f3	f4	f5	f6	f7	f8	f9	F10	TF
MED	Q1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9
MED	Q2	0	2	2	2	1	1	0	1	1	2	12
MED	Q3	0	2	2	2	1	2	1	1	2	1	14
MED	Q12	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	5
Med	Q19		1	2	1	0	1	0	0	1	1	7
Med	Q20	0	1	1	1	1	2	1	0	1	1	9
Med	Q21	0	2	2	2	2	2	2	1	2	2	17
Média		0,1666	1,4285	1,5714	1,4285	0,8571	1,4285	0,7142	0,4285	1,2857	1,1428	10,428

		P6 Valores										
		v1	v2	v3	v4	v5	v6	v7	v8	v9	V10	TV
MED	Q1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	6
MED	Q2	2	1	1	1	1	2	0	0	0	0	8
MED	Q3	1	1	1	1	1	2	0	1	1	2	11
MED	Q12	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	4
Med	Q19	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	6
Med	Q20	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	7
Med	Q21	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	6
Média		1,1428	0,8571	0,8571	0,8571	0,8571	1	0	0,1428	0,4285	0,7142	6,8571

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

Resultados MRWWT Enfermeiros

		P1 Workload										
		w1	w2	w3	w4	w5	w6	w7	w8	w9	w10	Tw
ENF	Q4	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	3
ENF	Q5	2	0	0	1	1	1	1	1	0	0	7
ENF	Q6	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	3
ENF	Q7	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	6
ENF	Q8	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	7
ENF	Q9	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	3
ENF	Q13	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	11
ENF	Q14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ENF	Q15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
ENF	Q16	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	5
ENF	Q17	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	6
ENF	Q18	1	0	1	0	1	2	2	1	1	1	10
Enf	Q22	1	0	0	1	1	1	1	2	1	0	8
Enf	Q23	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	6
Média		0,7857	0,3571	0,4285	0,7142	0,6428	0,9285	0,8571	0,7142	0,3571	0,2857	6,0714

		P2 Controlo										
		C1	C2	c3	c4	c5	c6	c7	c8	c9	c10	TC
ENF	Q4	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	11
ENF	Q5	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	6
ENF	Q6	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	11
ENF	Q7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
ENF	Q8	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	8
ENF	Q9	1	0	2	1	1	0	0	1	0	0	6
ENF	Q13	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	8
ENF	Q14	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	4
ENF	Q15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
ENF	Q16	1	0	2	0	2	1	0	0	0	1	7
ENF	Q17	1	0	2	1	2	2	1	1	1	1	12
ENF	Q18	1	1	2	1	2	2	2	2	1	1	15
Enf	Q22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enf	Q23	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	5
Média		0,6428	0,5	1,0714	0,7142	1,2142	0,9285	0,6428	0,5714	0,5	0,6428	7,4285

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

		P3 Recompensa										
		r1	r2	r3	r4	r5	r6	r7	r8	r9	R10	TR
ENF	Q4	2	1	0	2	2	2	1	2	0	1	13
ENF	Q5	2	2	1	2	1	2	2	2	1	0	15
ENF	Q6	2	1	1	2	2	2	1	2	0	1	14
ENF	Q7	2	2	1	1	1	2	1	2	1	1	14
ENF	Q8	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9
ENF	Q9	2	2	1	2	2	2	2	2	2	0	17
ENF	Q13	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	18
ENF	Q14	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	17
ENF	Q15	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	12
ENF	Q16	2	0	1	2	2	2	2	2	1	1	15
ENF	Q17	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	18
ENF	Q18	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20
Enf	Q22	2	2	1	0	1	2	2	2	1	1	14
Enf	Q23	2	2	0	1	1	2	1	2	2	1	14
Média		1,9285	1,5	1	1,5	1,5	1,8571	1,5714	1,8571	1,2857	1	15

		P4 Comunidade										
		s1	s2	s3	s4	s5	s6	s7	s8	s9	S10	TS
ENF	Q4	1	2	2	2	2	1	0	1	1	2	14
ENF	Q5	2	2	2	1	2	1	0	2	2	1	15
ENF	Q6	1	2	2	2	2	1	0	1	1	2	14
ENF	Q7	1	2	1	1	2	1	0	2	2	1	13
ENF	Q8	0	0	1	2	1	0	0	1	1	0	6
ENF	Q9	1	2	0	1	1	1	1	2	2	1	12
ENF	Q13	1	1	1	1	1	1	0	1	1	2	10
ENF	Q14	1	2	1	0	1	1	1	1	1	1	10
ENF	Q15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
ENF	Q16	1	2	1	0	1	1	1	2	2	1	12
ENF	Q17	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	18
ENF	Q18	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	16
Enf	Q22	0	1	1	2	1	2	1	1	0	0	9
Enf	Q23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
Média		1,0714	1,5714	1,2857	1,2857	1,4285	1,0714	0,5714	1,3571	1,2857	1,1428	12,071

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

		P5 Justiça										
		f1	f2	f3	f4	f5	f6	f7	f8	f9	F10	TF
ENF	Q4	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	15
ENF	Q5	0	2	2	2	2	2	1	0	1	1	13
ENF	Q6	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	15
ENF	Q7	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	13
ENF	Q8	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	8
ENF	Q9	2	2	2	2	1	2	1	0	0	1	13
ENF	Q13	0	2	2	2	2	2	2	0	1	1	14
ENF	Q14	2	2	2	2	2	2	2	0	1	1	16
ENF	Q15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
ENF	Q16	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	16
ENF	Q17	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	18
ENF	Q18	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20
Enf	Q22	0	1	1	2	2	2	1	1	2	1	13
Enf	Q23	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	6
Média		1	1,6428	1,6428	1,7857	1,5	1,7857	1,5	0,6428	1	1,0714	13,571

		P6 Valores										
		v1	v2	v3	v4	v5	v6	v7	v8	v9	V10	TV
ENF	Q4	1	1	1	2	1	2	0	0	1	1	10
ENF	Q5	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	11
ENF	Q6	1	1	1	2	2	2	0	0	1	1	11
ENF	Q7	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	5
ENF	Q8	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	5
ENF	Q9	1	0	1	2	2	0	0	1	1	2	10
ENF	Q13	0	1	1	1	1	1	2	1	1	1	10
ENF	Q14	1	1	1	2	2	1	0	0	1	1	10
ENF	Q15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
ENF	Q16	2	1	1	2	2	2	0	0	1	2	13
ENF	Q17	2	1	1	2	2	0	0	1	1	2	12
ENF	Q18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
Enf	Q22	1	0	1	2	1	0	0	0	1	2	8
Enf	Q23	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	4
Média		1	0,6428	0,8571	1,4285	1,3571	0,8571	0,4285	0,5	0,8571	1,2857	9,2142

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

Anexo 3 – Questionário MSAI

Avaliação dos Comportamentos de
Liderança em Organizações de Saúde
(Perspetiva dos Outros)

Instruções

O presente questionário tem por finalidade recolher dados para a realização de um Trabalho Final de Mestrado em Gestão de Empresas/Organizações de Saúde no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e das Empresas (ISCTE) do Instituto Universitário de Lisboa (IUL).

O questionário é **confidencial**, pelo que se solicita que não se identifique em parte alguma do mesmo. As respostas serão tratadas **estatisticamente** e não individualmente. Os dados obtidos serão apenas utilizados para **investigação académica**.

No questionário seguinte são descritos alguns comportamentos de gestão. É importante que as suas respostas retratem efetivamente aquilo que pensa e não aquilo que lhe parece mais conveniente.

Deve pontuar cada questão de acordo com o grau de importância/concordância que lhe atribui.

Deverá utilizar uma escala de 7 pontos, a seguir apresentada, para responder a cada questão, tendo em conta que 1 corresponde a “muito raramente” e 7 corresponde a “muito frequentemente”.

Muito Obrigada pela Colaboração!

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

QUESTIONÁRIO

Ao executar o seu trabalho, o meu diretor:

- | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Escuta os problemas dos colaboradores. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. | Revê meticolosamente relatórios detalhados. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. | Influencia as decisões tomadas nos níveis superiores. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. | Resolve os problemas de uma forma inteligente e criativa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. | Define claramente áreas de responsabilidade para os seus colaboradores. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. | Envolve-se de modo sincero e pessoal no trabalho. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. | Facilita a criação de consensos nas reuniões de trabalho em grupo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. | Garante a boa continuidade das operações diárias. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. | Compara registos, relatórios, etc. com o objectivo de neles detectar alguma discrepância. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. | Mostra empatia e preocupação ao lidar com os seus colaboradores. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. | Estabelece objectivos claros para a sua unidade de trabalho. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. | Procura inovações e potenciais melhorias. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. | Preocupa-se em manter uma rede de contactos influentes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. | Procura que o seu ritmo de trabalho não seja interrompido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. | Procura demonstrar uma grande motivação no desempenho das suas funções. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. | Encoraja a participação nas tomadas de decisão nas reuniões de trabalho em grupo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

Avaliação dos Comportamentos de Liderança em Organizações de Saúde (Perspetiva Pessoal)

Instruções

O presente questionário tem por finalidade recolher dados para a realização de um Trabalho Final de Mestrado em Gestão de Empresas/Organizações de Saúde no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e das Empresas (ISCTE) do Instituto Universitário de Lisboa (IUL).

O questionário é **confidencial**, pelo que se solicita que não se identifique em parte alguma do mesmo. As respostas serão tratadas **estatisticamente** e não individualmente. Os dados obtidos serão apenas utilizados para **investigação académica**.

No questionário seguinte são descritos alguns comportamentos de gestão. É importante que as suas respostas retratem efetivamente aquilo que pensa e não aquilo que lhe parece mais conveniente.

Deve pontuar cada questão de acordo com o grau de importância/concordância que lhe atribui.

Deverá utilizar uma escala de 7 pontos, a seguir apresentada, para responder a cada questão, tendo em conta que 1 corresponde a "muito raramente" e 7 corresponde a "muito frequentemente".

Muito Obrigada pela Colaboração!

QUESTIONÁRIO

Ao executar o meu trabalho, eu:

- | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Escuto os problemas dos colaboradores. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. | Revejo meticulosamente relatórios detalhados. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. | Influencio as decisões tomadas nos níveis superiores. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. | Resolvo os problemas de uma forma inteligente e criativa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. | Defino claramente áreas de responsabilidade para os meus colaboradores. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. | Envolvo-me de modo sincero e pessoal no trabalho. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. | Facilito a criação de consensos nas reuniões de trabalho em grupo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. | Garanto a boa continuidade das operações diárias. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. | Comparo registos, relatórios, etc. com o objectivo de neles detectar alguma discrepância. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. | Mostro empatia e preocupação ao lidar com os meus colaboradores. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. | Estabeleço objectivos claros para a minha unidade de trabalho. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. | Procuro inovações e potenciais melhorias. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. | Preocupo-me em manter uma rede de contactos influentes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. | Procuro que o meu ritmo de trabalho não seja interrompido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. | Procuro demonstrar uma grande motivação no desempenho das minhas funções. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. | Encorajo a participação nas tomadas de decisão nas reuniões de trabalho em grupo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

Anexo 4 - Resultados Teste MSAI

Questionário Outros Médicos	Facilitador (P7;P16)	Mentor (P1;P10)	Inovador (P4;P12)	Intermediário (P3;P13)	Produtor (P6;P15)	Diretor (P5;P11)	Coordenador (P8;P14)	Monitor (P2;P9)
Q1	11	12	12	9	11	8	10	8
Q2	12	14	11	9	12	8	7	8
Q3	14	14	14	14	14	13	11	12
Q12	14	14	13	12	14	12	12	6
Q20	13	13	14	12	14	12	13	13
Q21	12	10	9	7	12	10	12	4
Total	76	77	73	63	77	63	65	51
Quociente	6	6	6	5	6	5	5	4

Enfermeiros	Facilitador (P7;P16)	Mentor (P1;P10)	Inovador (P4;P12)	Intermediário (P3;P13)	Produtor (P6;P15)	Diretor (P5;P11)	Coordenador (P8;P14)	Monitor (P2;P9)
Q4	6	2	3	7	4	5	2	3
Q5	4	6	4	7	5	6	4	3
Q6	3	2	6	8	3	4	5	5
Q7	9	7	2	4	8	3	2	3
Q8	6	5	5	7	6	6	4	2
Q9	3	4	4	6	9	4	4	2
Q13	7	8	9	9	9	7	9	7
Q14	6	6	8	11	7	7	9	8
Q15	2	5	4	5	4	3	3	4
Q16	3	4	6	6	10	4	5	7
Q17	4	4	4	8	4	4	4	5
Q18	8	2	4	4	11	3	9	5
Q22	10	14	13	14	12	11	12	8
Q23	7	7	8	8	8	7	8	8
Quociente	2	2	2	3	3	2	2	2

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

Questionário LÍDER	Facilitador (P7;P16)	Mentor (P1;P10)	Inovador (P4;P12)	Intermediário (P3;P13)	Produtor (P6;P15)	Diretor (P5;P11)	Coordenador (P8;P14)	Monitor (P2;P9)
LÍDER	12	10	7	7	11	11	10	6
Quociente	6	5	3	3	5	5	5	3

Anexo 5 – Questionário OCAI

Instruções

Cada item apresenta quatro descrições de organizações (A,B,C,D).

Distribua 100 pontos pelas quatro descrições, tendo em conta a semelhança da descrição apresentada com a da sua organização – HOSPITAL.

Nenhuma das descrições é melhor do que as outras, são apenas diferentes.

Para cada questão utilize o máximo de 100 pontos.

Na primeira coluna colocará os pontos relativos à situação atual do Hospital e na segunda coluna os pontos relativos à situação desejada do Hospital, na sua opinião.

Na questão 1, por exemplo, se a Organização A parece similar à sua, se B parece um pouco semelhante e se a C e a D não são parecidas, pode atribuir 70 pontos a A e dar os restantes 30 a B. C e D ficarão a zero.

Obrigada pela colaboração!

Avaliação dos Modelos de Gestão em
Organizações de Saúde

QUESTIONÁRIO SOBRE MODELOS DE GESTÃO

1. Características dominantes (distribua 100 pontos)	Pontos	
	Actual	Desejada
a) A organização de saúde A é muito pessoal. É como uma grande família. As pessoas estão dispostas a partilhar os seus problemas		
b) A organização de saúde B é muito dinâmica e empreendedora. As pessoas estão dispostas a correr riscos.		
c) A organização de saúde C é muito estruturada e formalizada. Os procedimentos burocráticos regem normalmente o que as pessoas fazem.		
d) A organização de saúde D está muito orientada para os resultados. A maior preocupação consiste nos resultados/números alcançados. Os indivíduos são orientados para o desempenho e produtividade.		

2. Líder organizacional (distribua 100 pontos)	Pontos	
	Actual	Desejada
a) O líder da organização de saúde A é geralmente considerado como sendo um mentor, um facilitador, uma pessoa atenta aos problemas humanos do seu pessoal.		
b) O líder da organização de saúde B é geralmente considerado como um empreendedor, um inovador ou um indivíduo que aceita desafios.		
c) O líder da organização C é normalmente designado como sendo um coordenador, um organizador ou um profissional eficiente.		
d) O líder da organização D é de uma maneira geral considerado como um grande diretor, produtivo e competitivo, orientado para os resultados.		

3.	Princípio organizacional (distribua 100 pontos)	Pontos	
		Actual	Desejada
a)	A base sobre a qual se mantém a organização A, é a lealdade e a implicação. A coesão e o trabalho de equipa são característicos desta organização.		
b)	A base sobre a qual se mantém a organização B é a preocupação com o desenvolvimento e inovação.		
c)	Os princípios que regem a organização C são os princípios formais, regras e procedimentos detalhados. É importante manter um funcionamento regular.		
d)	A preocupação com a produção e a consecução de objetivos, são os princípios fundamentais que regem a organização D. Enfatiza-se um posicionamento centrado nos números/resultados.		

4.	Clima organizacional (distribua 100 pontos)	Pontos	
		Actual	Desejada
a)	O clima da organização A é agradável e participativo. Existe uma grande abertura e confiança.		
b)	O clima da organização B caracteriza-se pela inovação, criatividade e vontade de enfrentar novos desafios. Privilegia-se a mudança e o desenvolvimento.		
c)	O clima da organização C caracteriza-se pelo rigor e clareza. Os procedimentos são claros.		
d)	O clima da organização D é competitivo e conflituoso. Dá-se ênfase aos resultados alcançados.		

5. Critérios de sucesso (distribua 100 pontos)	Pontos	
	Actual	Desejada
a) A organização A define o sucesso com base no desenvolvimento dos recursos humanos, no trabalho em equipa e na preocupação com as pessoas.		
b) A organização B define o sucesso com base na posse de competências únicas e capacidade de desenvolver ações que outros serviços similares não fazem. É inovadora e em certas áreas de atuação é referenciada como a melhor do género em Portugal.		
c) A organização C define o sucesso com base na manutenção da atividade diária, evitando sobressaltos. O cumprimento das normas e rotinas é assegurado e são os pontos chave desta organização.		
d) A organização D determina o sucesso com base no número de atos praticados e no número de doentes tratados. Os objetivos numéricos a alcançar norteiam toda a atividade do serviço.		

6. Estilo de gestão (distribua 100 pontos)	Pontos	
	Actual	Desejada
a) O estilo de gestão na organização A é caracterizado pelo trabalho de equipa, consenso e participação.		
b) O estilo de gestão na organização B caracteriza-se pela iniciativa individual, inovação, liberdade e originalidade.		
c) O estilo de gestão na organização C é caracterizado pela manutenção da atividade normal sem sobressaltos, cumprimento das rotinas e assegurando a previsibilidade.		
d) O estilo de gestão na organização D é caracterizado por uma forte competitividade, produção e desempenho centrado nos resultados.		

Obrigado pela colaboração!

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

Anexo 6 - Resultados OCAI

	P1 Caract Domin							
	ACTUAL				DESEJADO			
	A	B	C	D	A	B	C	D
Q1	40	40	20	0	50	40	0	10
Q2	10	10	40	40	40	40	10	10
Q3	20	0	70	10	0	50	0	50
Q4	25	10	25	40	25	25	25	25
Q5	0	0	20	80	30	50	10	10
Q6	10	20	30	40	25	25	25	25
Q7	40	60	0	0	0	100	0	0
Q8	0	0	30	70	0	50	50	0
Q9	10	20	30	40	40	30	20	10
Q12	0	0	30	70	20	40	20	20
Q13	0	0	30	70	20	50	10	20
Q14	20	10	30	40	40	30	20	20
Q15	10	10	40	40	40	40	10	10
Q16	0	0	20	80	30	20	20	30
Q17	10	10	10	70	25	25	25	25
Q18	25	25	25	25	25	25	25	25
Q19	0	0	70	30	20	20	10	50
Q20	0	0	70	30	0	70	0	30
Q21	0	0	70	30	10	30	30	30
Q22	0	0	50	50	20	70	0	10
Q23	10	10	40	40	20	40	20	20
X	10,9523	10,71	35,71	42,62	22,86	41,43	15,71	20,48

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

	P2 Lider							
	ACTUAL				DESEJADO			
	A	B	C	D	A	B	C	D
Q1	60	0	40	0	50	0	30	20
Q2	33	33	33	0	33	33	33	0
Q3	0	0	60	40	20	40	30	10
Q4	20	40	10	30	25	25	30	20
Q5	0	0	20	80	80	20	0	0
Q6	10	10	30	50	50	20	20	10
Q7	60	10	30	0	0	0	100	0
Q8	0	0	0	100	0	40	60	0
Q9	20	10	20	50	25	40	25	10
Q12	10	10	30	50	20	50	10	20
Q13	0	0	40	60	30	30	30	10
Q14	20	20	10	50	40	40	10	10
Q15	20	20	40	20	25	25	25	25
Q16	0	0	0	100	40	20	20	20
Q17	20	5	5	70	25	25	25	25
Q18	10	20	20	50	100	0	0	0
Q19								
Q20	0	0	100	0	20	20	30	30
Q21	0	0	70	30	10	10	40	40
Q22	0	20	30	50	50	20	20	10
Q23	10	20	40	30	30	30	20	20
X	14,65	10,9	31,4	43	33,65	24,4	27,9	14

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

	P3 Princ Organiz							
	ACTUAL				Desejado			
	A	B	C	D	A	B	C	D
Q1	40	30	30	0	40	30	30	0
Q2	10	10	50	30	40	40	20	0
Q3	0	0	50	50	20	60	0	20
Q4	10	10	40	40	30	40	20	10
Q5	0	0	30	70	50	50	0	0
Q6	20	20	40	20	30	30	30	10
Q7	70	0	30	0	0	0	100	0
Q8	0	0	0	100	0	40	60	0
Q9	20	10	40	30	30	40	10	20
Q12	0	0	0	100	0	100	0	0
Q13	25	25	25	25	30	25	25	20
Q14	20	20	20	40	40	20	20	20
Q15	10	20	35	35	40	30	15	15
Q16	0	0	20	80	30	30	20	20
Q17	5	15	20	60	35	35	15	15
Q18	25	25	25	25	25	25	25	25
Q19	0	10	40	50	10	20	30	40
Q20	20	20	20	40	30	30	30	10
Q21	0	0	50	50	10	10	40	40
Q22	20	0	40	40	40	30	20	10
Q23	10	10	40	40	40	30	20	10
X	14,52	10,71	30,71	44,05	27,14	34,05	25,24	13,57

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

	P4 Clima							
	ACTUAL				DESEJADO			
	A	B	C	D	A	B	C	D
Q1	50	30	20	0	50	30	20	0
Q2	0	0	0	100	40	40	20	0
Q3	30	30	30	10	20	60	20	0
Q4	20	10	20	50	50	20	20	10
Q5	0	20	30	50	40	40	20	0
Q6	25	25	30	20	30	30	30	10
Q7	70	30	0	0	20	0	80	0
Q8	0	0	50	50	0	60	40	0
Q9	40	10	10	40	15	35	35	15
Q12	0	0	0	100	0	100	0	0
Q13	10	20	30	40	30	20	25	25
Q14	10	10	40	40	40	40	10	10
Q15	10	20	10	60	35	20	35	10
Q16	0	0	0	100	30	50	20	0
Q17	10	10	10	70	30	30	20	20
Q18	25	25	25	25	25	25	25	25
Q19	10	10	20	60	20	20	30	30
Q20	20	20	20	40	30	40	30	0
Q21	10	10	40	40	20	20	30	30
Q22	0	0	20	80	30	40	20	10
Q23	10	10	40	40	40	30	20	10
X	16,67	13,81	21,19	48,33	28,33	35,71	26,19	9,762

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

	P5 Sucesso							
	ACTUAL				DESEJADO			
	A	B	C	D	A	B	C	D
Q1	70	0	30	0	70	10	20	0
Q2	0	0	70	30	50	50	0	0
Q3	0	0	50	50	40	60	0	0
Q4	10	10	40	40	30	30	20	20
Q5	0	0	40	60	50	40	10	0
Q6	10	20	30	40	50	30	10	10
Q7	20	0	80	0	0	0	100	0
Q8	0	0	0	100	50	40	10	0
Q9	15	15	30	40	35	35	20	10
Q12	0	0	0	100	50	50	0	0
Q13	0	0	50	50	30	20	20	30
Q14	20	20	20	40	40	40	10	10
Q15	10	40	40	10	30	20	20	30
Q16	0	0	0	100	80	20	0	0
Q17	5	5	10	80	50	30	15	5
Q18	25	25	25	25	25	25	25	25
Q19	0	0	50	50	20	20	30	30
Q20	30	10	30	30	50	20	10	20
Q21	0	0	50	50	20	20	30	30
Q22	0	0	20	80	50	20	20	10
Q23	10	20	40	30	40	40	10	10
X	10,71	7,857	33,57	47,86	40,95	29,52	18,1	11,43

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

	P6 Estilo gestao							
	ACTUAL				DESEJADO			
	A	B	C	D	A	B	C	D
Q1	40	30	30	0	40	30	30	0
Q2	10	10	40	40	50	50	0	0
Q3	0	0	100	0	60	40	0	0
Q4	10	30	30	30	40	40	10	10
Q5	0	0	40	60	60	40	0	0
Q6	10	20	40	30	25	25	25	25
Q7	50	0	50	0	50	0	50	0
Q8	0	0	0	100	40	30	30	0
Q9	10	15	25	50	50	25	15	10
Q12	0	0	0	100	100	0	0	0
Q13	0	0	50	50	30	20	25	25
Q14	30	10	30	30	30	30	10	30
Q15	20	20	40	20	30	30	10	30
Q16	0	0	0	100	50	30	20	0
Q17	5	5	10	80	50	30	15	5
Q18	25	25	25	25	25	25	25	25
Q19	0	0	50	50	20	10	30	30
Q20	30	0	40	30	30	20	30	20
Q21	0	0	50	50	10	10	40	40
Q22	0	0	20	80	40	30	15	15
Q23	20	10	40	30	40	30	20	10
X	12,38	8,333	33,81	45,48	41,43	25,95	19,05	13,1

Anexo 7 – Questionário Coordenação Relacional

Coordenação Relacional Médicos

O presente questionário tem por finalidade recolher dados para a realização de um Trabalho Final de Mestrado em Gestão de Empresas/Organizações de Saúde no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e das Empresas (ISCTE) do Instituto Universitário de Lisboa (IUL).

O questionário é confidencial, pelo que se solicita que não se identifique em parte alguma do mesmo. As respostas serão tratadas estatisticamente e não individualmente. Os dados obtidos serão apenas utilizados para investigação académica.

Responda indicando a frequência em que cada uma das seguintes questões se aplica nas relações indicadas. Por favor, seleccione apenas uma resposta para cada pergunta da pesquisa.

Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

Obrigada pela colaboração!

Nota: Adaptado de Gittel, Weinberg, Bennett e Miller (2008), in "Is the doctor in? A relational approach to job design and the coordination of work", Human Resource Management, Winter 2008, Vol.47, No.4, Pp.753-755

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

Dimensão CR	Questão alvo	1	2	3	4	5
Grupo Médicos	Grupo Médicos					
Frequência de comunicação	Com que frequência as pessoas deste grupo comunicam-se consigo sobre admissão/abordagem do doente crítico?					
Comunicação atempada	Quão oportuna é a comunicação dessas pessoas consigo sobre admissão/abordagem do doente crítico?					
Precisão da comunicação	Quão precisa é a comunicação dessas pessoas consigo sobre admissão/abordagem do doente crítico?					
Comunicação de resolução de problemas	Quando há um problema na admissão/abordagem do doente crítico, as pessoas neste grupo culpam os outros ou tentam resolver o problema?					
Objetivos partilhados	As pessoas deste grupo partilham os seus objetivos/ metas para a admissão/abordagem do doente crítico?					
Conhecimento partilhado	As pessoas deste grupo sabem sobre o seu trabalho admissão/abordagem do doente crítico?					
Respeito mútuo	As pessoas deste grupo respeitam o seu trabalho admissão/abordagem do doente crítico?					

Dimensão CR	Questão alvo	1	2	3	4	5
Grupo Médicos	Grupo Enfermeiros					
Frequência de comunicação	Com que frequência as pessoas deste grupo comunicam-se consigo sobre admissão/abordagem do doente crítico?					
Comunicação atempada	Quão oportuna é a comunicação dessas pessoas consigo sobre admissão/abordagem do doente crítico?					
Precisão da comunicação	Quão precisa é a comunicação dessas pessoas consigo sobre admissão/abordagem do doente crítico?					
Comunicação de resolução de problemas	Quando há um problema na admissão/abordagem do doente crítico, as pessoas neste grupo culpam os outros ou tentam resolver o problema?					
Objetivos partilhados	As pessoas deste grupo partilham os seus objetivos/ metas para a admissão/abordagem do doente crítico?					
Conhecimento partilhado	As pessoas deste grupo sabem sobre o seu trabalho admissão/abordagem do doente crítico?					
Respeito mútuo	As pessoas deste grupo respeitam o seu trabalho admissão/abordagem do doente crítico?					

Coordenação Relacional Enfermeiros

O presente questionário tem por finalidade recolher dados para a realização de um Trabalho Final de Mestrado em Gestão de Empresas/Organizações de Saúde no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e das Empresas (ISCTE) do Instituto Universitário de Lisboa (IUL).

O questionário é confidencial, pelo que se solicita que não se identifique em parte alguma do mesmo. As respostas serão tratadas estatisticamente e não individualmente. Os dados obtidos serão apenas utilizados para investigação académica.

Responda indicando a frequência em que cada uma das seguintes questões se aplica nas relações indicadas. Por favor, seleccione apenas uma resposta para cada pergunta da pesquisa.

Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

Obrigada pela colaboração!

Nota: Adaptado de Gittel, Weinberg, Bennett e Miller (2008), in "Is the doctor in? A relational approach to job design and the coordination of work", Human Resource Management, Winter 2008, Vol.47, No.4, Pp.753-755

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

Dimensão CR	Questão alvo	1	2	3	4	5
Grupo Enfermeiros	Grupo Enfermeiros					
Frequência de comunicação	Com que frequência as pessoas deste grupo comunicam-se consigo sobre admissão/abordagem do doente crítico?					
Comunicação atempada	Quão oportuna é a comunicação dessas pessoas consigo sobre admissão/abordagem do doente crítico?					
Precisão da comunicação	Quão precisa é a comunicação dessas pessoas consigo sobre admissão/abordagem do doente crítico?					
Comunicação de resolução de problemas	Quando há um problema na admissão/abordagem do doente crítico, as pessoas neste grupo culpam os outros ou tentam resolver o problema?					
Objetivos partilhados	As pessoas deste grupo partilham os seus objetivos/ metas para a admissão/abordagem do doente crítico?					
Conhecimento partilhado	As pessoas deste grupo sabem sobre o seu trabalho admissão/abordagem do doente crítico?					
Respeito mútuo	As pessoas deste grupo respeitam o seu trabalho admissão/abordagem do doente crítico?					

Dimensão CR	Questão alvo	1	2	3	4	5
Grupo Enfermeiros	Grupo Médicos					
Frequência de comunicação	Com que frequência as pessoas deste grupo comunicam-se consigo sobre admissão/abordagem do doente crítico?					
Comunicação atempada	Quão oportuna é a comunicação dessas pessoas consigo sobre admissão/abordagem do doente crítico?					
Precisão da comunicação	Quão precisa é a comunicação dessas pessoas consigo sobre admissão/abordagem do doente crítico?					
Comunicação de resolução de problemas	Quando há um problema na admissão/abordagem do doente crítico, as pessoas neste grupo culpam os outros ou tentam resolver o problema?					
Objetivos partilhados	As pessoas deste grupo partilham os seus objetivos/ metas para a admissão/abordagem do doente crítico?					
Conhecimento partilhado	As pessoas deste grupo sabem sobre o seu trabalho admissão/abordagem do doente crítico?					
Respeito mútuo	As pessoas deste grupo respeitam o seu trabalho admissão/abordagem do doente crítico?					

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

Anexo 8 – Resultados Questionário Coordenação Relacional

Médicos/Médicos								
	P1 – Freq Comum	P2 - Comun atemp	P3-Prec Comum	P4 - Resol Probl	P5 - Obj compart	P6 - Conhec compart	P7 - Resp mút	
Q1	4	4	4	3	4	4	4	
Q2	5	5	4		4	5	4	
Q3	4	5	4	2	4	5	4	
Q12	5	5	5	5	5	5	5	
Q19	5	4	4		4	5	4	
Q20	5	5	5	5	5	5	5	
Q21	5	4	4		4	4	4	Média Total
Média	4,71428	4,57142	4,2857	3,75	4,28571	4,7142	4,28571	4,3724

Médicos/Enfermeiros								
	P1 - Freq Comum	P2 - Comun atemp	P3-Prec Comum	P4 - Resol Probl	P5 - Obj c ompart	P6 - Conhec compart	P7 - Resp mút	
Q1								
Q2	3	3	4		4	3	4	
Q3	4	3	3	3	3	4	4	
Q12	5	5	5	5	4	5	5	
Q19	5	4	4		4	4	4	
Q20	5	5	5	5	5	5	5	
Q21	4	4	4		4	4	3	Média Total
Média	4,333	4	4,166	4,3333	4	4,167	4,1666	4,166

Projeto Intervenção Estratégica numa UCI

Enfermeiros/Enfermeiros								
	P1 - Freq Comum	P2 - Comun atemp	P3-Prec Comum	P4 - Resol Probl	P5 - Obj c ompart	P6 - Conhec compart	P7 - Resp mút	
Q4	4	4	4	3	3	4	4	
Q5	5	5	5	3	4	4	4	
Q6	4	4	4	3	3	4	4	
Q7	5	5	5	3	4	4	4	
Q8	4	3	3	3	3	5	5	
Q9	5	5	4	4	4	5	5	
Q13	5	5	4	4	4	4	4	
Q14	5	5	5	3	4	5	5	
Q15	4	4	4	4	4	3	3	
Q16	5	5	4		4	4	4	
Q17	1	3	1		4	4	4	
Q18	4	4	4	4	4	4	4	
Q22	4	5	4	5	4	5	5	
Q23	4	4	4	4	4	4	4	Média Total
Média	4,2142	4,3571	3,9285	3,5833	3,785	4,214	4,2142	4,0425

Enfer/Médicos								
	P1 - Freq Comum	P2 - Comun atemp	P3-Prec Comum	P4 - Resol Probl	P5 - Obj c ompart	P6 - Conhec compart	P7 - Resp mút	
Q4	3	3	3	3	4	3	3	
Q5	4	4	4	3	3	3	3	
Q6	3	3	3	3	4	3	4	
Q7	5	5	5	3	4	4	4	
Q8	4	4	4	4	2	5	5	
Q9	4	4	4	3	3	4	4	
Q13	4	4	4	4	4	4	4	
Q14	4	5	4	3	4	4	4	
Q15	3	3	3	3	3	3	3	
Q16	3	4	4		4	3	3	
Q17	1	3	1		4	4	4	
Q18	4	4	4	4	2	4	4	
Q22	5	5	5	5	4	5	5	
Q23	4	4	4	5	3	4	4	Média Total
Média	3,642	3,9285	3,714	3,583	3,4285	3,786	3,8571	3,7057