

Eficácia das Equipas nos Centros de Saúde



Escola de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia Social e das Organizações

Eficácia das Equipas nos Centros de Saúde Portugueses: de que Forma Contribui a Liderança
Para a sua Coordenação?

Diana de Sousa Morais

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia Social e das Organizações

Orientadora:
Professora Doutora Ana Margarida Passos
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2015

Agradecimentos

No decorrer desta Dissertação de Mestrado foi fulcral a presença de algumas pessoas, às quais quero deixar o meu sincero agradecimento.

À Prof. Doutora Ana Margarida Passos, por nos contagiar com a energia e paixão que a movem no seu trabalho, e por partilhar connosco o seu conhecimento, tão importante para tomarmos as decisões que nos trouxeram até aqui.

A toda a equipa envolvida no Projecto Saúde ao Centro – ao Dr. Pedro Marques-Quinteiro, à Dr. Patrícia Costa e à Dr. Catarina Santos pela partilha de experiência e disponibilidade com que sempre nos apoiaram; aos colegas Alexandra Queimado, Daniel Tavares, João Plácido e Vanessa Fialho, incansáveis nos contactos com as Unidades de Saúde.

À minha equipa de *Search & Assessments* da Jason Associates, pela flexibilidade, compreensão e motivação com que pude contar ao longo deste ano.

Ao Márcio Fazenda e ao Rafael Santos, porque mais que colegas, são verdadeiros irmãos.

À minha mãe, por tudo.

Resumo

O trabalho em equipa está presente nos mais diversos contextos. Focado nas equipas que atuam nos Centros ou Unidades de Saúde, este estudo procura compreender os fatores que contribuem para a eficácia dos profissionais na entrega de serviços de saúde com qualidade. Com base no modelo proposto por Zaccaro, Rittman e Marks (2001), o principal objectivo deste estudo foi estudar o papel mediador dos processos de coordenação (coordenação implícita e explícita) na relação entre os processos de liderança e a eficácia da equipa. Procuramos igualmente investigar em que medida variáveis contextuais, como é o caso da dimensão de cultura distância ao poder, pode influenciar esta relação.

Foram aplicados questionários em 25 Unidades de Saúde da zona de Lisboa Central e periferias. Para a análise, contamos com um total de 22 equipas e um total de 202 profissionais de saúde.

Globalmente, os resultados obtidos suportam a hipótese de que os processos de liderança promovem a eficácia da equipa. Contudo, quando a equipa se coordena explicitamente, estes passam a ter um efeito negativo na eficácia. A coordenação implícita não foi afetada pelos processos de liderança em causa, mas teve um efeito positivo na eficácia, sugerindo que quando as equipas se coordenam implicitamente, a liderança não é um fator necessário à sua eficácia. Conseguimos ainda perceber que a coordenação explícita foi o tipo de coordenação com maior efeito na perceção de eficácia.

Os resultados são discutido tendo por base a literatura sobre liderança e eficácia das equipas.

Palavras-chave: Equipas, Liderança, Coordenação de equipas, Eficácia das equipas, Distância ao Poder.

Códigos PsycINFO: 3600; 3660

Abstract

We can find teamwork everyday in our lives. Focused on teams working in Health Centers, this study aim to understand the facts that contribute to the professionals effectiveness and quality health services. Based on the model proposed by Zaccaro, Rittman and Marks (2001), we intend to study how team explicit and implicit coordination processes affect the relationship between leadership processes and team effectiveness. There are many contextual variables that can influence this relationship, but once we are in a context where power can be perceived through some clues, we add power distance to this model, that already demonstrate to be a critical factor in Portuguese society.

Questionnaires were applied in 25 Health Centers and Facilities from central Lisbon area and surroundings, making a total of 22 health professionals teams for this analysis.

The results indicate that although leadership processes promote team effectiveness, when the team coordinates explicitly, leadership has a negative effect on team effectiveness. Implicit coordination wasn't affected by leadership processes, but it had a positive effect on team effectiveness, showing that when teams coordinate implicitly, leadership is not necessary for they to be effective. We were still able to see that explicit coordination had a bigger effect on team effectiveness that implicit coordination.

Key Words: Teams, Leadership, Team coordination, Team effectiveness, Power distance.

PsycINFO Classification Categories: 3600; 3660

Índice

Resumo	III
Abstract	IV
I. Introdução	1
II. As Equipas de Trabalho e a Sua Eficácia	5
Grupos e Equipas de Trabalho	5
Modelos de Eficácia das Equipas de Trabalho	6
III. A Liderança na Eficácia das Equipas	9
IV. A Coordenação nas Equipas de Trabalho	15
Processos de liderança na coordenação de equipas.....	17
V. Distância ao Poder.....	17
VI. Método	19
Participantes	19
Procedimento	20
Operacionalização das variáveis	21
Processos de liderança.....	21
Processos de coordenação da equipa.....	22
Distância ao poder.....	22
Perceção de eficácia da equipa.....	23
VII. Resultados	23
Agregação das Variáveis.....	23
Teste das Hipóteses.....	24
Mediação dos processos de coordenação (explícita e implícita) na relação entre os processos de liderança e a eficácia da equipa.....	25
Moderação da distância ao poder no impacto dos processos de liderança na coordenação da equipa.....	26
VIII. Discussão.....	27
Implicações Práticas.....	29
Limitações	31
Investigação Futura.....	32

IX. Referências.....	35
Anexos	41

Índice de Quadros

Quadro 1. Estatísticas descritivas e correlações das análises em estudo.....	24
Quadro 2. Resultados das mediações da coordenação explícita e implícita na relação entre a liderança e a perceção de eficácia.....	26
Quadro 3. Resultados da testagem dos modelos de moderação da distância ao poder na relação entre os processos de liderança e a coordenação.....	27

Índice de Figuras

Figura 5.1. Esquema representativo do modelo em análise.....	19
--	----

Glossário de Siglas

CS – Centro(s) de Saúde

US – Unidade(s) de Saúde

MMP – Modelo Mental Partilhado

MSP – Modelo Situacional Partilhado

I. Introdução

O trabalho em equipa está presente no nosso dia-a-dia, seja direta ou indiretamente. A maior parte de nós, estará integrado em pelo menos uma equipa, com a qual une esforços em busca de objectivos comuns. E se não faz parte de uma, terá contacto com o trabalho de outras equipas, por exemplo numa simples ida ao supermercado ou a uma repartição de serviços públicos, em que estamos na primeira linha a colher os frutos do trabalho das equipas que aqui atuam.

Devido às exigências de um mercado cada vez mais complexo e dinâmico, já há algum tempo que as equipas se têm vindo a tornar componentes fulcrais nas organizações (Hackman, 1987; Kozlowski, Gully, Salas e Cannon-Bowers, 1996), o que despoletou um aumento considerável da investigação neste domínio e em vários contextos. Contudo, em algumas áreas, o trabalho em equipa não tem sido muito estudado, como é o caso da saúde, que apesar de ser uma grande área de interesse na eficácia das equipas, os estudos publicados ainda não providenciam um paradigma que nos permita desenvolver equipas altamente funcionais (Lemieux-Charles & McGuire, 2006).

Os Centros de Saúde (adiante designados CS) constituem um ótimo exemplo da interação entre equipas de profissionais e utentes (Santos, Biscaia, Antunes, Craveiro, Júnior, Caldeira & Charondière, 2007). Contudo, poucos são os estudos que têm vindo a ser desenvolvidos nestas entidades em Portugal. Esta é uma relação recíproca, em que os profissionais articulam as suas contribuições para entregar cuidados de saúde de qualidade aos utentes, mas, dependem dos mesmos para monitorizar o seu trabalho. Por exemplo, apesar de ser notório um aumento na exigência e consciência dos portugueses face aos serviços que fazem parte do seu quotidiano, a verdade é que por uma questão cultural, de uma forma geral existe ainda alguma passividade na forma como interagem com os mesmos (Santos et al., 2007). No contexto da saúde, algo tão crucial nas nossas vidas, se algo corre mal, tipicamente praguejamos, ficamos frustrados e reclamamos com o administrativo que estiver ao balcão. Talvez no limite, numa situação grave, deixemos uma reclamação formal, mas não existe um sentimento de responsabilização nos utentes pelas práticas de que são alvo, sendo que grande parte não está informado sobre o funcionamento do CS, nem da forma como pode participar na melhoria contínua da qualidade dos serviços (Santos et al., 2007). Nem mesmo a qualidade dos serviços em si tem sido um aspeto suficientemente esmiuçado na literatura para nos dar uma visão clara de que aspectos organizacionais a promovem e afectam (Silva, Costa, Costa,

Eficácia das Equipas nos Centros de Saúde

Tavares, Leite & Passos, 2013). O Instituto de Medicina aponta seis características fulcrais para que os serviços de saúde sejam de alta qualidade: devem ser centrados no paciente, seguros, eficazes e eficientes, atempados e equitativos (IOM, 1999, citado por Costa, Passos, Silva, Sacadura-Leite, Tavares, Spanu, Dimitrova, Basarovska, Milosevic, Turk, Penagopoulou & Montgomery, 2014).

Em Portugal, temos assistido a um aumento da preocupação com a qualidade dos serviços de saúde (Silva et al., 2013). Como nos indicam Santos et al. (2007), a melhoria da qualidade dos serviços apenas pode acontecer se tiver em consideração não só a satisfação dos utentes, definida por Linder-Pelz (1982, citado por Santos et al., 2007; p.22) como “a consequência da comparação entre as expectativas, o desempenho dos profissionais e das entidades e o resultado percebido” para o utente, bem como a satisfação dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, administrativos, psicólogos, etc), que pode ser definida como “a atitude individual em relação à profissão e às condições em que esta é desempenhada” (Santos et al., 2007; p.29). A perspetiva dos médicos, particularmente, foi já abordada em 2003 num estudo cujas conclusões apontaram que, para a sua satisfação, aspetos como o número de médicos e rácio de enfermeiros e administrativos, promoveriam um trabalho em equipa eficaz, que por sua vez levaria à satisfação destes profissionais (Santos et al., 2007).

As exigências do trabalho em si assumem também um papel facilitador na entrega de serviços de saúde com qualidade. Nomeadamente, Costa e colegas (2014), perceberam na sua investigação em profissionais de saúde provenientes de nove países Europeus que exigências físicas, emocionais e cognitivas podem não só comprometer a qualidade dos serviços, mas também afetar a saúde e bem-estar dos profissionais de saúde. Por outro lado, os resultados indicaram também que a qualidade dos serviços pode estar positivamente relacionada com a cooperação, mais precisamente quando existem comportamentos de *backup* (Costa et al. 2014). Aqui, encontramos outros riscos que podem advir deste tipo de comportamento, tanto da parte de quem efetua o comportamento de *backup* como da parte de quem recebe: o primeiro, pode estar a descurar o seu próprio trabalho e o segundo, por sua vez, pode deixar de se esforçar tanto como deveria. Estes aspetos já constituem um *highlight* da complexidade, não só do trabalho em equipa, mas também do contexto em questão.

Em Portugal, Santos et al. (2007) levaram a cabo um estudo qualitativo acerca da satisfação dos utentes e dos profissionais dos CS em Portugal. No que diz respeito à satisfação do utente, foram referidos aspetos como a acessibilidade, a eficácia do sistema de informação, a desburocratização, mas também aspetos mais ligados ao fator humano, onde a relação do utente com a equipa de saúde (e não apenas o médico) foi um dos fatores mais

Eficácia das Equipas nos Centros de Saúde

referidos. Por sua vez, os profissionais de saúde destacam a equipa, a sua organização e a sua estabilidade ao longo do tempo como um elemento central no bom funcionamento dos centros de saúde, entre outros aspetos como as restantes condições de trabalho, a utilidade dos sistemas de informação ou as parcerias com outras instituições (Santos et al., 2007). Foi também referida a importância da escolha das chefias (por projetos desenvolvidos, bem como pela sua competência e prestígio) na promoção de uma melhor liderança, e a importância das chefias intermédias, e de como o reconhecimento e o diálogo com as mesmas favorecem uma maior motivação dos profissionais a praticar cuidados de saúde com qualidade (Santos et al., 2007). Desta forma, fica claro um aspeto em comum referido tanto por utentes como profissionais: o trabalho em equipa. Este, foi considerado pelos profissionais de saúde o “melhor modelo de trabalho” (Santos et al., 2007; p.229). Os autores apontam ainda para a tendência de que a equipa de saúde da família venha cada vez mais a substituir a figura do médico de família. Já em 2006, Lemieux-Charles e McGuire tinham salientado que existe evidência empírica de que os cuidados em equipa podem levar a melhores resultados clínicos e à satisfação do paciente.

Segundo Coburn e Cage-Croll (2011), 70% dos erros médicos são atribuídos a interações deficientes das equipas. Dada a interdisciplinaridade das equipas neste contexto, é importante que estas consigam coordenar as suas ações para levarem a cabo a sua missão, i.e., para que os serviços prestados sejam eficazes, assegurando a segurança dos pacientes e o bem-estar dos profissionais. Para tal, é importante que as equipas se consigam coordenar de forma a otimizar os contributos de cada membro. Aqui, e num contexto em que cada vez mais o papel do líder é importante, não só é necessário que o mesmo fomente esta coordenação, como também é importante que estes comportamentos perdurem na sua ausência; i.e. que as equipas consigam ser autónomas e eficazes quando o líder não pode estar presente.

Este trabalho procura contribuir para a literatura de três formas. Em primeiro lugar, apesar do modelo de liderança de Zaccaro, Rittman e Marks (2001), que iremos analisar adiante, sugerir que o líder tem um papel importante nos processos de coordenação da equipa, os autores não distinguem diferentes tipos de coordenação (e.g. coordenação implícita versus coordenação explícita) nem clarificam quais os comportamentos do líder que promovem cada um dos diferentes tipos de coordenação. Tratar a coordenação entre os membros da equipa como um processo único não é adequado (Rico et al., 2008) e por isso este estudo visa fazer as primeiras distinções neste sentido. Como vamos ver mais à frente, este modelo não contempla a influência de variáveis organizacionais macro (e.g. cultura), apesar dos autores

Eficácia das Equipas nos Centros de Saúde

chamarem atenção para a sua existência, não é postulada nenhuma relação com as mesmas. Deste modo, e em segundo lugar, é introduzida uma variável que não tem sido considerada nos estudos que relacionam liderança e eficácia das equipas – a distância ao poder – uma dimensão relevante nas organizações que afeta a interação entre líderes e liderados. Por fim, este trabalho centra-se num sector específico: a saúde, mais especificamente no contexto dos CS ou Unidades de Saúde (adiante designadas por US). Tal como Salas e Frush (2013) mencionam, esta é uma área em que o trabalho em equipa é crítico mas o número de investigações sobre esta temática é ainda muito reduzido.

II. As Equipas de Trabalho e a Sua Eficácia

Grupos e Equipas de Trabalho

Ao longo deste estudo vamos centrar-nos nas equipas de trabalho. Para Kozlowski et al. (1996) as equipas pressupõem a interação e interdependência de vários indivíduos que fazem parte de um ambiente organizacional, com objetivos comuns e com conhecimento relevante para atingir esses objetivos. Apesar da similaridade entre os conceitos de equipa e grupo, muitas vezes tomados como sinónimos na literatura, neste caso existe a necessidade de clarificar um aspecto fulcral na distinção entre os dois: o contexto organizacional. Em 1987, Hackman clarificou que os grupos de trabalho organizacionais devem ser reais, ou seja, devem ser reconhecidos como tal, os membros devem ser interdependentes, mas o papel de cada um deve ser diferenciado dos restantes; devem ter uma tarefa em mãos que seja identificável, mensurável e que gere um *output*. Além disto, é fulcral que atue num contexto organizacional (Hackman, 1987). Mais recentemente, Mathieu, Maynard, Rapp & Gilson (2008) destacam os elementos centrais na definição de uma equipa, como sejam a existência de “algum nível de interdependência e o facto de operarem num contexto organizacional que influencia o seu funcionamento” (p. 411). Como indicam Guzzo e Dickson (1996, citados por Passos, 2011) o contexto onde um grupo é estudado é o factor determinante para esta distinção, sendo que, ao estudar um grupo em contexto organizacional, estamos a estudar equipas de trabalho. Savoie e Beaudin (1995, citados por Passos, 2011) avançam que, além disto, o conceito de equipa assenta em quatro pilares: (1) é um sistema social, com fronteiras, funções e interdependências definidas; (2) tem origem num sistema social e é uma entidade reconhecida pelos diversos atores do sistema, internos ou externos à equipa; (3) produzem algo passível de ser avaliado e (4) regem-se por direitos e deveres.

No contexto da saúde, particularmente, Silva e colegas (2013) perceberam na sua investigação que o trabalho em equipa pode, efetivamente, facilitar o trabalho dos profissionais de saúde. Neste contexto, Oandason et al. (2006, citado por Weaver, Feitosa, Salas, Seddon e Vozenillek, 2013) definem o conceito de equipa como a interação dos profissionais, que trabalham de forma interdependente visando o cuidado dos pacientes.

Uma equipa é destacada para atingir objectivos que uma pessoa sozinha dificilmente atingiria, por não ter o tempo, as competências, os conhecimentos ou experiências diversificadas que é possível reunir quando um conjunto de indivíduos se junta para um

Eficácia das Equipas nos Centros de Saúde

objectivo comum, oferecendo consequentemente soluções organizacionais inovadoras e mais complexas (Sundstrom, DeMuse & Futrell, 1990, citados por Salas, Sims & Burke, 2005). Contudo, ter apenas dois ou mais indivíduos juntos não é garantia de eficácia, uma vez que é necessário conjugar da melhor forma diversos aspectos respeitantes à diversidade existente (e.g. demográfica, de competências ou de personalidade). A esta diversidade, acrescem também factores contextuais (e.g. prazos para a execução de uma tarefa), bem como características da tarefa em si (e.g. nível de interdependência necessário entre os membros). Podemos então considerar que o desempenho de uma equipa de trabalho depende dos aspectos inerentes à exigência da tarefa, dos recursos que os indivíduos possuem e utilizam (Steiner 1972, citado por Passos, 2011) e de fenómenos sociais como a facilitação, a inibição ou a desmobilização social.

Inerente ao trabalho em equipa surgem outros conceitos de importante distinção neste estudo, como é o caso dos processos e dos estados emergentes na equipa. Segundo Marks, Mathieu e Zaccaro (2001) os processos da equipa correspondem às ações e atividades em si que a equipa leva a cabo para gerar um output, subentendendo a interdependência e a interação entre os membros e o ambiente da tarefa. Já os estados emergentes, como o nome indica, dizem respeito a estados cognitivos, motivacionais e afetivos, de natureza mais dinâmica (Marks et al., 2001).

Modelos de Eficácia das Equipas de Trabalho

A eficácia é, segundo Campbell, Roland e Buetow (2000), uma das dimensões principais da qualidade dos serviços, juntamente com o acesso. Por vezes, este conceito pode ser equiparado à performance da equipa, que se centra apenas nos resultados que foram possíveis de atingir através das ações que a equipa teve (Salas, Sims & Burke, 2005), mas é importante salientar que a eficácia é mais abrangente. Especificamente no contexto da saúde, este constructo pode ser dividido entre dois tipos, o primeiro é a eficácia do cuidado clínico, que se prende com os aspectos técnicos, intrínsecos à função do profissional de saúde em si, já o segundo, a eficácia do cuidado interpessoal, está relacionado com as interações inerentes ao contexto, entre colegas e utentes (Campbell, Roland e Buetow 2000).

A eficácia das equipas de trabalho não pode ser medida apenas através de indicadores objectivos, pois estes são apenas uma parte do resultado do trabalho em equipa. Mas como diriam Lemieux-Charles e McGuire continua a existir uma “falta de especificação no que diz

Eficácia das Equipas nos Centros de Saúde

respeito aquilo que é esperado que as equipas sejam eficazes a fazer” (2006, p. 293). Não existe uma operacionalização única da eficácia, dado que este é um constructo que vai depender do tipo de equipa em causa, contudo, deverá atender a critérios externos (e.g. produtividade) e internos (e.g. coesão entre os membros) (Hackman, 1987, citado por Kozlowski & Bell, 2001). Como indicam Alonso e Dunleavy (2013), o trabalho em equipa eficaz depende da capacidade de cada membro antecipar as necessidades dos outros, ajustar as suas ações às dos outros e às mudanças contextuais e de ter um conhecimento partilhado dos processos em si. Na tentativa de operacionalizar a eficácia das equipas, Hackman (1987), definiu três critérios: o *output* deve ir ao encontro dos padrões definidos ou excedê-los, os processos sociais devem manter ou aumentar a capacidade dos membros voltarem a trabalhar em equipa e a experiência deve satisfazer as necessidades individuais dos membros. À semelhança, mais recentemente, Weaver et al. (2013), resumem 3 pilares que demarcam o trabalho em equipa eficaz, como sejam, a interdependência da tarefa e do *outcome* e a potencia da equipa (i.e., a crença partilhada de que a equipa possui os recursos necessários para atingir os objetivos).

A literatura é rica em estudos orientados para a exploração dos factores que levam as equipas a serem eficazes e têm vindo a ser concebidos diversos modelos na tentativa de operacionalizar esta relação. No já mencionado modelo proposto por Hackman em 1987, o autor baseou-se na crença de que a eficácia de um grupo de trabalho depende de três critérios fulcrais que assumem um papel mediador: o nível de esforço colectivo, o volume de conhecimento e aptidões e a adequabilidade das estratégias definidas. Aqui, a eficácia da equipa é resultado da relação entre o contexto organizacional e o *design* do grupo, e do seu posterior impacto nos critérios supramencionados, moderada pelas sinergias do grupo. Por sua vez, os três critérios vão impactar na eficácia sob a moderação dos recursos materiais que o grupo tiver ao seu alcance (Hackman, 1987).

Ao longo do tempo, também o padrão subjacente aos modelos propostos tem vindo a sofrer alterações, sendo que passamos de modelos gerados com base na relação *input-process-output* (I-P-O) para um paradigma de *input-mediation-output-input* (IMOI). Os primeiros assentam na premissa de que variáveis *input*, internas à equipa (e.g. aptidões individuais) ou externas (e.g. exigências da tarefa) medeiam e/ou moderam os processos que ocorrem no decorrer da tarefa, impactando desta forma na sua eficácia. Neste sentido, foram levadas a cabo pesquisas relacionadas com os processos em si, de onde podemos destacar os exemplos de Tannenbaum, Beard e Salas (1992, citados por Goodwin et al., 2009), que inventariaram uma lista de seis processos que afectam a eficácia: coordenação, comunicação, gestão do

Eficácia das Equipas nos Centros de Saúde

conflito, tomada de decisão, resolução de problemas e a expansão de limites (i.e. *boudary spanning*), e também o estudo de McIntyre e Salas (1995, citados por Goodwin et al., 2009) que enumeraram comportamentos da equipa, fulcrais no seu desempenho, como sejam a monitorização da performance, o feedback, o ciclo de comunicação e os comportamentos de *backup*. Mais tarde, Salas Sims e Burke (2005), citados por Goodwin et al., 2009) agregaram os cinco processos da equipa que tinham vindo a demonstrar estar mais fortemente relacionados com a ação interdependente: liderança e orientação da equipa, monitorização mútua da performance, comportamentos de *backup* e adaptabilidade.

De uma perspetiva mais dinâmica, e após Zaheer, Albert e Zaheer (1999, citados por Marks et al., 2001) chamarem a atenção para a intervenção do fator tempo nos processos organizacionais, Marks et al. (2001) propõem que as relações I-P-O ocorrem de forma cíclica, mediante o processo da equipa e a fase que a mesma atravessa em cada momento da tarefa. Assim, os autores integram no seu modelo dois componentes que mudam a forma como até então se olhava para os modelos I-P-O. Em primeiro lugar, o tempo, que surge como um componente que as equipas utilizam para regular os seus comportamentos, impactando a forma como se atingem os objetivos, e, em segundo lugar, os episódios, que os autores definem como “ciclos temporais de atividade direcionada ao objetivo” (p. 359) e que podem variar na sua duração e consistência (Marks et al., 2001). Para além dos períodos de ação, estes contêm também períodos de transição, que demarcam a fase em que a equipa avalia atividades anteriores e planeia as seguintes, sempre com o foco no cumprimento do objetivo (Marks et al. 2001). Assim, as relações I-P-O manifestam-se consoante a fase de cada episódio (ação ou transição) e não apenas no ciclo de vida da equipa no seu todo, transformando muitas vezes os *outcomes* de fases anteriores em *inputs* de fases posteriores.

Com base nesta categorização, também os processos da equipa foram revistos, sendo que Marks et al. (2001) dividiram os mesmos em 3 *clusters* principais: os processos da fase de transição, que dizem respeito à análise da missão, especificação dos objetivos e ao planeamento e formulação de estratégias; processos da fase de ação, de onde fazem parte a monitorização do progresso, de sistemas (i.e. recursos e condições para levar a cabo a missão) e da equipa (e.g. comportamentos de backup); e por fim os processos interpessoais, como a gestão de conflito, a motivação e a gestão do afeto (Marks et al., 2001). Mathieu e colegas (2008) chamam ainda a atenção para o facto de nos podermos deparar com processos das equipas que não estejam categorizados em nenhum dos três *clusters* mencionados, como é o caso dos processos criativos.

Eficácia das Equipas nos Centros de Saúde

Contudo, em 2005, Ilgen, Hollenbeck, Johnson e Jundt vieram defender que os modelos I-P-O são demasiado curtos para explicar toda a envolvente do trabalho em equipa. Estes autores chamaram a atenção para o facto dos processos (P) muitas vezes não serem processos no verdadeiro sentido da palavra, podendo tratar-se apenas de estados emergentes cognitivos ou afectivos e a linearidade da relação I-P-O leva a que não sejam contempladas interações entre inputs, processos e estados emergentes, e a que não sejam também considerados *feedback loops* neste ciclo, de forma a que os *outputs* de um ciclo possam ser os *inputs* num novo processo da equipa (Ilgen et al., 2005).

Por estes motivos, os autores supracitados conceberam o paradigma IMOI, retirando desde logo o hífen para eliminar a ideia de linearidade e acrescentando o I no final para reiterar a ideia de ciclicidade, com capacidade de abranger maior número de variáveis pela substituição dos processos (P) por mediadores (M) (Ilgen et al. 2005). Já com base neste paradigma, Salas et al (2007, citados por Goodwin et al 2009) listaram quatro categorias de variáveis *input* que impactam no trabalho da equipa e na sua performance: características individuais, características da equipa, características da tarefa e estrutura do trabalho, sendo que todos os processos ocorrem simultaneamente, de forma dinâmica e episódica. Este modelo destaca ainda o papel dos processos cognitivos, ao nível individual enquanto moderador, ou ao nível da equipa enquanto modelos mentais partilhados.

Especificamente no contexto da saúde, Schofield e Amodeo (1999, citados por Lemieux-Charles e McGuire, 2006) operacionalizaram a eficácia das equipas de profissionais em três pilares, como sejam o cuidado ao paciente (e.g. qualidade do serviço), *outcomes* diretamente ligados aos profissionais (e.g. bem-estar) e a gestão (e.g. alocação eficiente de recursos). Mais tarde, foi proposto por Lemieux-Charles e McGuire (2006, citado por Weaver et al., 2013) o *Integrated Healthcare Team Effectiveness Model* (ITEM), que consiste num modelo linear (do tipo IPO) mas que tem em conta diversas variáveis pertinentes neste contexto, como o tipo de tarefa ou a multidisciplinaridade da equipa, e cujo *outcome* é passível de ser medido não só a nível da equipa mas também ao nível do paciente ou organizacional. Neste estudo, optámos por fazer a nossa análise à luz do modelo de Zaccaro et al. (2001) por enfatizar o papel do líder, relacionando-o mais objetivamente com os processos de coordenação da equipa.

III. A Liderança na Eficácia das Equipas

Eficácia das Equipas nos Centros de Saúde

Apesar das divergências entre os modelos mencionados acima, todos eles concordam que existem *inputs* relevantes para os processos da equipa e os seus *outcomes*. Entre as contribuições individuais ou o contexto organizacional, encontramos frequentemente o papel da liderança enquanto *input* para a eficácia da equipa, tendo sido este já distinguido como um elemento central no sucesso da implementação de sistemas de trabalho no seio da equipa (Künzle, Kolbe & Grote, 2009). Como o nome indica, a liderança subentende a existência de um líder. Encontramos, por exemplo, líderes de nações, de religiões ou, num contexto menos macro, líderes de organizações e de equipas de trabalho. Também com a evolução do paradigma da gestão de recursos humanos, cada vez mais o líder deixou de ser visto apenas como quem “manda” e quem toma as decisões, influenciando o grupo através de recompensas ou punições formais (Jago, 1982) para ser visto como alguém que apoia as equipa para irem ao encontro do objetivo de forma eficaz. Salas, Burke e Wilson-Donnelly (2004) definem o papel da liderança sob duas perspetivas: a da tarefa e a do desenvolvimento. Na primeira, o líder deve garantir que a equipa tem os recursos necessários para a obtenção do objetivo comum, bem como a procura e partilha de informação relevante, monitorizando estes aspetos continuamente. Por outro lado, o papel que a liderança tem no desenvolvimento da equipa visa “garantir que a equipa desenvolve e mantém os conhecimentos partilhados necessários, afetos e comportamentos que permitem a performance independente, coordenada e adaptativa” (Salas et al., 2004, p. 295). Desta forma, a liderança é um processo dinâmico em constante evolução, que só acontece se houver uma interação entre líderes e liderados (Jago, 1982), interação esta que hoje também tem vindo a ser um tema, já que antes facilmente era uma interação direta e hoje cada vez mais existem equipas que interagem indiretamente (e.g. equipas virtuais) por não trabalharem juntas no tempo ou no espaço. Este aspeto, exige muitas vezes que as equipas sejam capazes de se autogerir na ausência do líder (Kozlowski & Bell, 2001).

A Liderança tem vindo a ser amplamente estudada, nomeadamente nos seus efeitos diretos e indiretos nos indivíduos. De forma a clarificar a evolução da investigação nesta área, Jago (1982) distingue 4 fases. Na primeira, a investigação focava-se em aceder aos traços e características individuais (a nível físico, de personalidade, de competências ou a nível social) que explicavam porque algumas pessoas eram líderes e outras não, na segunda fase, a liderança era um processo observável através dos comportamentos que existiam na interação líder-liderados (Jago, 1982). Nas duas primeiras fases, encontramos uma perspetiva universal já que um líder teria sempre características individuais ou comportamentos iguais ou muito similares, independentemente das contingências do meio (Jago, 1982). Estas apenas foram

Eficácia das Equipas nos Centros de Saúde

consideradas nas duas últimas fases que estudaram em diferentes circunstâncias que traços e características do líder eram eficazes (terceira fase) e quais os comportamentos que levavam à liderança eficaz (quarta fase).

Hoje é sabido que o desempenho das diversas entidades não pode ser julgado apenas com base nos traços ou nas ações do líder, sendo que há todo um conjunto de contingências associadas também às tarefas e aos liderados. Portanto, faz sentido analisar o impacto da liderança nos *outputs* das equipas apenas à luz de modelos que tenham todos estes factores envolvidos. Kozlowski e Bell (2003, citados por Graça & Passos, 2012) apontam que a liderança tem sido estudada a nível individual (i.e. características e comportamentos do líder como vimos acima), interpessoal (na relação e trocas entre líder-liderado) e ao nível da equipa (relação entre o líder e a equipa), que é o foco deste estudo. Eventualmente, encontramos também estudos de liderança a nível organizacional, mais ligados à estratégia da empresa e modelos de *governance* (Machold, Huse, Minichilli & Nordqvist, 2011; Bailey, 2003).

É ainda reduzida a investigação que foque de facto as diferenças entre liderar indivíduos ou liderar uma equipa (Kozlowski & Bell, 2001). Apesar de ainda existirem poucos estudos que explorem a liderança na equipa e, mais especificamente, a forma como o líder assegura a coordenação da mesma, muitos deles estudam os indivíduos que fazem parte da equipa e não a mesma como unidade de análise (Graça e Passos, 2012). Mesmo ao nível da sua relação com a liderança, é importante fazer a distinção do nível em que nos vamos focar – a equipa – uma vez que alguém que lidera uma equipa tem responsabilidade sob as competências e capacidades dos membros da mesma, de forma a providenciar as ferramentas necessárias para uma performance eficaz e adaptativa (Salas, et al. 2004).

Neste projecto vamos focar-nos ainda na perspectiva de liderança funcional, i.e., focada em atingir objectivos definidos e específicos e que inclui os comportamentos que o líder leva a cabo nesse mesmo sentido (Weaver et al., 2013). Kozlowski e Bell (2001) resumem as funções de um líder funcional em dois objetivos: o desenvolvimento dos processos da equipa, orientando e transformando a equipa numa unidade coerente, e a monitorização da performance da mesma, através da procura e interpretação de informação que possa condicionar o trabalho da mesma.

Em 2001, Zaccaro et al. trabalharam a liderança no seu potencial de promoção de processos da equipa, na interacção e integração das diferentes contribuições dos membros. À semelhança de muitos outros trabalhos, estes autores estudam a liderança enquanto *input* a outros processos que decorrem no seio da equipa (Graça & Passos, 2012). Do trabalho de Zaccaro et al. (2001), resultou um modelo claro, enquadrado na liderança funcional de

Eficácia das Equipas nos Centros de Saúde

equipas de trabalho, onde estas são vistas como a unidade de análise. Por este motivo, este foi o modelo que consideramos mais adequado ao estudo em curso.

Têm vindo a ser propostas várias definições para o papel do líder funcional e suas responsabilidades, a partir das quais podemos admitir que o líder surge numa ótica de *problem-solving*, i.e., tirando o foco de comportamentos prescritos, atuando consoante as exigências do contexto situacional. O líder é responsável por gerir a interação da equipa com a envolvente, é ele que deve ficar atento a vicissitudes contextuais que possam, de alguma forma, comprometer o trabalho que a equipa está a efetuar e conseqüentemente os objectivos propostos. Principalmente em ambientes sociais complexos, o líder é responsável pelas decisões estratégicas que ajudam a equipa a delinear próximos passos (Zaccaro et al., 2001).

Como já vimos acima, a eficácia da equipa não é resultado apenas da performance do líder mas também de factores externos e internos à mesma. Para que todos os factores possam ser geridos da melhor forma, que leve a equipa a atingir os objectivos a que se propõe, é necessário que esta seja capaz de se adaptar às contingências do meio no desenvolver da tarefa. Não menos importante, e não só numa fase inicial mas também sempre que forem necessárias alterações ao curso de ação, é necessário que esta identifique as potenciais contribuições individuais dos membros e posteriormente encontre a forma mais apropriada de integrar as mesmas (Hinsz, Tindale, & Vollrath, 1997, citados por Zaccaro et al., 2001). O líder, surge então como facilitador dos processos de diferentes naturezas (e.g. cognitivos) que ocorrem no seio da equipa (Salas, Sims & Burke, 2005).

Zaccaro e colegas (2001) propuseram então um modelo do impacto das funções da performance do líder na eficácia da equipa, sendo que os processos de liderança vão afectar quatro tipos de processos de equipa: cognitivos, motivacionais, afectivos e de coordenação. Como o nome indica, os primeiros dizem respeito a processos ao nível da cognição dos elementos da equipa, como os modelos mentais partilhados, o processamento de informação colectivo e a metacognição coletiva. Os processos motivacionais referem-se a aspetos como a coesão do grupo, a eficácia coletiva percebida e a performance nas normas de trabalho. Por sua vez, os processos afectivos envolvem o controlo do conflito, o controlo emotivo, a inteligência emocional e a composição emocional da equipa. Por último, temos os processos de coordenação da equipa, que vamos focar nesta investigação. Os processos da equipa são os fenómenos que de facto transformam os *inputs* nos *outputs*, contrastando por exemplo com estados emergentes (Weave et al., 2013).

Não basta existir um alinhamento dos membros da equipa a nível cognitivo, emocional e motivacional, correndo inclusive o risco de não contribuir para a eficácia da equipa, se a

Eficácia das Equipas nos Centros de Saúde

mesma não conseguir integrar todas as suas contribuições. Os processos de coordenação surgem no sentido de orientarem e agregarem as múltiplas ações dos membros da equipa, sendo a coordenação definida como “a gestão efetiva das dependências entre sub-tarefas, recursos e pessoas” (Malone & Crowston, 1990, 1994, citados por Espinosa, 2002, p.5). Para este efeito, Zaccaro e colegas utilizam a taxonomia proposta por Fleishman e Zaccaro em 1992 (citados por Zaccaro et al., 2001) em que são distinguidas funções para uma coordenação eficaz da equipa: funções de orientação, distribuição de recursos, funções de timing, coordenação de resposta, funções motivacionais, monitorização de sistemas e manutenção de procedimento. Por mais adequadas que estas funções nos possam parecer, a verdade é que a sua associação com a coordenação de uma equipa na prática ainda não foi esmiuçada e para além disto, tratar a coordenação entre os membros da equipa como um processo único não é adequado (Rico, Sánchez-Manzanares, Gil & Gibson, 2008). Também os comportamentos de coordenação em que o líder impacta, não foram especificados no modelo mencionado, havendo ainda uma necessidade de distinguir os mesmos.

Posto isto, neste projecto vamos deixar o campo dos processos de coordenação em aberto, i.e., de forma a percebermos em primeiro lugar de que tipo são os comportamentos que as equipas estudadas utilizam para se coordenarem. Concordamos desde já que, quaisquer que sejam os comportamentos supramencionados, a equipa precisará sempre de standardizar a forma como as contribuições individuais dos membros são agregadas, mantendo-as contudo flexíveis a possíveis constrangimentos externos ou internos (Zaccaro et al., 2001), por outras palavras, precisará sempre de coordenação.

No contexto da saúde, a liderança eficaz está relacionada com melhorias na performance das instituições (Burns, Elizabeth & Bryan, 2011, citados por Al-Touby, 2012). Particularmente no Reino Unido, Collinson (2006) tentou perceber as características tipicamente atribuídas a um líder eficaz neste ambiente. Os resultados indicaram que, tanto os pares como as chefias e os reportes diretos identificavam alguns aspetos comuns que distinguiam um líder eficaz de um ineficaz, como sejam o comportamento estratégico e inovador, confortabilidade em ambientes instáveis, receptividade para proceder de formas diferentes, a comunicação clara, a articulação de expectativas, o entusiasmo, o conhecimento profundo da área em questão e, curiosamente, o facto de ser uma pessoa discreta (Collinson 2006).

Nas equipas que atuam neste contexto, a liderança tem sido estudada maioritariamente em equipas médicas e de enfermagem. Especificando grupos de trabalho, em 2011, Schreuder, Roelen, Van Zweeden, Jongma, Van Der Klink e Groothoff encontraram

Eficácia das Equipas nos Centros de Saúde

resultados na sua investigação que indicam que uma liderança eficaz em equipas de enfermagem leva a uma diminuição de ausências por motivo de doença. Estes resultados vão de encontro aos encontrados por Cummings, MacGregor e Davey (2010, citados por Schreuder et al., 2011) de que a saúde dos enfermeiros é melhor quando existe uma liderança de apoio, orientada às relações, para além de se verificar também um aumento da eficácia e produtividade neste tipo de relação com o líder. Características individuais à parte, Al Touby (2012) afirma que em qualquer entidade atuante no contexto da saúde, o modelo de liderança deve focar-se em “iniciar, ajustar, melhorar e rever constantemente as estruturas e processos da prestação de cuidados, como meio de amplificar os resultados para os pacientes” (p. 105).

Künzle et al. (2009) apontam ainda que as equipas de cuidados críticos são mais eficazes se o comportamento do líder for claro, clarificando consequentemente os objetivos da equipa e aumentando a sua eficácia na tomada de decisão. West, Armit, Loewenthal, Eckert, West e Lee (2015) acrescentam que a clareza na liderança está também relacionada com a participação, a inovação e o comprometimento com a excelência dos serviços. Comportamentos de apoio, encorajamento e partilha de feedback por parte do líder ajudam ainda a manter um clima de trabalho positivo e motivam as equipas de cuidados críticos no decorrer do seu trabalho (Künzle et al. 2009).

Para além disto, a liderança não tem de se focar apenas numa pessoa. O papel de um líder a atuar no contexto da saúde passa também por criar na equipa um sentido de liderança partilhada, que já demonstrou ser um preditor da eficácia das equipas (West et al. 2015), envolvendo e responsabilizando os membros pelas decisões tomadas, garantindo a consciencialização dos mesmos acerca da sua performance, sempre com o foco na melhoria dos cuidados prestados aos pacientes (West et al. 2015). Este, pode vir a ser um fator de diferenciação entre equipas bem sucedidas ou não na sua missão na ausência de liderança, já que podem estar mais treinadas a assumir papéis que fazem tipicamente parte da função do líder.

IV. A Coordenação nas Equipas de Trabalho

A coordenação, bem como a cooperação e a comunicação, constituem elementos fulcrais nas práticas clínicas de alta qualidade, necessárias por exemplo numa situação inesperada que coloque em risco a vida de um paciente, mas que ainda não estão otimizados no contexto da saúde (Weaver et al., 2013).

Podemos desde já fazer a distinção entre dois tipos principais de coordenação: a coordenação explícita e a implícita. A primeira, envolve todos os comportamentos que os membros da equipa utilizam de forma intencional para se coordenarem, de onde a literatura salienta frequentemente duas formas principais: a comunicação e o planeamento. O planeamento envolve ações levadas a cabo pela equipa que lhe permitam gerir os aspectos que à partida conseguem prever no decorrer da sua missão, já a comunicação, como o nome indica, abarca todos os processos de feedback, coordenação pessoal e as trocas de informação entre os membros no decorrer da tarefa, sejam estas efectuadas de forma oral ou escrita, formal ou informal (Rico et al., 2008). O segundo tipo de coordenação, a coordenação implícita, acontece inconscientemente entre os membros da equipa e distingue-se pela “antecipação das necessidades e ações dos colegas e das exigências da tarefa, adequando de forma dinâmica o seu comportamento, sem terem que comunicar diretamente uns com os outros ou planear a atividade” (Rico et al., 2008, p.164). Esta acontece devido ao conhecimento partilhado que os membros da equipa possuem, que pode existir por exemplo sob a forma de modelos mentais partilhados, memória transitiva ou a consciência situacional da equipa (Espinosa, 2002). Duas das estruturas de conhecimento que promovem a coordenação implícita mais destacadas na literatura são os modelos mentais partilhados (MMP) e os modelos situacionais partilhados (MSP). Sendo partilhadas pelos membros, são ambas estruturas ao nível da equipa. Os MMP referem-se às representações relativamente estáveis de conhecimento relevante para o trabalho em equipa (e.g. onde é que cada membro pode atuar), enquanto que os MSP dizem respeito ao conhecimento menos estável, mais flexível, dinâmico e em tempo real acerca da realidade contextual (Rico, Sánchez-Manzanares, Gil, Alcover & Taberner, 2011).

Espinosa (2002) reitera que estes dois tipos de coordenação são mecanismos que não acontecem de forma isolada nem podem ser estudados separadamente, existindo uma influência recíproca entre eles. Para ilustrar esta relação, temos como exemplo o estudo de Marks, Zaccaro e Mathieu (2000), onde os autores verificaram que ao clarificar estratégias relacionadas com a tarefa, o líder afetou o desenvolvimento de MMPs similares entre os

Eficácia das Equipas nos Centros de Saúde

membros da equipa (coordenação implícita), bem como a flexibilidade dos mesmos a novas situações, que através de processos de comunicação (coordenação explícita), impactavam positivamente na performance. Da mesma forma, também a sua eficácia varia consoante os tipos de dependência subjacentes à natureza da tarefa, à equipa (composição, tamanho, há quanto tempo a equipa trabalha junta e até a forma como os membros entram na equipa), à tecnologia, aos factores organizacionais, à sincronicidade (i.e. se a equipa trabalha em tempo real ou se os esforços são levados a cabo num espaço temporal diferente) e à dispersão geográfica (Espinosa, 2002). Não podemos também tomar a performance da equipa como uma consequência direta da sua coordenação, ainda que esta última leve à performance (e.g. Marques-Quinteiro, Curral, Passos & Lewis, 2013; Hsu, Shih, Chiang & Liu, 2012; Summer, Humphrey & Ferris, 2012), há situações onde esta relação não se aplica – como quando a tarefa se resume à resolução de um problema tipo “*eureka*”, não existindo dependências – ou quando a própria coordenação não está a ser bem aplicada, algo que pode acontecer quando a equipa se consegue coordenar de forma eficaz em aspectos que não são relevantes para a performance final (Espinosa, 2002). Por estes motivos, diferentes tarefas, em diferentes contextos, exigem diferentes mecanismos de coordenação, ou que estes se expressem em diferentes graus.

Revisitando o modelo multifásico de Marks et al. (2001), na tentativa de modelizar as interações entre os dois tipos de coordenação, em 2009 Rico, Gibson, Sanchez-Manzanares e Clark (citados por Rico et al., 2011) propõem que nas fases de transição é mais provável que haja coordenação explícita em maior grau, pois é precisamente uma fase de planeamento, onde é necessária comunicação entre os membros. Nas fases de ação – onde a equipa preforma a atividade – encontraremos já um maior grau de coordenação implícita e nas fases de pós-ação, voltamos a ter processos de coordenação explícita em maior grau, uma vez que os elementos da equipa vão rever a atividade e perceber em conjunto o que correu melhor, o que correu menos bem, e como devem proceder no futuro.

Dependendo da conjugação destes diversos aspectos, há equipas que desde a fase inicial conseguem ser autónomas na sua missão, por outro lado, outras nem tanto. Estas, acabam por depender mais do líder, que surge como alguém responsável por promover as condições necessárias que permitam que a equipa consiga conjugar as contribuições individuais.

Processos de liderança na coordenação de equipas

No modelo proposto por Zaccaro et al. (2001), os autores enumeram os processos de liderança, i.e., comportamentos que o líder deve ter para levar a equipa a atingir um nível ótimo de coordenação, como sejam: (a) a correspondência entre as capacidades dos membros e as exigências da tarefa, otimizando por exemplo os recursos que a equipa tem disponíveis para atingir os objetivos (e.g. formação); (b) providenciar estratégias claras, por exemplo recorrendo a *briefings* regulares que esclareçam as equipas e evitem que estas tomem cursos de ação que não são os desejáveis, (c) monitorizar mudanças ambientais, estando atento não apenas ao trabalho da equipa mas também às contingências que o podem condicionar, (d) dar feedback, aumentando a consciencialização dos indivíduos acerca do seu desempenho e aumentando a própria capacidade de autogestão dos mesmos e (e) reequilibrar ações sempre que necessário, por exemplo, através do reajustamento de estratégias face a mudanças no meio, que reorientem a equipa. Mais uma vez, estes aspectos não são estanques e pode haver a necessidade do líder os readaptar, consoante a dinâmica das condições que envolvem a tarefa (Kozlowski, Gully, Salas e Cannon-Bowers (1996), citados por Zaccaro et al., 2001). É importante salientar que não podemos assumir a linearidade desta relação, devemos sim assumir a sua reciprocidade, uma vez que não menos importante que o papel do líder numa equipa, é a influência que a mesma pode ter sobre o seu líder, entrando em cena aspectos como o tipo de relação de autoridade, o ambiente na organização ou a constituição da equipa em si (Zaccaro et al., 2001).

Posto isto, podemos adiantar a primeira hipótese de entre as duas a que este estudo se propõe a testar:

H1: A relação entre os processos de liderança e a eficácia da equipa é mediada positivamente pelos (H1a) processos de coordenação explícita e (H1b) pelos processos de coordenação implícita, entre os membros da equipa.

V. Distância ao Poder

Sabemos já que o modelo que este estudo tem por base pressupõe que o comportamento dos líderes vai ter impacto na forma como as equipas se coordenam e, em última instância, na sua eficácia. Contudo, pode haver fatores contextuais a influenciar esta relação. Um destes fatores poderá ser o poder, presente em diversos contextos. À semelhança de muitos outros, no contexto da saúde este pode ser percebido através de várias pistas.

Eficácia das Equipas nos Centros de Saúde

Por exemplo, seja em contexto público ou privado, um médico não se veste da mesma forma que um enfermeiro, e os administrativos (quando aplicável) utilizam também um uniforme diferente. Até mesmo o local onde se sentam dentro de um gabinete pode ser considerado um factor diferenciador.

Na tentativa de perceber que diferenças culturais podem existir a este nível, em 1999, House, Hanges, Javidan, Dorfman e Gupta levaram a cabo o projecto GLOBE (*Global Leadership and Organizational Behavior Effectiveness Research*) que estudou as diferenças culturais em 61 países, recolhendo dados de 951 organizações. Com base nestes dados, os autores puderam agrupar os países participantes em *clusters* culturais (Anglo, Árabe, Confúcio Ásia, Europa Ocidental, Europa Germânica, Europa Latina, Europa Nórdica, América Latina, Sul da Ásia e Subsaariano) e a partir daqui encontraram nove dimensões culturais, demarcadas pelas diferenças diretamente relacionadas com a liderança: anulação da incerteza, orientação para o futuro, distância ao poder, coletivismo institucional, orientação humana, orientação para o desempenho, coletivismo familiar, igualdade de género e assertividade. Três anos mais tarde, Jesuíno (2002) fez uma análise ao *cluster* da Europa Latina – onde Portugal se encontra – evidenciando que a distância ao poder foi a prática social com maior expressão, em contraste com a igualdade de género e a orientação para o futuro que tiveram as pontuações mais baixas (Jesuíno, 2002). A distância ao poder é definida como o grau de aceitação da iniquidade na distribuição do poder, num contexto mais macro como uma sociedade ou mais pequeno, como uma organização (Jesuíno, 2002). Jesuíno (2002) aponta ainda que este cenário não é o ideal para os *managers* que participaram no projecto GLOBE, uma vez que tiveram oportunidade de exprimir o seu desejo por uma redução das percepções de distância ao poder, bem como um aumento da orientação para o desempenho, orientação humana, orientação para o futuro e igualdade de género.

Em 2002, Jesuíno atribuiu este factor à forte influencia da igreja católica na nossa sociedade. Agora, queremos perceber se a distância ao poder continua a ser uma variável tão evidente no contexto português e, em última instância, na eficácia das equipas. Por este motivo, introduzimos a distância ao poder como moderadora da relação entre os processos de liderança e processos de coordenação. Posto isto, a segunda hipótese é:

H2: O impacto dos processos de liderança na coordenação da equipa é moderado negativamente pela distância ao poder, i.e., quanto maior for a distância ao poder, menos será a intensidade da relação entre a liderança e a coordenação da equipa.

De forma a clarificar o modelo que o presente estudo pretende testar, o mesmo encontra-se esquematizado na Figura 1.

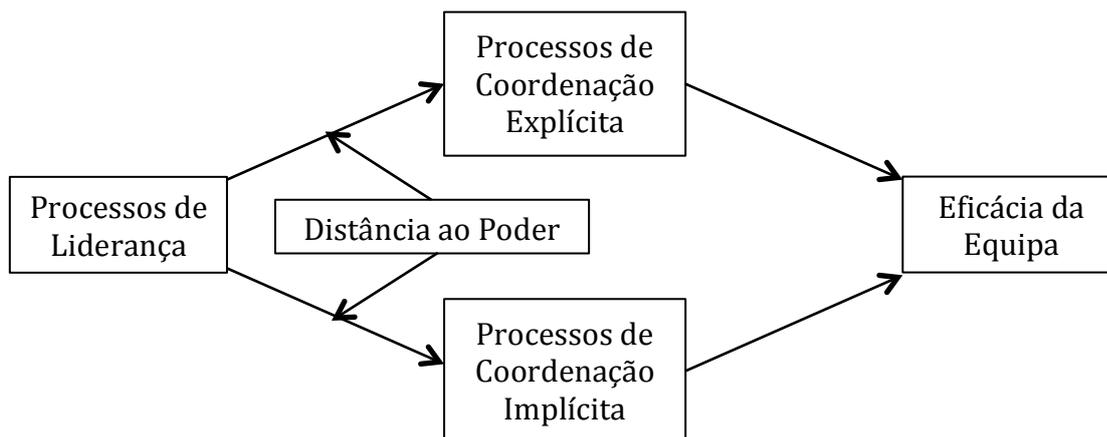


Figura 5.1. Esquema representativo do modelo em análise.

VI. Método

Participantes

Este estudo foi realizado em 25 Unidades de Saúde (CSs, USs Familiares e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados), nas zonas de Lisboa Central e periferias, em que o método de amostragem foi não-probabilístico, de conveniência. Contámos com um total de 202 participantes, de onde 79,5% são do sexo feminino e 20,5% do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 26 e os 65 anos. O estudo estendeu-se a todos os profissionais das Unidades supramencionadas, pelo que temos alguma diversidade a nível de profissões, a saber: 57 (28,4%) médicos, 67 (33,3%) enfermeiros 73 (36,3%) administrativos, três (1,5%) assistentes operacionais e um (0,5%) técnico de saúde.

Relativamente à antiguidade na organização, grande parte dos respondentes trabalha na US em causa entre cinco a 10 anos (30,8%), 28,3% de dois a cinco anos, 16,2% entre 10 a 20 anos, 12,6% há mais de 20 anos e 12,1% há menos de dois anos. Entre estas pessoas, 32 (16,1%) têm funções de chefia, a maioria da equipa de enfermagem, de administrativos ou de operacionais, sendo que contamos ainda com chefia de secretários clínicos e médicos.

No que diz respeito às equipas de trabalho, o número de pessoas com quem os participantes trabalham na sua equipa varia entre 1 e 50, com um desvio padrão de aproximadamente 8 pessoas.

Procedimento

Este projecto está integrado num conjunto de estudos desenvolvido por mestrandos e doutorandos do ISCTE-IUL, chamado Projecto “Saúde ao Centro”. Com este projecto, queremos averiguar quais os factores cognitivos, motivacionais e de coordenação que levam uma equipa a ter determinado desempenho, contribuindo para a eficácia dos serviços de saúde, segurança dos pacientes e bem-estar dos profissionais. Mais especificamente, temos como objectivo perceber em que medida a coordenação e as dinâmicas afetivo-motivacionais das equipas contribuem para a sua capacidade de adaptação e eficácia.

De forma a compreendermos as principais questões com que os profissionais se deparam no contexto das US, sejam elas facilitadoras ou constrangimentos, foi elaborado um estudo qualitativo, onde os investigadores do projecto levaram a cabo 18 entrevistas individuais semiestruturadas com profissionais que trabalham nestes locais (maioritariamente médicos e enfermeiros). De entre as seis questões do guião (Anexo A) destaco como exemplo “*O que é que lhe permite trabalhar de forma mais eficaz?*” ou “*De que forma é que os aspetos menos satisfatórios do seu contexto de trabalho poderiam ser melhorados?*”. Antes destas entrevistas, os objectivos do Projecto “Saúde ao Centro” foram explicados a todos os participantes, que assinaram um termo de consentimento informado e receberam um *flyer* informativo acerca do mesmo (Anexo B).

Com base nos testemunhos recolhidos nesta primeira etapa, a segunda foi então o estudo quantitativo, onde foi utilizado um questionário estruturado, com recurso às escalas supramencionadas (Anexo C). Dada a particularidade na recolha de dados no contexto da saúde, onde na maior parte dos estudos são necessários dados sensíveis dos pacientes que podem levar à sua identificação, deparámo-nos com algumas limitações na recolha de dados. De forma a diluir esta questão e a formalizar a recolha de dados, dirigimos um pedido de autorização à Direção Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Central. Para tal, foi submetido o protocolo da investigação (Anexo D) à Comissão de Ética, num documento com informação diversa relativa aos estudos em curso. Entre esta informação constava por exemplo um breve estado da arte e os modelos a testar, seguido de uma exposição das medidas a serem utilizadas e dos *outputs* esperados. Também nós, investigadores, assinámos uma declaração de compromisso pela proteção dos dados recolhidos.

Eficácia das Equipas nos Centros de Saúde

Aquando da chegada do parecer positivo da Comissão de Ética (Anexo E), comunicámos à Direção Executiva, que por sua vez deu o seu aval e informou as US.

Dirigimo-nos então a cada uma delas, onde deixámos 10 a 15 questionários por unidade, acompanhados da informação ao participante e de um envelope onde o candidato podia selar o questionário após o preenchimento. Nas entregas dos questionários, fizemo-nos acompanhar do parecer da Comissão de Ética, autorização da Direção Executiva e a nossa própria declaração de compromisso, bem como na recolha dos mesmos, que aconteceu em média entre uma a duas semanas depois.

Operacionalização das variáveis

Neste projecto temos quatro variáveis em estudo: processos de liderança enquanto variável preditora, processos de coordenação da equipa (explícita e implícita) enquanto variável mediadora, a distância ao poder como variável moderadora e, por fim, como variável critério temos a percepção de eficácia das equipas.

Processos de liderança.

Para medir os processos de liderança, foi utilizada uma escala adaptada do Team Leadership Questionnaire (TLQ) de Morgenson, DeRue e Karam (2010). Dado que este é um questionário extenso (82 itens), compreendendo itens que não são de maior relevância para este projecto, utilizámos a adaptação de Graça e Passos (2012), e que consiste numa escala tipo Likert de sete pontos (1 – discordo totalmente a 7 – concordo totalmente) e 14 itens que questionam os participantes relativamente ao comportamento da sua chefia. O índice de consistência interna foi de $\alpha = 0.977$. Ao encontro dos processos de liderança descritos por Zaccaro e colegas (2001), nesta escala podemos encontrar itens que correspondem a 5 tipo de comportamentos: dá feedback (e.g. *“Revê resultados de desempenho relevantes com a equipa”*), desafia a equipa (e.g. *“Sugere novas formas de realizar o trabalho”*), resolve problemas (e.g. *“Implementa ou ajuda a equipa a implementar soluções para os problemas”*), monitoriza a equipa (e.g. *“Repara em falhas nos procedimentos ou trabalho desenvolvido pela equipa”*) e estabelece expectativas (e.g. *“Assegura que a equipa tem objetivos claros de desempenho”*). Contudo, tal como Graça e Passos (2012) sugerem, os

Eficácia das Equipas nos Centros de Saúde

itens foram agrupados num índice de liderança de equipa em que valores mais elevados corresponde a uma maior liderança.

Processos de coordenação da equipa.

Os processos de coordenação de equipa foram medidos utilizando os quatro itens de coordenação explícita da escala proposta por West, Markiewicz, e Dawson (2004). Exemplos destes itens são “*Debatemos entre nós a melhor forma de fazer o trabalho*” e “*Temos o cuidado de dar uns aos outros informação relacionada com o trabalho*”. Esta escala foi validada em contexto português (Marques-Quinteiro, Passos, Curral, & Rico, in press) e obteve agora um índice de consistência interna de 0.913, medido através do Alfa de Cronbach.

Para medir a coordenação implícita, foram utilizados os quatro itens propostos por Marques-Quinteiro, Passos, Curral, e Lewis (2013), como sejam “*Partilhamos informação relevante com eficácia e nos momentos chave*”, “*Antecipamos o que cada membro da equipa vai fazer e/ou precisar em determinado momento*” e “*Ajustamos o nosso comportamento para nos ajustarmos às ações dos outros membros da nossa equipa*”. Desta forma, contamos ao todo com 8 itens para aceder aos processos de coordenação da equipa, numa escala tipo Likert, cuja resposta varia em sete pontos (1 – discordo totalmente a 7 – concordo totalmente).

Distância ao poder.

Para medir a variável distância ao poder, utilizámos os itens sugeridos por Hofstede (2013) para esta dimensão de cultura e especificamente para a população portuguesa. À semelhança das escalas acima, esta é do tipo Likert, cuja pontuação varia em sete pontos (1 – discordo totalmente a 7 – concordo totalmente), composta pelos três seguintes itens: “*Tenho uma boa relação com a minha chefia*”, “*Sou consultado pela minha chefia direta quando esta toma decisões que me afetam diretamente ou afetam a minha equipa*” e “*Nesta unidade os colaboradores têm receio em exprimir a sua discordância perante as suas chefias diretas*”. Face a um valor de consistência interna mais baixo que o esperado, o último item mencionado foi retirado, já que estava a enfraquecer a correlação entre os restantes. A correlação entre os dois itens que mediram esta variável foi de 0.648.

Perceção de eficácia da equipa.

A variável dependente – eficácia da equipa – foi acedida através da escala de Passos e Caetano (2005), utilizada em estudos anteriores no contexto português.. À semelhança das anteriores, trata-se de uma escala tipo Likert com sete pontos (1 – discordo totalmente a 7 – concordo totalmente), contando com um total de 6 itens, de onde foram utilizados para estas análises os dois itens da dimensão da eficácia para aqui relevante (i.e., eficácia percebida), como sejam: “*Esta Unidade de Saúde tem um bom desempenho*” e “*A minha equipa nesta Unidade de Saúde é eficaz*”. Estes itens obtiveram uma correlação de 0.862.

Após a validação dos índices de consistência interna acima indicados, de forma a verificar a estrutura factorial das escalas e perceber as componentes que se destacam na explicação da variação dos dados, foi efetuada uma Análise de Componentes Principais (ACP), de onde resultou uma alteração na escala da coordenação. Face aos resultados, um dos itens alocados inicialmente à coordenação implícita, demonstrou maior correlação com os restantes itens da coordenação explícita. Desta forma, a coordenação implícita ficou com três itens finais e a explícita com cinco itens.

VII. Resultados

Agregação das Variáveis

A análises efetuadas neste estudo tinham por objectivo explorar os constructos em apreciação ao nível das equipas. Uma vez que os questionários foram aplicados a nível individual, foi necessário agregar posteriormente as variáveis por equipa, de forma a minimizar o impacto das diferenças individuais e tendo por critério a US, i.e., cada equipa representa uma US. Posteriormente foi calculado o acordo entre equipas através do índice de $R_{wg(j)}$ de James, Demaree e Wolf (1984) para cada variável em análise, que varia entre 0 e 1. Tipicamente, quanto mais próximo de 1, a média será uma boa representação das respostas dos membros de cada equipa. Face aos resultados obtidos, foram retiradas três equipas por apresentarem valores negativos, sendo que esta disparidade entre os dados pode sugerir, por

Eficácia das Equipas nos Centros de Saúde

exemplo, a existência de subgrupos no seio das mesmas. Equipas com acordo baixo mas positivo foram mantidas, uma vez que neste estudo será interessante conhecer a realidade destas equipas também. Desta forma a análise prosseguiu com 22 equipas.

Na liderança, o $R_{wg(j)}$ variou entre .38 e .98, com uma média de .7404 ($s=.19909$); na variável percepção de eficácia, o $R_{wg(j)}$ variou entre .25 e .99, com uma média de .6971 ($s=.23434$); na coordenação da equipa, o $R_{wg(j)}$ variou entre .20 e .98, com média de .7427 ($s=.21178$); especificando os tipos de coordenação, a coordenação implícita obteve uma média de $R_{wg(j)}$ de .6638 ($s=.21594$), variando entre .05 e .94; já a coordenação explícita obteve média de $R_{wg(j)}$ de .7134, variando entre .11 e .97 ($s=.23948$); por último, a distância ao poder obteve uma média de $R_{wg(j)}$ de .6848 ($s=.24093$), variando entre .02 e .94.

Teste das Hipóteses

No Quadro 1 podemos verificar as correlações entre as variáveis em estudo, bem como as respetivas médias, desvios-padrão e índices de $R_{wg(j)}$. Aqui, podemos desde já perceber que a percepção de eficácia se encontra correlacionada com cada um dos tipos de coordenação, bem como com a liderança, sendo que todas se relacionam positivamente com esta variável, à exceção da distância ao poder, onde a correlação com esta moderadora não se demonstrou significativa.

Quadro 1. Estatísticas descritivas e correlações das variáveis em estudo.

	$R_{wg(j)}$	M	SD	1	2	3	4	5
1. Liderança	.74	5.22	.61	(.98)				
2. Coordenação Explícita	.71	5.34	.60	.84**	(.91)			
3. Coordenação Implícita	.66	4.56	.58	.28	.47*	(.83)		
4. Distância ao Poder	.68	5.85	.57	.67**	.60**	.21	(.77)	
5. Percepção de Eficácia	.70	5.69	.74	.60**	.80**	.51*	.32	(.86)

* $p<.01$; ** $p<.05$

Nota. N= 22 equipas

Os coeficientes de alfa de Cronbach encontram-se na diagonal entre parêntesis, quando apropriado.

Mediação dos processos de coordenação (explícita e implícita) na relação entre os processos de liderança e a eficácia da equipa.

Para verificar o efeito indireto da liderança na eficácia da equipa através dos processos de coordenação, foi efectuada uma Regressão Linear Múltipla (RLM), através do método paramétrico sugerido por Baron e Kenny (1986). Este, consiste na testagem de um efeito de mediação através de três passos, i.e. através de três equações de regressão: em primeiro lugar, regredimos (através da Regressão Linear) os processos de coordenação (mediador) nos processos de liderança (preditor); em segundo lugar, regredimos a percepção de eficácia (critério) nos processos de liderança (preditor); por fim, o terceiro passo consiste em regredir a percepção de eficácia não só nos processos de liderança mas também nos processos de coordenação (Baron & Kenny, 1986). Desta forma, conseguimos perceber (a) se a liderança afeta a coordenação (explícita e implícita), (b) se a liderança afeta a percepção de eficácia da equipa e (c) se os dois tipos de coordenação afetam a percepção de eficácia (Baron & Kenny, 1986). Foram testados dois modelos: o primeiro testa a mediação da coordenação explícita (H1a) e o segundo a mediação da coordenação implícita (H1b).

No primeiro modelo, os processos de liderança têm um efeito significativo e positivo na eficácia da equipa ($\beta=.599, p<0,05$), efeito este que deixa de ser significativo na presença da mediadora ($\beta=-.254, p>0,05$) e além disso, passa a ter um efeito negativo. A coordenação explícita apresenta um efeito significativo e positivo na eficácia da equipa ($\beta=1.017, p>0,05$). Estamos portanto na presença de uma mediação total, em que o modelo explica 63% da variância ($F=18,855, p<0,05$; $R^2_{\text{semiparcial}}=.630, p<0,05$), suportando a H1(a).

Relativamente à mediação da coordenação implícita na relação entre os processos de liderança e a eficácia da equipa, apesar do efeito da liderança ter sido significativo e positivo na percepção de eficácia ($\beta=.599, p<0,05$, sem a mediadora no modelo), sofrendo uma ligeira diminuição do declive na presença da mediadora ($\beta=.492, p<0,05$), não podemos assumir que esta é uma mediação parcial, já que segundo Baron e Kenny (1986) seria necessário também um efeito significativo da liderança na coordenação implícita, que neste caso não foi obtido ($F=1,748, p>0,05$), deixando a H1(b) sem suporte.

Eficácia das Equipas nos Centros de Saúde

Quadro 2. Resultados das mediações da coordenação explícita e implícita na relação entre a liderança e a percepção de eficácia.

	Percepção de Eficácia
Liderança	.60*
$R^2_a=.327$	
$F_{(1,20)}=11.220^*$	
Liderança	-.25*
Coordenação Explícita	1.017*
$R^2_a=.630$	
$F_{(2,19)}=18.855$	
Liderança	.49*
Coordenação Implícita	.380*
$R^2_a=.439$	
$F_{(2,19)}=9.205$	

* $p<0,05$

Nota. Os valores apresentados correspondem aos coeficientes estandardizados.

Moderação da distância ao poder no impacto dos processos de liderança na coordenação da equipa.

Para testar este efeito de moderação, e como sugerido por Aiken e West (1996), em primeiro lugar foram centradas as variáveis preditoras e foi construído o respetivo produto (i.e., o efeito de interação). Para testar este modelo foram efetuadas duas RLMs, cujos resultados podem ser observados no Quadro 3.

Na relação entre a liderança e a coordenação explícita, podemos verificar que o efeito principal da interação é positivo ($B=.361$) porém não é significativo ($t=1.382$, $p>0.05$). À semelhança deste, também na coordenação implícita o efeito principal da interação entre a liderança e a distância ao poder não foi significativo ($t=.595$, $p>0.05$), apesar da relação ser também ela positiva ($B=.281$). Os resultados permitem concluir que o declive da relação entre processos de liderança e de coordenação não sofreu alterações significativas quando a distância ao poder se juntou ao modelo, não dando suporte à verificação da H2 deste estudo.

Eficácia das Equipas nos Centros de Saúde

Quadro 3. Resultados da testagem dos modelos de moderação da distância ao poder na relação entre os processos de liderança e a percepção de eficácia.

Modelo	Coordenação Explícita		Coordenação Implícita	
	Passo 1	Passo 2	Passo 1	Passo 2
Efeito principal da Liderança	.78*(.79)	.74*(.75)	.25(.26)	.22(.23)
Efeito principal da Distância ao Poder	.07(.07)	.09(.09)	.03(.03)	.05(.05)
Interação Liderança x Distância ao Poder		.36(.17)		.28(.14)
Adj. R ₂	.68	.69	-.02	-.05
F	22.95*	16.61*	.84*	.66*

*p<.01

Nota. Entre parêntesis encontram-se os coeficientes estandardizados.

VIII. Discussão

Este estudo pretendia compreender de que forma a eficácia das equipas de profissionais é afetada pelos processos de liderança e coordenação das equipas, testando o modelo de Zaccaro et. al (2001) no contexto específico das unidades e centros de saúde portugueses. Um segundo objetivo passava por investigar se a distância ao poder, enquanto variável da cultura da organização influenciava a relação entre a liderança e a coordenação das equipas.

Entre as hipóteses postuladas, encontrámos suporte para a H1(a): o impacto dos processos de liderança na eficácia da equipa é mediado pelos processos de coordenação explícita. A não confirmação das restantes hipóteses, indica que a coordenação implícita não é uma variável que medeia a relação mencionada (H1b), nem a distância ao poder afeta a relação da liderança com qualquer um dos tipos de coordenação da equipa em análise (H2).

Com base nos resultados obtidos, podemos aferir que nos CS de Lisboa central e periferias, as equipas utilizam a coordenação implícita para se articularem e esta promove a sua eficácia, contudo não é afetada pelas funções de liderança levadas a cabo. Por outras palavras, se as equipas se coordenam implicitamente, a liderança pode não ser necessária para a sua eficácia. Por outro lado, já a coordenação explícita condicionou por completo a relação

Eficácia das Equipas nos Centros de Saúde

dos processos de liderança com a eficácia da equipa. Isolada, a liderança promove positivamente a perceção de eficácia das equipas, contudo, se estas se coordenam explicitamente, a liderança deixa de ser uma variável significativa na perceção de eficácia, chegando mesmo a ter um efeito negativo nesta – quando existe coordenação explícita, os processos de liderança reduzem a perceção de eficácia. O papel do líder na gestão da US, aparentemente só tem efeitos em aspetos explícitos, o que nos leva a equacionar que este resultado pode dever-se ao facto dos CS ainda funcionarem pouco como uma grande equipa multidisciplinar. Esta descoberta é, efetivamente, uma surpresa, que contradiz o modelo proposto por Zaccaro e colegas em 2001: nem todos os processos de coordenação medeiam o impacto da liderança na eficácia da equipa e nem todos promovem esta mesma relação. Apesar de não existir literatura no contexto específico dos CS onde nos possamos basear, quando uma equipa se coordena explicitamente de forma eficaz, os processos de liderança podem interferir com os mecanismos de coordenação, como que de forma competitiva, levando a uma redução da eficácia. Assim, como era um dos objetivos iniciais que este estudo fosse uma contribuição para o próprio modelo de Zaccaro et al. (2001), percebendo que tipos de processos de coordenação eram na prática afetados pela liderança, pode haver necessidade de uma atualização do mesmo, já que nesta investigação temos evidência de que não é igual falar de coordenação explícita e implícita.

Um dos fatores eminentes ao tipo de coordenação a ser utilizado é a antiguidade da equipa. Apesar desta análise contar com um total de 22 equipas, não podemos deixar de lado as estatísticas descritivas que mostram que 57.9% dos participantes trabalham na US em causa entre dois a 10 anos, o que aparentemente nos indicaria que as equipas já teriam desenvolvido mecanismos cognitivos de coordenação que ajudassem a minimizar interdependências e que a experiência nas atividades da equipa levasse a modelos partilhados, acurados e específicos, que permitem a integração das contribuições de cada membro com sucesso (Espinosa, 2002; Rico et al., 2008). Contudo, a coordenação explícita teve um efeito significativamente maior que a implícita na perceção de eficácia. Este resultado pode dever-se ao contexto em causa, onde cada paciente representa um caso diferente e pode existir maior necessidade de *debriefings* e atividades que envolvam maior necessidade de comunicação e organização.

Salientamos que o foco deste estudo está no contexto dos CS, sendo que os mesmos resultados podem não se verificar em contextos diferentes ou até mesmo noutros contextos de saúde (como hospitais ou clínicas).

Eficácia das Equipas nos Centros de Saúde

No contexto da aviação, por exemplo, Grote, Lolbe, Zala-Mezo, Bienefeld-Seall e Künzle (2010) analisaram a coordenação das equipas num simulador com tripulações de cabine, onde verificaram que a liderança diminuía com o aumento da coordenação implícita e da standardização dos procedimentos. Ao contrário do presente estudo, os autores concluíram ainda que a coordenação implícita estava negativamente correlacionada com a performance, algo que nos CS não se verificou, pois houve uma correlação positiva, contudo, à semelhança deste estudo, as equipas consideradas “melhores” privilegiavam a coordenação explícita (Grote et al., 2010). À semelhança destes autores, que na altura sugeriram a standardização como substituto para a liderança, nos CS portugueses a substituição da liderança por uma coordenação explícita pode resultar na promoção da eficácia da equipa, já que demonstrou ter um impacto positivo nesta, sem necessidade de intervenção de um líder.

Implicações Práticas

Estes resultados têm sem dúvida a sua contribuição para o objetivo inicial deste estudo: perceber como é que as equipas dos CS podem ser eficazes, ou continuar a sê-lo (uma vez que a liderança mostrou estar positivamente correlacionada com a eficácia) na ausência do líder. De igual forma, contribuem para a necessidade que desde alguns anos tem vindo a ser sentida: adaptar a coordenação às exigências situacionais e da missão em questão (Grote et al., 2010).

Se queremos que cada vez mais as equipas sejam autónomas e consigam coordenar-se de forma eficaz nos CS, os resultados deste estudo permitem desde já delinear um plano de treino ou formação. Este tipo de programa visa o aperfeiçoamento dos conhecimentos, competências e habilidades (KSAs – *knowledge, skills, abilities*) necessários para levar a cabo eficazmente as tarefas requeridas no quotidiano, posteriormente incorporado ao nível da equipa e que são desenhados tendo por base quatro pilares: ferramentas, métodos de entrega, estratégias instrutivas e conteúdo (Burke, Salas, Wilson-Donnelly & Priest, 2004). No contexto da saúde, muitas vezes os treinos são aplicados ao nível da disciplina de cada profissional, o que não só deixa de lado a melhoria do trabalho numa equipa multidisciplinar como pode criar barreiras à sua atuação eficaz (e.g. diferentes estilos de comunicação, normas e valores) (Coburn & Cage-Croll, 2011). É importante chegar a todas as pessoas da equipa, e não apenas aos líderes, que muitas vezes são os únicos alvos das formações em qualquer contexto, por uma questão de contenção de custos e com base na crença de que a

Eficácia das Equipas nos Centros de Saúde

responsabilidade destes passarem o conhecimento aos membros da equipa é suficiente. Nos CS, o treino deve incidir na melhoria da coordenação das equipas, seja explícita ou implícita pois ambas mostraram um efeito positivo na eficácia. Os líderes destas equipas, devem ter presente a importância de fomentar em maior grau processos de coordenação explícita, mais do que processos de coordenação implícita que, embora sejam importantes na eficácia das equipas, não demonstraram ser moldados pelos processos de liderança.

No contexto da saúde, em especial entre a comunidade médica, o Crew Resource Management (CRM) tem sido uma intervenção amplamente utilizada. Este programa foi desenhado para a melhoria da performance na aviação, sendo até obrigatório na formação das tripulações de cabine na Europa (Ritzmann, Kluge, Hagemann & Tanner, 2011), e tem vindo a ser aplicado neste contexto mas também no militar, mostrando ser um bom preditor da performance das equipas (Nullmeyer & Spiker, 2003) apesar de nem sempre os conteúdos terem passado de forma eficaz para a prática na realidade (Burke et al., 2004).

Podemos fazer alguns paralelismos do contexto militar e da aviação para o contexto da saúde, já que todos contam com equipas multidisciplinares que têm de ser capazes de organizar o conhecimento e informação de forma eficaz e coordenada (Stead et al., 2009) para cumprirem missões e transitarem rapidamente para outras. Mais precisamente os CS, têm por exemplo em comum com as missões militares o facto de serem entidades que atuam no seio das comunidades, com grande proximidade com os cidadãos.

Da necessidade de um treino que fosse adaptado ao contexto da saúde, a partir dos princípios do CRM (Stead, 2009), com base em experiências prévias e com o objetivo último de otimizar a experiência do paciente através da melhoria contínua das competências das equipas de profissionais de saúde, surgiu o TeamSTEPPS, desenvolvido numa colaboração entre dois organismos estadunidenses: o DoD (*Department of Defense*) e a AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*) (2006). Este é um programa de treino robusto, que tem vindo a provar a sua eficácia não só na melhoria do trabalho e comunicação das equipas, bem como nas atitudes das mesmas face a estes aspetos (Stead et al., 2008; Maguire, Bremner, Bennett & VanBrackle, 2015), e ainda na redução de erros clínicos e melhoria das percepções da segurança oferecida aos pacientes (Coburn & Cage-Croll, 2011). O TeamSTEPPS tem por base quatro competências, igualmente fulcrais para o seu sucesso: liderança, monitorização situacional, comunicação e suporte mútuo, sendo portanto um treino em que é muito importante a participação dos líderes, que muitas vezes não obtêm qualquer treino em liderança (Clapper & Kong, 2012). A sua implementação consiste em três fases: a primeira é a avaliação de necessidades, em segundo lugar vem o planeamento, treino e implementação e

Eficácia das Equipas nos Centros de Saúde

por fim o reforço e manutenção (Coburn & Cage-Croll, 2011). Algumas vantagens do TeamSTEPPS passam por exemplo pelo facto de ser grátis e flexível, sendo adaptável às circunstâncias e necessidades de cada equipa e aos diferentes contextos da saúde, chegando a todo e qualquer profissional de saúde, através de uma abordagem *train-the-trainer* que visa criar monitores do trabalho em equipa (Clapper & Kong, 2012; Coburn & Cage-Croll, 2011).

A maioria dos estudos feitos acerca da implementação do TeamSTEPPS foi efetuada em contexto militar e em hospitais, pelo que não existe uma base empírica que nos permita conferir o sucesso deste treino em CS com segurança, pelo que a sua implementação nos mesmos deve dar especial importância à dimensão do local, à multidisciplinaridade das equipas e às necessidades sentidas pelas mesmas. De referir também que, grande parte dos estudos que demonstram a eficácia deste programa de treino têm sido efetuados nos Estados Unidos da América, um contexto e cultura bastante díspar da portuguesa, pelo que este seria mais um aspeto a ter em consideração aquando da sua implementação.

Limitações

O contexto da saúde exige uma preocupação acrescida com a proteção dos dados, não só dados de pacientes, mas também relativos às US de uma forma geral. Tal pode ser justificado pelo facto do nome da US estar salvaguardado, de forma a promover a confiança dos utentes. Contudo, na fase de recolha de dados esta preocupação demonstrou ser um obstáculo à investigação. Com o parecer positivo da Comissão de Ética a maioria das portas nos foram abertas, mas até lá, não existe alguém que possa assumir a responsabilidade de autorizar a recolha de dados em cada uma destas entidades. De uma forma geral, todas as US estavam em concordância de que seria necessária a autorização da Direção Executiva para a permissão, o que garante a ordem e organização destes locais. Contudo, uma vez que não era pretendida informação mais sensível, como dados de pacientes, mas apenas a participação anónima e voluntária dos profissionais de saúde, o pedido de autorização à Comissão de Ética foi um passo inesperado. Sendo do interesse de cada US a melhoria contínua dos cuidados prestados, seria positivo que houvesse maior flexibilidade na avaliação de cada caso.

Tendo a autorização referida, optámos por um questionário que conseguisse juntar o melhor de dois mundos: que medisse todas as variáveis pretendidas no Projeto Saúde ao Centro sem fatigar os respondentes. Desta forma, ao medir a liderança, não foi possível

Eficácia das Equipas nos Centros de Saúde

contemplar todos os tipos distinguidos no TLQ (Morgenson, DeRue & Karam, 2010), o que pode ter limitados os resultados, por exemplo relativamente à coordenação implícita.

Também a distância ao poder pode não ter sido medida da forma mais adequada ao contexto em causa, sendo que os itens selecionados podem não ser os que melhor refletem a realidade ou, até, podem carecer uma adaptação ao contexto da saúde.

Tal como foi referido no início deste estudo, a eficácia das equipas pode ser medida através de aspetos subjetivos – como a percepção foi utilizada neste projeto – ou objetivos, como indicadores de desempenho. No presente estudo, a medida utilizada pode não ter sido suficiente pois, quanto aos dados subjetivos, estamos a falar de um contexto multidisciplinar, em que cada profissional pode ter a sua percepção da situação diferente da dos outros profissionais, levando a percepções de eficácia dispares. E quanto a dados objetivos, teria sido interessante ter acesso a relatórios de cada US que nos ajudassem a cruzar os resultados com aspetos factuais, como por exemplo o número de reclamações.

Investigação Futura

Nas limitações apontadas para este estudo foram já referidas algumas sugestões para futura investigação, como sejam a adaptação da medida da distância ao poder. Outro aspeto pertinente, seria a verificação do mesmo modelo à luz de outros tipos de liderança (e.g. providencia recursos, sustenta o clima social ou gere as fronteiras da equipa), de forma a conseguirmos aceder a um ou vários tipos de liderança que promovam também a coordenação implícita, ou até mesmo cuja relação com a coordenação seja moderada pela distância ao poder. Também a forma como é medida a eficácia da equipa pode e deve ser alvo de melhoria, sendo que no contexto em causa, o ideal seria aliar fatores subjetivos e objetivos.

De forma a verificar a aplicação prática deste modelo, seria igualmente interessante que o mesmo desse origem a um plano de treino/formação que incidisse nos tipos de liderança em análise, medindo a coordenação explícita antes e depois do treino e a percepção que a equipa possui da própria eficácia.

Como referido na revisão da literatura, diferentes tipos de coordenação estão salientes em diferentes fases da vida da equipa. Seria pertinente perceber se nos CS portugueses as equipas se comportam de acordo com este ciclo, já que não existe evidência que nos leve a assumir tal neste contexto.

Eficácia das Equipas nos Centros de Saúde

De uma forma geral, na literatura publicada que explora as questões da liderança em equipas em contexto de saúde, existe ainda um grande foco em equipas de determinada categoria profissional ou disciplina (principalmente equipas de enfermeiros e médicos). A última sugestão que não podemos deixar de referir é que sejam estudadas mais a fundo equipas multidisciplinares, que integrem os mais diversos profissionais de saúde, já que na prática os cuidados prestados ao paciente não resultam apenas da intervenção de uma categoria profissional específica.

IX. Referências

- Aiken, L. S., & West, S. G. (1996). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. California: Sage Publications.
- Alonso, A., & Dunleavy, D. M. (2013). Building teamwork skills in healthcare: the case for communication and coordination competencies. In E. Salas & K. Frush (Ed.), *Improving Patient Safety through teamwork and team training* (41-58). New York: Oxford University Press.
- Al-Touby, S. S. (2012). Functional results-oriented healthcare leadership: a novel leadership model. *Oman Medical Journal*, 27, 104-107. doi: 10.5001/omj.2012.22
- Bailey, N. (2003). Local strategic partnership in England: the continuing search for collaborative advantage, leadership and strategy in urban governance. *Planning Theory & Practice*, 4, 443-457. doi: 10.1080/1464935032000146291
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction on social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, 1173-1182. doi: 10.1037/0022-3514.51.6.1173
- Burke, C. S., Salas, E., Wilson-Donnelly, K., & Priest, H. (2004). How to turn a team of experts into an expert medical team: Guidance from the aviation and military communities. *Quality & Safety in Health Care*, 13 (i96-i104). doi: 10.1136/qshc.2004.009829
- Campbell, S. M., Roland, M. O., & Buetow, S. A. (2000). Defining quality of care. *Social Science & Medicine*, 51, 1611-1625. doi: 10.1016/S0277-9536(00)00057-5
- Clapper, T. C. & Kong, M. (2012). TeamSTEPPS: the patient safety tool that needs to be implemented. *Clinical Simulation in Nursing*, 8, e367-e373. doi:10.1016/j.ecns.2011.03.002.
- Coburn, A. F., & Cage-Croll, Z. (2011). Improving hospital patient safety through teamwork: The use of TeamSTEPPS in critical access hospitals. Portland, ME: Flex Monitoring Team. Policy Brief #21).
- Collinson, G. (2006). What makes an effective healthcare leader? Results of the best leadership practices research on healthcare in the UK. *Practice Development in Health Care*, 5(2), 81-91. Doi: 10.1002/pdh.183
- Costa, P., Passos, A. M., Silva, S. A., Sacadura-Leite, E., Tavares, S. M., Spanu, F., Dimitrova, E., Basarovska, V., Milosevic, M., Turk, M., Panagopoulou, E., & Montgomery, A. (2014). Overcoming job demands to deliver high quality care in a

- hospital setting across Europe: the role of teamwork and positivity. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 30, 105-112. doi: 10.1016/j.rpto.2014.11.001
- Espinosa, A., Lerck, J., Kraut, R. (2002). Explicit vs. implicit coordination mechanisms and task dependencies: one size does not fit all. In E. Salas, S. M. Flores, & J. A. Cannon-Bowers (Eds.), *Team cognition: process and performance at the inter and intra-individual level* (pp. 107-129). Washington, DC: American Psychological Association.
- Fleishman, E. A., & Zaccaro, S. J. (1992). Toward a taxonomy of team performance functions. In R. W. Swezey & E. Salas (Eds), *Team: Their training and performance*: 31-56. Norwood, NJ: Ablex.
- Goodwin, G. F., Burke, C.S., Wildman, J. L. & Salas, E. (2009). Team effectiveness in complex organizations: An overview. In E. Salas, G. F. Goodwin, & C. S. Burke (Eds.), *Team Effectiveness in Complex Organizations* (pp. 3-26). New York: Psychology Press.
- Graça, A. M., & Passos, A. M., (2012). The role of team leadership on Portuguese child protection teams. *Leadership*, 8(2), 125-143. doi: 10.1177/1742715011434108
- Grote, G., Lolbe, M., Zala-Mezo, E., Bienefeld-Seall, N., & Künzle, B. (2010). Adaptive coordination and heedfulness make better cockpit crews. *Ergonomics*, 53:2, 211-228. doi: 10.1080/00140130903248819
- Hackman, J. R. (1987). The design of work teams. *Handbook of Organizational Behavior*, 315-342. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Hofstede, G. (2013). *Values Survey Module 2013*. Retirado de www.geerthofstede.nl
- Hsu, J. S. C., Shih, S. P., Chiang, J. C., & Liu, J. Y. C. (2012). The impact of transactive memory systems on IS development teams coordination, communication, and performance. *International Journal of Project Management*, 30, 329-340. doi:10.1016/j.ijproman.2011.08.003
- Ilgen, D. R., Hollenbeck, J. R., Johnson M., & D. Jundt (2005). Teams in organizations: From input-process-output models to IMO models. *Annual Review of Psychology*, 56, 517-543. doi: 10.1146/annurev.psych.56.091103.070250
- Jago, A. G., (1982). Leadership: perspectives in theory and research. *Management Science*, 28, 315-336. doi: 10.1287/mnsc.28.3.315
- Jesuino, J. C. (2002). Latin Europe cluster: from South to North. *Journal of World Business*, 37: 81-89.
- Kozlowski, S. W. J., & Bell, B. S. (2001). Work groups and teams in organizations. In W. C. Borman, D. R. Ilgen, & R.J. Klimoski (Eds.), *Handbook of Psychology (Vol, 12): Industrial and Organizational Psychology* (pp. 333-375), New York: Wiley.

Eficácia das Equipas nos Centros de Saúde

- Kozlowski, S. W. J., Gully, S. M., Salas, E., & Cannon-Bowers, J. A. (1996). Team leadership and development: theory, principles, and guidelines for training leaders and teams. *Advances in Interdisciplinary Studies of Work Teams*, 3, 253-291.
- Künzle, B., Kolbe, M., & Grote, G. (2009). Ensuring patient safety through effective leadership behaviour: A literature review. *Safety Science*, 48(1), 1-17. doi: 10.1016/j.ssci.2009.06.004
- Lemieux-Charles, L., & McGuire, W. L. (2006). What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 63, 263-300. doi: 10.1177/1077558706287003
- Machold, S., Huse, M., Minichilli, A., & Nordqvist, M. (2011). Board leadership and strategy involvement in small firms: a team production approach. *Corporate Governance: An International Review*, 19(4), 368-383. doi: 10.1111/j.1467-8683.2011.00852.x
- Maguire, M. B. R., Bremner, M. N., Bennett, D. N., & VanBrackle, L. (2015). Evaluation of TeamSTEPPS integration across a curriculum regarding team attitudes: a longitudinal study. *Journal of Nursing Education and Practice*, 5, 131-138. doi: 10.5430/jnep.v5n7p131
- Marks, M. A., Mathieu, J. E., & Zaccaro, S. J. (2000). Performance implications of leader briefings and team-interaction training for team adaptation to novel environments. *Journal of Applied Psychology*, 85, 971-986. doi: 10.1037//0021-9010.85.6.971
- Marks, M. A., Mathieu, J. E., & Zaccaro, S. J. (2001). A temporally based framework and taxonomy of team processes. *Academy of Management Review*, 26, 356-376. doi: 10.2307/259182
- Marques-Quinteiro, P., Curral, L., Passos, A. M., & Lewis, K. (2013). And now what do we do? The role of transactive memory systems and task coordination in action teams. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 17, 194-206. doi: 10.1037/a0033304
- Marques-Quinteiro, P., Passos, A. M., Curral, L., Rico, R. (submitted). The higher they climb the the Harder They Fall: A Temporal examination of performance adaptation in teams.
- Mathieu, J., Maynard, M. T., Rapp, T., & Gilson, L. (2008). Team effectiveness 1997-2007: a review of recent advancements and a glimpse into the future. *Journal o Management*, 34, 410-476.
- Morgenson, F. P., DeRue, D. S., & Karam, E. P. (2010). Leadership in teams: a functional approach to understanding leadership structures and processes. *Journal of Management*, 36, 5-39. doi: 10.1177/0149206309347376

Eficácia das Equipas nos Centros de Saúde

- Nullmeyer, R. T., & Spiker, V. A. (2003). The importance of crew resource management behaviors in mission performance: implications for training evaluation. *Military Psychology*, 15(1), 77-96. doi: 10.1207/S15327876MP1501_06
- Passos, A M. (2011). Grupos e equipas de trabalho. In J. M. C. Ferreira, J. Neves, & A. Caetano (Coord.), *Manual de Psicossociologia das Organizações* (pp. 379-403). Lisboa: Escolar Editora.
- Passos, A. M., & Caetano, A. (2005). Exploring the effects of intragroup conflict and past performance feedback on effectiveness. *Journal of Managerial Psychology*, 20(3/4), 231-244. doi: 10.1108/02683940510589028
- Rico, R., Sánchez-Manzanares, M., Gil, F., Alcover, C. M., & Taberner, C. (2011). Coordination processes in work teams. *Papeles del Psicólogo*, 32: 59-68.
- Rico, R., Sánchez-Manzanares, M., Gil, F., & Gibson, C. (2008). Team Implicit Coordination Processes: a team Knowledge-Based Approach. *Academy of Management Review*, 33: 163-184. doi:10.5465/AMR.2008.27751276
- Ritzmann, S., Kluge, A., Hagemann, V., & Tanner, M. (2011). Integrating safety and crew resource management (CRM) aspects in the recurrent training of cabin crew members. *Aviation Psychology and Applied Human Factors*, 1(1), 45-51. DOI: 10.1027/2192-0923/a00007
- Salas, E., Burke, C. S., & Wilson-Donnelly, K. A. (2004). Promoting effective leadership within multicultural teams: an event-based approach. In D. Day, S. J. Zaccaro & S. M. Halpin (Eds), *Leader Development for Transforming Organizations* (pp. 293-323). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Salas, E., & Frush, K. (Eds.). (2013). *Improving Patient Safety through teamwork and team training*. New York: Oxford University Press.
- Salas, E., Sims, D. E., & Burke, C. S. (2005). Is there a “Big Five” in teamwork?. *Small Group Research*, 36, 555-599. doi: 10.1177/1046496405277134
- Santos, O., Biscaia, A. (Eds.), Antunes, A.R., Craveiro, I., Júnior, A., Caldeira, R. & Charondière, P. (2007). *Os centros de saúde em Portugal: a satisfação dos utentes e dos profissionais*. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários.
- Schreuder, J. A. H., Roelen, C. A. M., Van Zweeden, N. F., Jongsma, D., Van Der Klink, J. J. L., & Groothoff, J. W. (2011). Leadership effectiveness and recorded sickness absence among nursing staff: a cross-sectional pilot study. *Journal of Nursing Management*, 19, 585-595. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01198.x

Eficácia das Equipas nos Centros de Saúde

- Silva, S. A. Costa, P., Costa, R., Tavares, S. M., Leite, E- S., & Passos, A. M. (2013). Meanings of quality of care: perspectives of portuguese health professionals and patients. *British Journal of Health Psychology*, 18, 858-873. doi: 10.1111/bjhp.12031
- Stead, K., Pirone, C., Adams, R., Phillips, P., Kumar, S., & Schultz, T. (2008). TeamSTEPPS: Implementation of a teamwork programme into an Australian setting public report on pilot study. Safety and Quality Unit, Department of Health, SA.
- Summers, J., Humphrey, S. E., & Ferris, G. R. (2012). Team member change, flux in coordination, and performance: effects of strategic core roles, information transfer, and cognitive ability. *Academy of Management Journal*, 55, 314-338. doi: 10.5465/amj.2010.0175
- Weaver, S. J., Feitosa, J., Salas, E., Seddon, R., & Vozenillek, J.A. (2013). The theoretical drivers and models of team performance and effectiveness for paciente safety. In E. Salas & K. Frush (Ed.), *Improving Patient Safety through teamwork and team training* (3-26). New York: Oxford University Press.
- West, M., Armit, K., Loewenthal, L. Eckert, R., West, T. & Lee , A. (2015). Leadership and leadership development in health care: The evidence base. Faculty of Medical Leadership and Management.
- Zaccaro, S. J., Rittman, A. L., & Marks, M. A. (2001). Team leadership. *The Leadership Quarterly*, 12: 451-483. doi:10.1016/S1048-9843(01)00093-5

Anexos

Anexo A

Guião das entrevistas semiestruturadas.

Guião entrevista

Bom dia/boa tarde. O meu nome é XX e faço parte da equipa de investigação do projecto Saúde ao Centro. Pode ver aqui a apresentação do projecto [entregar flyer]. O projecto procura identificar os factores relacionados com trabalho em equipa que contribuem para a segurança dos pacientes, para a eficácia dos serviços e para o bem-estar dos profissionais de saúde, dentro da prestação de serviços de saúde de 1ª linha. Nesta altura, estamos na primeira fase do projecto, que implica entrevistas com profissionais de saúde destes centros, de maneira a compreender um pouco melhor como é o seu dia-a-dia e as suas principais questões em termos de trabalho e de trabalho em equipa. Pretendemos, com isto, obter uma visão o mais aproximada da vossa realidade possível, para prepararmos as fases seguintes.

A participação nesta entrevista é voluntária, e não vincula nem o profissional nem o centro de saúde à participação em fases posteriores do projecto.

Para ser mais fácil registar e analisar as suas respostas, pedia-lhe autorização para gravar a entrevista. Em nenhum momento do projecto o seu nome será identificado.

Antes de começar, tem alguma questão que queira esclarecer em relação ao projecto?

1. Pode falar-me um pouco do seu trabalho? Como é que é um dia de trabalho típico?
2. O que é que lhe permite trabalhar de uma forma mais eficaz? (*probes*: o que o(a) faz sentir que consegue fazer as suas tarefas, desenvolver as suas capacidades, contribuir)
3. Quais são as maiores dificuldades que sentem que o(a) pode impedir de oferecer aos pacientes a qualidade dos cuidados que deseja?
4. Como são as relações entre colegas? (*probes*: Sente-se apoiados pelos colegas? Existem desentendimentos? Sente-se apoiado(a) pelos seus superiores hierárquicos? Recebe feedback dos vossos superiores?)
5. De que formas é que os aspectos menos satisfatórios do seu contexto de trabalho poderiam ser melhorados?
6. Há alguma outra questão que gostasse de acrescentar?

Muito obrigada pela sua participação.

Anexo B

Flyer informativo do Projeto Saúde ao Centro.

SAÚDE AO CENTRO

INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA EM CENTROS DE SAÚDE PORTUGUESES



BEM-VINDOS AO
PROJECTO SAÚDE AO
CENTRO!



Instituto Universitário de Lisboa

A SUA PARTICIPAÇÃO É FUNDAMENTAL PARA O SUCESSO DO PROJECTO!

- Participe nas entrevistas individuais e de grupo
- Deixe a sua sugestão/comentário através do email saudeaocentro@gmail.com
- Participe no preenchimento de questionários que irá decorrer durante o ano de 2015

MUITO OBRIGADA!

Para mais informações sobre o projecto, contacte:

Prof.ª Doutora Ana Passos
(ana.passos@iscte.pt)

Telefone | 217903407

O QUE É O PROJECTO SAÚDE AO CENTRO?

Um projecto de investigação de um grupo de investigadores seniores e juniores do ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa, focado na eficácia do trabalho em equipa em contexto de saúde, especificamente nos Centros de Saúde Portugueses.

QUAIS OS OBJECTIVOS?

O projecto procura identificar os **factores relacionados com trabalho em equipa** que contribuem para a **segurança dos pacientes**, para a **eficácia dos serviços** e para o **bem-estar dos profissionais de saúde**, dentro da prestação de serviços de saúde de 1ª linha.



SAÚDE NO CENTRO

INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA EM CENTROS DE SAÚDE PORTUGUESES



FASE 1



FASE 2



FASE 3



FINAL

- **Fase 1:** realização de entrevistas individuais e/ou de grupo, junto de profissionais de saúde
- **Fase 2:** recolha de dados quantitativos através de questionários
- **Fase 3:** Disponibilização de um relatório relativo ao Centro de Saúde em causa, se requisitado
- **Final:** Melhoria dos processos de equipa e da eficácia do serviço

CONVIDAMO-LO A PARTICIPAR ACTIVAMENTE NA NESTE PROJECTO!

O que vai acontecer?

Um grupo de investigadores está neste momento no terreno a implementar o projecto. Neste sentido, o seu Centro de Saúde poderá receber a visita de um investigador a partir de dezembro de 2014.

Este investigador irá convidar diversos profissionais do Centro de Saúde a participar em entrevistas breves, em local e horário a combinar entre ambos. Posteriormente, os profissionais irão receber questionários (em formato electrónico, por email, ou em papel) para preencher.

A sua contribuição é fundamental!

O objectivo da fase inicial é o de recolher o máximo de informação possível junto dos profissionais de saúde, acerca daquilo que consideram ser os *maiores obstáculos ao seu desempenho profissional e bem-estar pessoal no contexto de trabalho.*

Como pode participar?

Pode contribuir para o projecto de diversas maneiras! A equipa de investigação estará presente em diversos Centros de Saúde a partir de **dezembro de 2014**. Nesses momentos, poderemos solicitar-lhe que participe numa curta **entrevista** individual ou de grupo. *Fale connosco!*

Está disponível um **email** (saudeaocentro@gmail.com) onde, anonimamente, poderá deixar a sua opinião sobre os aspectos que funcionam menos bem no(s) Centro(s) de Saúde. *Conte-nos a sua visão!*

Durante os primeiros meses de 2015, estará disponível um questionário em papel e online, com questões específicas sobre o seu contexto de trabalho. Ajude-nos a compreendê-lo, *preenchendo o questionário e divulgando-o pelos seus colegas!*

Anexo C

Questionário aplicado aos participantes no estudo.

QUESTIONÁRIO

1. Este questionário insere-se num projecto de investigação levado a cabo por um grupo de investigadores do ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa, focado na eficácia do trabalho em equipa em contexto de saúde, especificamente nas Unidades de Saúde Portuguesas. O principal objectivo deste projecto é identificar os factores relacionados com trabalho em equipa que contribuem para a segurança dos pacientes, para a eficácia dos serviços e para o bem-estar dos profissionais de saúde, dentro da prestação de serviços de saúde de 1ª linha.
2. Os dados recolhidos serão exclusivamente analisados pela equipa de investigação, estando garantido o anonimato.
3. As perguntas estão construídas de modo a que apenas tenha de assinalar a resposta que lhe parecer mais adequada. Procure responder sem se deter demasiadamente em cada questão.
4. Não há respostas certas ou erradas. O que nos interessa é exclusivamente a sua opinião pessoal.
5. Para cada pergunta existe uma escala. Pode utilizar qualquer ponto da escala desde que o considere adequado.
6. Responda a todo o questionário de seguida, sem interrupções.

Para qualquer esclarecimento, ou para receber informação adicional sobre o estudo por favor contacte: Prof.ª Doutora Ana Margarida Passos (ana.passos@iscte.pt).

Obrigado pela sua colaboração!

1.As questões que a seguir se apresentam procuram descrever os comportamentos da equipa na Unidade de Saúde. Indique em que medida concorda com cada uma delas utilizando a escala de resposta:

Discordo Totalmente	Discordo muito	Discordo em parte	Não concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo muito	Concordo Totalmente
1	2	3	4	5	6	7

A nossa equipa é eficaz...

1.	A levar a cabo acções criativas para resolver problemas para os quais não há respostas fáceis ou diretas.	1	2	3	4	5	6	7
2.	A encontrar formas inovadoras de lidar com situações inesperadas.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Em ajustar-se e lidar com situações imprevistas, mudando rapidamente de foco e tomando medidas adequadas	1	2	3	4	5	6	7
4.	A desenvolver planos de acção alternativos, num curto espaço de tempo, para lidar com imprevistos	1	2	3	4	5	6	7
5.	Na atualização periódica das competências técnicas e interpessoais para melhorar o desempenho das tarefas em que está envolvida.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Na procura e desenvolvimento de novas competências para dar resposta a situações/ problemas.	1	2	3	4	5	6	7
7.	A ajustar o estilo pessoal de cada membro ao da equipa como um todo	1	2	3	4	5	6	7
8.	Na melhoria das relações interpessoais tendo em consideração as necessidades e aspirações de cada membro.	1	2	3	4	5	6	7
9.	A permanecer calma e com comportamentos positivos mesmo em situações de elevado stress.	1	2	3	4	5	6	7
10.	A manter o foco mesmo quando lida com várias situações e responsabilidade.	1	2	3	4	5	6	7

2. As seguintes afirmações referem-se a sentimentos que algumas equipas têm em relação ao seu trabalho. Por favor, leia atentamente cada um dos itens a seguir e responda se a sua equipa já experimentou o que é relatado, em relação ao trabalho realizado na Unidade de Saúde. Utilize, por favor, a mesma escala apresentada anteriormente.

Em relação ao **nosso trabalho nesta Unidade de Saúde sentimos que:**

1.	Quando estamos a trabalhar sentimo-nos cheios de energia	1	2	3	4	5	6	7
2.	Sentimo-nos com força e energia quando estamos a trabalhar	1	2	3	4	5	6	7
3.	Estamos entusiasmados com este trabalho	1	2	3	4	5	6	7
4.	Este trabalho inspira-nos	1	2	3	4	5	6	7
5.	Durante o trabalho, temos vontade de participar nas diversas actividades	1	2	3	4	5	6	7
6.	Somos felizes quando estamos envolvidos neste trabalho	1	2	3	4	5	6	7
7.	Estamos orgulhosos com o nosso trabalho nesta Unidade	1	2	3	4	5	6	7
8.	Estamos imersos no trabalho desta Unidade	1	2	3	4	5	6	7
9.	“Deixamo-nos levar” pelas actividades deste trabalho	1	2	3	4	5	6	7

3. As questões que se seguem dizem respeito à **forma como a sua equipa funciona enquanto grupo**. Indique, por favor, com que frequência cada uma destas situações se verifica na realização do vosso trabalho. Utilize, por favor, a seguinte escala:

Nunca	Raramente	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre
1	2	3	4	5	6	7

Com que frequência:

1.	Existem conflitos pessoais entre os membros da equipa	1	2	3	4	5	6	7
2.	Existem divergências sobre a forma de utilizar os recursos disponíveis	1	2	3	4	5	6	7
3.	Existe atrito entre os membros da equipa	1	2	3	4	5	6	7
4.	Existe conflito de ideias entre os membros da equipa	1	2	3	4	5	6	7
5.	Existe desacordo entre os membros sobre a forma de distribuir o tempo disponível na realização de tarefas	1	2	3	4	5	6	7
6.	Existe confronto de opiniões sobre o trabalho	1	2	3	4	5	6	7
7.	Existe desacordo na equipa em relação às ideias expressas por alguns membros	1	2	3	4	5	6	7
8.	Existe desacordo entre os membros sobre o tempo que é necessário despendar para realizar as tarefas	1	2	3	4	5	6	7
9.	Os conflitos pessoais são evidentes	1	2	3	4	5	6	7
10.	Os membros da equipa estão em desacordo sobre quem deve fazer o quê	1	2	3	4	5	6	7
11.	Os membros da equipa estão em desacordo em relação à rapidez com que as tarefas devem ser realizadas	1	2	3	4	5	6	7
12.	Existe conflito sobre a delegação de tarefas	1	2	3	4	5	6	7

4. Tendo por base o trabalho desenvolvidos pela vossa equipa na Unidade de Saúde, indique, em que medida concorda com cada uma das seguintes afirmações. Utilize, por favor, a escala seguinte:

Discordo Totalmente	Discordo muito	Discordo em parte	Não concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo muito	Concordo Totalmente
1	2	3	4	5	6	7

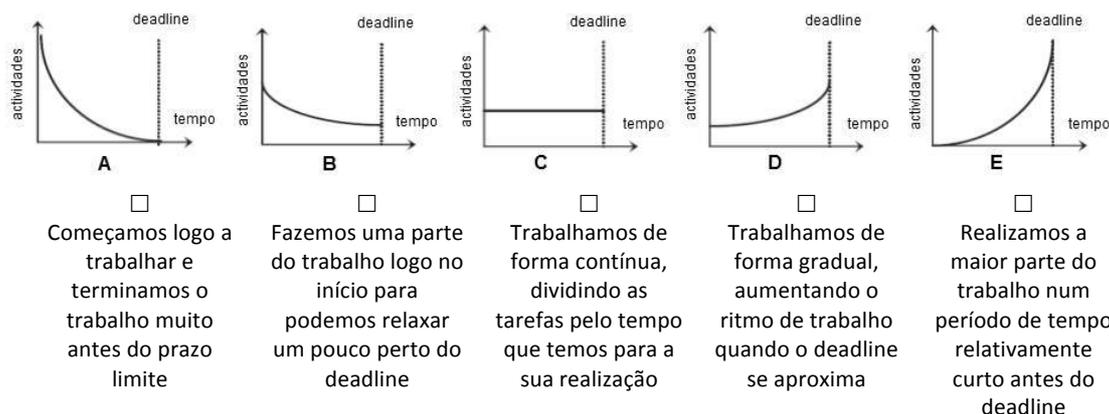
No nosso dia a dia de trabalho, na nossa equipa:

1.	Sabemos o que queremos alcançar	1	2	3	4	5	6	7
2.	Debatemos entre nós a melhor forma de fazer o trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Reunimos com frequência para assegurar uma cooperação e comunicação efectiva.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Temos o cuidado de dar uns aos outros informação relacionada com o trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Sincronizamos o trabalho em equipa, reduzindo a comunicação ao mínimo indispensável.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Partilhamos informação relevante com eficácia e nos momentos chave.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Antecipamos o que cada membro da equipa vai fazer e/ou precisar em determinado momento.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Ajustamos o nosso comportamento para nos anteciparmos às acções dos outros membros da nossa equipa.	1	2	3	4	5	6	7

5. Pense agora na sua **chefia directa nesta Unidade de Saúde** e indique em que medida concorda ou discorda com cada afirmação. Utilize, por favor a mesma escala:

1.	Tenho uma boa relação com a minha chefia directa	1	2	3	4	5	6	7
2.	Sou consultado pela minha chefia directa quando esta toma decisões que me afectam directamente ou afectam a minha equipa	1	2	3	4	5	6	7
3.	Nesta unidade os colaboradores têm receio em exprimir a sua discordância perante as suas chefias directas	1	2	3	4	5	6	7

6. Pense no trabalho realizado pela sua equipa na Unidade de Saúde. Analise os seguintes modelos, veja a descrição de cada um deles e indique o que melhor representa **a forma como a sua equipa organiza o tempo**. Escolha **APENAS** uma opção.



7.As questões que se seguem dizem respeito à forma **como a equipa gere o seu tempo**. Indique-nos a frequência com que estas situações ocorrem na equipa. Utilize, por favor, a seguinte escala:

Discordo Totalmente	Discordo muito	Discordo em parte	Não concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo muito	Concordo Totalmente
1	2	3	4	5	6	7

Na minha equipa...

1.	Temos a mesma opinião sobre o cumprimento de prazos.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Pensamos de forma semelhante sobre a forma de usarmos o tempo no trabalho	1	2	3	4	5	6	7
3.	Concordamos sobre a forma de distribuir o tempo disponível durante o trabalho	1	2	3	4	5	6	7
4.	Temos ideias semelhantes no que se refere ao tempo necessário para realizarmos as tarefas necessárias.	1	2	3	4	5	6	7

8.Pense agora na **forma como a sua equipa trabalha** nesta Unidade de Saúde. Não se trata da forma como acha que a equipa devia trabalhar mas sim no que faz na maioria das vezes. Utilizando a mesma escala indique em que medida concorda ou discorda com cada afirmação:

Na minha equipa...

1.	Os membros complementam a informação entre si	1	2	3	4	5	6	7
2.	Reflectimos sobre a forma como podemos melhorar os métodos de trabalho	1	2	3	4	5	6	7
3.	Procuramos em conjunto analisar as possíveis causa dos erros cometidos	1	2	3	4	5	6	7
4.	Discutimos abertamente os erros porque consideramos que os erros e as suas soluções são uma fonte importante de informação	1	2	3	4	5	6	7
5.	Avaliamos o que pretendemos aprender de acordo com os resultados obtidos	1	2	3	4	5	6	7
6.	Planeamos testar novos métodos de realizar o trabalho	1	2	3	4	5	6	7
7.	Retiramos conclusões em conjunto tendo por base as ideias discutidas no seio da equipa	1	2	3	4	5	6	7
8.	Se alguma coisa corre mal, a equipa investe tempo a analisar o	1	2	3	4	5	6	7

	problema							
9.	Procuramos obter feedback sobre o nosso desempenho de outras pessoas (por exemplo, utentes, outras equipas ou unidades de saúde, etc.)	1	2	3	4	5	6	7
10.	Avaliamos se o resultado do nosso trabalho está de acordo com o esperado	1	2	3	4	5	6	7
11.	Testamos métodos alternativos para realizar o trabalho	1	2	3	4	5	6	7
12.	Consideramos útil analisar os nossos erros	1	2	3	4	5	6	7
13.	Se um membro dá a sua opinião sobre um assunto a seguir pergunta aos outros a opinião sobre o mesmo assunto	1	2	3	4	5	6	7
14.	Procuramos obter feedback sobre os métodos utilizados na realização das tarefas	1	2	3	4	5	6	7
15.	Durante a realização do trabalho, se alguma coisa não é clara, fazemos perguntas uns aos outros abertamente.	1	2	3	4	5	6	7
16.	Discutimos entre todos as falhas cometidas durante a realização das tarefas	1	2	3	4	5	6	7
17.	Analisamos o nosso desempenho em função das outras equipas/ unidades	1	2	3	4	5	6	7
18.	Encorajamo-nos a olhar para o nosso trabalho de diferentes perspectivas	1	2	3	4	5	6	7
19.	Os erros cometidos são discutidos abertamente	1	2	3	4	5	6	7
20.	Os membros comunicam os seus erros no sentido de evitar que outros membros comentem os mesmos erros	1	2	3	4	5	6	7

9. Continue a pensar na forma como a sua equipa trabalha como um todo e indique em que medida concorda com cada uma das afirmações. Continue a utilizar a mesma escala.

Na minha equipa...

1.	Elaboramos as nossas ideias com base na informação e ideias dos outros membros.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Os membros ouvem atentamente o que os outros elementos têm a dizer	1	2	3	4	5	6	7
3.	Os erros são analisados exaustivamente por todos	1	2	3	4	5	6	7
4.	Analisamos o nosso desempenho em comparação com outras equipas/ unidades	1	2	3	4	5	6	7
5.	Procuramos testar métodos de trabalho alternativos	1	2	3	4	5	6	7
6.	Procuramos aprender e desenvolver as nossas competências	1	2	3	4	5	6	7
7.	Estamos dispostos a arriscar em novas ideias de modo a descobrir o que funciona melhor	1	2	3	4	5	6	7
8.	Discutimos frequentemente os métodos de trabalho	1	2	3	4	5	6	7
9.	Avaliamos regularmente a forma como colaboramos uns com os outros	1	2	3	4	5	6	7
10.	Reconsideramos regularmente os nossos procedimentos de trabalho	1	2	3	4	5	6	7
11.	Avaliamos os resultados das nossas acções	1	2	3	4	5	6	7
12.	Não toleramos os erros uns dos outros	1	2	3	4	5	6	7
13.	É difícil pedir auxílio aos outros membros	1	2	3	4	5	6	7
14.	Somos capazes de discutir entre nós problemas e assuntos difíceis	1	2	3	4	5	6	7

10. Pense agora na forma como a sua **equipa na Unidade de Saúde funciona como um todo**. Indique em que medida concorda ou discorda com cada uma das seguintes afirmações. Utilize, por favor, a seguinte escala:

Discordo Totalmente	Discordo muito	Discordo em parte	Não concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo muito	Concordo Totalmente
1	2	3	4	5	6	7

1.	A minha equipa é composta por indivíduos que trabalham separadamente.	1	2	3	4	5	6	7
2.	A minha equipa está dividida em dois ou mais subgrupos	1	2	3	4	5	6	7
3.	Se eu digo "nós" quando falo sobre a minha equipa, refiro-me a todos os membros da equipa, e não apenas a uma parte deles	1	2	3	4	5	6	7

4.	Esta Unidade de Saúde tem um bom desempenho	1	2	3	4	5	6	7
5.	Os utentes desta Unidade de Saúde estão satisfeitos	1	2	3	4	5	6	7
6.	A minha equipa nesta Unidade de Saúde é eficaz	1	2	3	4	5	6	7

11. As questões que se seguem dizem respeito às **práticas de gestão de recursos humanos (RH)** na sua unidade de saúde. Indique em que medida concorda com cada uma das afirmações. Utilize, por favor, a mesma escala.

1.	A Gestão de RH na unidade de saúde promove um verdadeiro espírito de equipa	1	2	3	4	5	6	7
2.	O sistema de avaliação de desempenho promove a boa performance da equipa	1	2	3	4	5	6	7
3.	A minha equipa reúne com frequência para trocar ideias entre si.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Eu e a minha equipa temos recebido formação suficiente	1	2	3	4	5	6	7
5.	As acções de formação que tenho frequentado são úteis para o trabalho que realizo nesta unidade	1	2	3	4	5	6	7
6.	O sistema de avaliação de desempenho é útil.	1	2	3	4	5	6	7

12. Pense agora no **comportamento da liderança** da sua chefia. Indique em que medida concorda com cada uma das afirmações. Por favor, continue a utilizar a mesma escala.

1.	Revê resultados de desempenho relevantes com a equipa	1	2	3	4	5	6	7
2.	Monitoriza a equipa e o desempenho dos colaboradores	1	2	3	4	5	6	7
3.	Sugere novas formas de realizar o trabalho	1	2	3	4	5	6	7
4.	Fornece feedback positivo quando a equipa tem um bom desempenho	1	2	3	4	5	6	7
5.	Contribui com ideias concretas para melhorar o desempenho da equipa.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Comunica questões relativas ao trabalho realizado pela equipa e ao seu desempenho	1	2	3	4	5	6	7
7.	Desafia o modo como as coisas estão a funcionar	1	2	3	4	5	6	7
8.	Mantém-se informado sobre o que as outras equipas/unidades estão a fazer.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Implementa ou ajuda a equipa a implementarem soluções para os problemas	1	2	3	4	5	6	7
10.	Repara em falhas nos procedimentos ou trabalho desenvolvido pela equipa.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Comunica o que é esperado da equipa.	1	2	3	4	5	6	7
13.	Participa na resolução de problemas com a equipa	1	2	3	4	5	6	7
14.	Assegura que a equipa tem objectivos claros de desempenho.	1	2	3	4	5	6	7
15.	Mantem padrões de desempenho claros	1	2	3	4	5	6	7

Para terminar, gostaríamos de lhe solicitar alguns dados socio-demográficos, indispensáveis ao tratamento estatístico dos questionários:

1. **Sexo:** Masculino Feminino

2. _____ anos

Idade:

3. **Profissão:** Médico(a) Enfermeiro(a) Administrativo(a) Outra Qual? _____

4. **Há quanto tempo trabalha nesta Unidade de Saúde?**

Menos de 2 anos 2 a 5 anos 5 a 10 anos 10 a 20 anos Mais de 20 anos

5. **Tem funções de chefia?** Não Sim De quem? _____

6. **Número de pessoas que trabalham na sua equipa:** _____

MUITO OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO!

Anexo D

Protocolo submetido à Comissão de Ética.

PROCESSO PARA APRECIACÃO NA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE
DA ARSLVT

PROJECTO NÃO FINANCIADO
“SAÚDE AO CENTRO”

Responsável científica:
Prof. Doutora Ana Margarida Passos

Maio 2015

1. INVESTIGADOR RESPONSÁVEL

1.1. Identificação completa do investigador responsável

Nome	Ana Margarida Soares Lopes Passos
Função	Professora Auxiliar no Departamento de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional da Escola de Gestão
Instituição	ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa
Contactos	Av. Das Forças Armadas, Edifício ISCTE-IUL 1649-026 Lisboa ana.passos@iscte.pt 217903407 (direto)/ 217903000 (geral)

1.2. Curriculum vitae do investigador (síntese)

O CV detalhado da investigadora responsável pode ser consultado em:

<https://ciencia.iscte-iul.pt/public/person/amlp>

1.2.1. Formação Académica

2005	Doutor em Psicologia Social e Organizacional (Especialidade em Comportamento Organizacional) conferido pelo ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, com uma tese intitulada “ <i>Contributos para a explicação do funcionamento das equipas: O papel da diversidade e do conflito intragrupal</i> ” desenvolvida sob a orientação do Prof. António Caetano
1999	Mestre em Psicologia Social e Organizacional (Especialidade em Comportamento Organizacional), conferido pelo ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa.
1994	Licenciada em <i>Psicologia</i> , na área de <i>Psicologia Social e das Organizações</i> , pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada

1.2.2 Percurso no ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

- Julho 2014** | Professora auxiliar no Departamento de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional da Escola de Gestão do ISCTE -IUL
- 2009 - 2014** | Investigadora Auxiliar na Business Research Unit (BRU-IUL) no Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE–IUL) no âmbito da iniciativa Ciência 2008, promovida pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT).
- 2005 - 2009** | Professora Auxiliar no Departamento de Psicologia Social e das Organizações do ISCTE-IUL.
- 1999 - 2005** | Assistente no Departamento de Psicologia Social e das Organizações do ISCTE-IUL.
- 1996 - 1999** | Assistente estagiária no Departamento de Psicologia Social e das Organizações do ISCTE-IUL.

1.2.3. Publicações (mais recentes)

- 2015** | Santos, C. M., Uitdewilligen, S. & **Passos, A. M.** (Forthcoming). A temporal common ground for learning: The moderating effect of shared mental models on the relation between team learning behaviors and performance growth. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. Doi: 10.1080/1359432X.2015.1049158
- Santos, C. M., Uitdewilligen, S. & **Passos, A. M.** (Forthcoming). Why your team is more creative than mine? – The influence of shared mental models on intragroup conflict, team creativity and effectiveness. *Creativity and Innovation Management*.
- Graça, A. M. & **Passos, A. M.** (Forthcoming). Team leadership across contexts: A qualitative study. *Leadership & Organization Development Journal*.
- Costa, P. L., **Passos, A. M.**, Barata, C. (2015). Multilevel influences of team viability. *Team Performance Management*, 21, 19 – 36. DOI: 10.1108/TPM-03-2014-0020
- Standifer, R. L., Raes, A. M. L., Peus, C., **Passos, A. M.**, Santos, C. M., Weisweiler, S. (2015). Time in teams: Impact of cognitions and conflict. *Journal of Managerial Psychology*, 30 (6).
- 2014** | Costa, P. L., **Passos, A. M.**, Silvia, S. A., Sacadura-Leite, E., Tavares, S., Spanu, F., Dimitrova, E., Basarovska, V., Milosevic, M., Turk, M., Panagopoulou, E., & Montgomery, A. (2014). Overcoming job demands to deliver high quality care in a hospital setting across Europe: The role of

teamwork and positivity. *Journal of Work and Organizational Psychology*. DOI: 10.1016/j.rpto.2014.11.001.

Marques-Quinteiro, P., **Passos, A. M.**, & Curral, L. (2014). Thought self-leadership and effectiveness in autonomous management groups. *Leadership*. Doi: 10.1177/1742715014543579.

Costa, P. L., **Passos, A. M.**, & Bakker, A. (2014). Team work engagement: A model of emergence. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 87 (2), 414-436. DOI:10.1111/joop.12057.

Costa, P. L., **Passos, A. M.**, & Bakker, A. (2014). Empirical validation of the construct of team work engagement. *Journal of Personnel Psychology*, 13 (1), 34 – 45. DOI: 10.1027/1866-5888/a000102.

1.2.4. Coordenação de Projectos científicos (mais relevantes)

- 2015 - 2016** - Coordenadora do projeto não financiado “*Saúde ao Centro*”, desenvolvido na BRU-IUL.
- 2011 - 2015** - Coordenadora em conjunto com a Prof. Doutora Maria José Sá do projeto “*Validação da bateria de testes neuropsicológicos para a esclerose múltipla (NSBMS – Neuropsychological Screening Battery for Multiple Sclerosis)*” desenvolvido em colaboração com o Serviço de Neurologia do Hospital de São João.
- 2009-2014** - Coordenadora nacional do Projeto Europeu *Improving quality and safety in the hospital: The link between organisational culture, burnout, and quality of care*, no Centro de Investigação e Intervenção Social (CIS)/ ISCTE, liderado pela Prof.^a Efharis Panagopoulou do ARISTOTELIO PANEPISTIMIO THESSALONIKIS (Project no. 242084). Parceiros transnacionais: Grécia, Bulgária, Macedónia, Turquia, Croácia, Roménia, Irlanda e Inglaterra.
- 2010 - 2013** - Coordenação do projeto de investigação *Team effectiveness over time and contexts* (TEoTC) submetido à Fundação de Ciência e Tecnologia, desenvolvido no Centro de Investigação e Intervenção Social (CIS) do ISCTE-IUL (PTDC/PSI-PTO/102373/2008).

1.2.5. Cargos de gestão e de liderança científica (mais relevantes)

Desde 2015	Membro eleito da Comissão Permanente e do Plenário do Conselho Científico do Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL).
Desde 2012	Directora da Especialidade em Recursos Humanos e Comportamento Organizacional do Programa de Doutoramento em Gestão do Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL)

2. O PROJETO: SAÚDE AO CENTRO

2.1. Introdução: Estado de Arte

O trabalho em equipa é hoje uma realidade na maioria das organizações. Cada vez mais as organizações estruturam a sua actividade com base em equipas com o objectivo de aumentar a sua produtividade e eficácia. Esta realidade tem contribuído para o aumento da investigação sobre o tema levando, nos últimos anos, ao aparecimento de diversas propostas teóricas e estudos empíricos sobre os preditores da eficácia do trabalho em equipa. É hoje relativamente consensual que a eficácia do trabalho em equipa é fortemente influenciada por um conjunto de processos e estados emergentes cognitivos, afectivos, motivacionais e de coordenação (e.g., Zaccaro, Rittman & Marks, 2001).

Também nas organizações prestadoras de cuidados de saúde, o trabalho em equipa tem vindo a emergir como um aspecto central para um atendimento de qualidade e segurança dos pacientes (Costa et al., 2014). Contudo, o número de estudos realizados sobre a eficácia do trabalho em equipa em contexto de saúde é ainda muito reduzido, sendo praticamente inexistente no contexto português.

Assim, o projecto “Saúde ao Centro” tem como principal objectivo identificar os factores relacionados com trabalho em equipa que contribuem para a eficácia dos serviços de saúde prestado e para o bem-estar dos profissionais de saúde, dentro da prestação de serviços de saúde de 1ª linha.

2.2.1. Preditores da eficácia do trabalho em equipa

O estudo da eficácia do trabalho em equipa tem já uma longa história no âmbito da psicologia das organizações e do comportamento organizacional. Nas últimas décadas, vários autores têm procurado sistematizar as inúmeras propostas teóricas para explicar o desempenho dos grupos (e.g. Mathieu, Maynard, Rapp, & Gilson, 2008). Enquanto as propostas iniciais procuravam identificar as variáveis predictoras da eficácia do trabalho de equipas, os modelos mais recentes complexificaram-se, procurando identificar as razões pelas quais algumas equipas são mais eficazes do que outras (Ilgen, Hollenbeck, Johnson, & Jundt, 2005).

Uma breve análise às diferentes propostas teóricas que procuram explicar e prever o desempenho dos grupos permite-nos verificar que o modelo dominante na literatura é

o modelo causal Input-Mediadores-Output (I-M-O) desenvolvido numa perspetiva funcional. Neste modelo, os *inputs* referem-se ao que os membros da equipa trazem para o grupo, incluindo as competências técnicas e relacionais, estatuto, personalidade e atributos demográficos. Os *mediadores* incluem os processos de equipa (i.e., os atos interdependentes dos membros que convertem inputs em resultados através de atividades cognitivas, verbais e comportamentais direcionadas para a realização do objetivo da equipa, como por exemplo comunicar, gerir e coordenar) e os estados emergentes (i.e., propriedades da equipa, normalmente de natureza dinâmica, que variam em função do contexto, inputs, processos e resultados, como por exemplo a coesão, o *engagement* da equipa ou os modelos mentais partilhados). Por fim, os *outputs* referem-se aos produtos resultantes do trabalho em equipa e incluem, para além do desempenho da equipa propriamente dito, as respostas afetivas dos membros e a intenção de continuar a trabalhar no futuro (Marks, Mathieu & Zaccaro, 2001). Neste projeto propomos um modelo de eficácia do trabalho em equipa (Figura 1) que tem na base a investigação recente neste domínio, com especial relevo para as investigações realizadas com equipas em contexto de saúde.

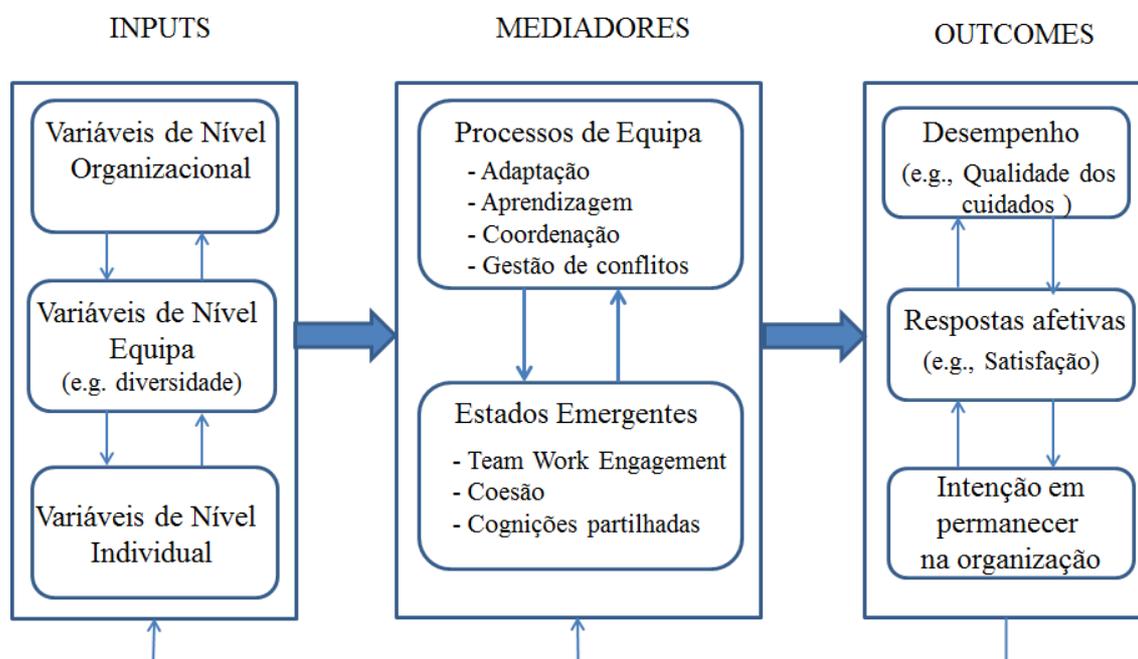


Figura 1 – Modelo de eficácia do trabalho em equipa do projeto

2.2.2. Objectivos do Projecto “Saúde ao Centro”

O principal objectivo do projecto “Saúde ao Centro” é identificar os factores cognitivos, motivacionais e de coordenação relacionados com trabalho em equipa que contribuem para a eficácia dos serviços de saúde prestado e para o bem-estar dos profissionais de saúde.

Mais especificamente pretende-se:

- Investigar em que medida as dimensões cognitivas do trabalho em equipa, como é o caso das cognições partilhadas sobre a utilização do tempo e a estilo de realização das tarefas influenciam a eficácia do trabalho em equipa.
- Avaliar em que medida a coordenação das equipas e as dinâmicas afetivo-motivacionais no seio da equipa influenciam a sua capacidade de adaptação a novas situações e conseqüentemente a sua eficácia.
- Investigar em que medida a diversidade das equipas em termos de composição influenciam o funcionamento (por exemplo, ao nível dos conflitos emocionais e cognitivos) e a eficácia das equipas.

Os dados recolhidos neste projeto serão utilizados para a realização de 6 dissertações de mestrado do Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), todas orientadas pela investigadora principal (Prof. Doutora Ana Margarida Passos) durante o ano letivo 2014/2015, com a co-orientação de uma investigadora em Pós-Doutoramento (Doutora Patrícia Costa) e dois alunos de doutoramento (Dr. Catarina Santos e Dr. Pedro Marques-Quinteiro).

2.2. Metodologia

O presente projeto contempla duas etapas distintas:

- Etapa 1 – Estudo qualitativo com recurso a entrevistas semi-estruturadas (já concluído)
- Etapa 2 – Estudo quantitativo com recurso a um questionário estruturado desenvolvido para o efeito, a ser respondido por profissionais de saúde de diversas unidades de saúde.

Etapa 1 – Estudo qualitativo (já concluído)

A primeira fase decorreu entre Janeiro e Fevereiro de 2015 e implicou a realização de entrevistas individuais semi-estruturadas a um conjunto de profissionais de saúde que se disponibilizaram para o efeito.

Procurámos nesta fase realizar um levantamento dos principais facilitadores da eficácia do trabalho no contexto das unidades de saúde assim como dos principais constrangimentos e obstáculos. O guião da entrevista foi constituído por 6 questões gerais (Anexo 1).

Os profissionais que acederam participar nesta fase do estudo preencheram um consentimento informado (Anexo 2) depois de lhes ter sido explicado os objetivos do projeto. No total foram realizadas 18 entrevistas.

Etapa 2 – Estudo quantitativo

Esta etapa constitui o ponto central do projeto “Saúde ao Centro” e é sobre esta etapa que pretendemos o parecer da Comissão de Ética da ARSLVT.

Esta etapa compreende 4 fases:

- Identificação das unidades de saúde que revelem disponibilidade para participar no estudo
- Recolha de dados
- Tratamento dos dados
- Elaboração do relatório final de investigação

Esta etapa 2 tem base numa metodologia quantitativa com recurso a um questionário estruturado desenvolvido para o efeito, tendo por base escalas amplamente utilizadas na investigação sobre trabalho em equipa.

2.2.1. Procedimento

Identificação das unidades de saúde que revelem disponibilidade para participar no estudo

Uma vez que o projeto tem como nível de análise a unidade de saúde e não os participantes individualmente, é fundamental conseguir um número mínimo de 30 unidades de saúde para poder levar a cabo as análises estatísticas e teste dos modelos. O nosso objetivo é contactar todas as unidades de saúde que estão na tutela da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, convidando-as a participar no estudo. Esta participação não significa que todos os profissionais tenham de

responder ao questionário. Uma taxa de respostas igual ou superior a 30% por unidade de saúde é suficiente para considerar a sua representação no estudo.

Recolha de dados

O questionário deve ser preenchido individualmente pelos profissionais das unidades de saúde. Neste sentido, os questionários em papel serão deixados na unidade de saúde por um dos membros da equipa que deixará igualmente um documento a explicar com mais detalhe o estudo e as condições de participação (em substituição do consentimento informado) e envelopes para devolução dos questionários preenchidos. Três a 4 dias mais tarde o membro da equipa de investigação descolar-se-á novamente à unidade de saúde para recolher os questionários e os consentimentos informados. Os envelopes garantem não só o total anonimato como impedem que outros profissionais tenham acesso às respostas na ausência do investigador.

Tratamento estatístico dos dados

Salienta-se que neste projeto o principal enfoque são as unidades de saúde e não os profissionais individualmente. Todas as respostas individuais serão agregadas para o nível de equipa ou unidade de saúde. Neste sentido, é fundamental que se conheça a origem das respostas (qual a unidade de saúde a que pertencem) apesar de não existir qualquer interesse na identificação do profissional que respondeu.

As respostas aos questionários são totalmente voluntárias. Contudo que a caracterização da unidade será tanto mais precisa quanto maior for o número de informantes dessa mesma unidade.

Apenas a investigadora responsável terá acesso aos dados por unidade de saúde. Na base de dados as unidades de saúde recebem um código sendo o tratamento de dados realizado com base nesse mesmo código. Não existe na base de dados qualquer identificação pessoal dos respondentes.

Elaboração do relatório final de investigação

No final do estudo será elaborado um relatório final com uma análise global de todas as unidades de saúde participantes. Caso exista um número suficiente de unidades poderá ser realizada uma análise por agrupamento de centros de saúde, tendo por base o modelo de eficácia do trabalho em equipa utilizado para o desenvolvimento do estudo.

A equipa está disponível para realizar igualmente um relatório por cada Unidade de Saúde que participe no estudo com as variáveis em análise, caso exista manifestação desse interesse. Este relatório fará a comparação dos resultados globais com os resultados de cada uma das unidades.

2.2.2. Operacionalização das variáveis em estudo

No quadro seguinte apresenta-se as variáveis medidas no questionário, assim como os autores que as desenvolveram. Apresenta-se igualmente os estudos que já utilizaram as mesmas escalas no contexto português.

Variável	Autores que desenvolveram a medida	Autores que aplicaram a medida em contexto nacional
Processos de adaptação de equipa	Marques-Quinteiro, Ramos-Villagrasa, Passos, & Curral (2013).	Marques-Quinteiro, Ramos-Villagrasa, Passos, & Curral (2013).
Team Work Engagement	Costa, Passos, & Bakker, (2014).	Costa, Passos, & Bakker, (2014).
Conflito intragrupal	Jehn (1995)	Passos, Silvia & Santos (2011)
Processos de Coordenação da equipa	West, Markiewicz, & Dawson (2004)	Marques-Quinteiro, Passos, curral, & Rico (submitted)
Distância ao poder	Hofstede (1980)	Caetano & Passos (2011)
Pacing Styles	Gevers, Rutte, & van Eerde (2006)	Standifer, Raes, Peus, Passos, Santos, Weisweiler (2015).
Cognições sobre a utilização do tempo	Gevers, Rutte, & van Eerde (2006)	Santos, Uitdewilligen & Passos (2015)
Processos de aprendizagem em equipa	Savelsbergh, van der Heijden, & Poel, (2009)	Santos, Uitdewilligen & Passos (2015)
Percepção de eficácia	Passos & Caetano (2015)	Passos & Caetano (2005)
Práticas de gestão de recursos humanos	Caetano & Passos (2011)	Caetano & Passos (2011)
Liderança de equipas	Morgenson, DeRue & Karam (2010)	Graça & Passos (2012)

2.3. Orçamento

Este projeto não tem qualquer tipo de financiamento externo, sendo realizado com recurso a verbas próprias da Responsável do Projeto. Contudo, dada a natureza do projeto os recursos financeiros envolvidos são reduzidos, com gasto apenas ao nível

dos consumíveis (fotocópias dos questionários e envelopes para devolução dos questionários preenchidos).

A inserção dos dados e o respetivo tratamento é assegurada pelos alunos de mestrado inseridos na equipa com a supervisão dos investigadores mais seniores.

2.4 Cronograma

Tarefas do Projeto	Junho				Julho			
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Entrega dos questionários nas unidades	■	■						
Recolha dos questionários		■	■					
Inserção dos dados na base			■					
Tratamento dos dados				■	■			
Elaboração do relatório final						■	■	■

É fundamental a entrega dos questionários se efetuar no início de Junho uma vez que a data limite para a entrega das dissertações de mestrado é Julho de 2015.

3. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Tal como foi mencionado anteriormente, será utilizado um questionário estruturado para recolha dos dados. Este questionário compreende 12 seções e uma última referente a dados socio demográficos. Esta última seção serve apenas para o cálculo da diversidade objetiva da equipa e para análise estatística das respostas. Não se pretende qualquer identificação pessoal dos respondentes.

Este questionário demora sensivelmente 15 minutos a preencher.

De seguida apresenta-se o questionário (foi inserido como imagem no documento, pelo que se apresenta em dimensões mais reduzidas do que o original – ver documento em anexo: “questionário.pdf”).

4. MODELO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Tal como já foi referido anteriormente, não se pretende qualquer identificação pessoal dos participantes no estudo pelo que o modelo de consentimento informado é substituído por um documento com explicação do estudo e contactos para qualquer esclarecimento adicional, tal como é prática comum em estudos semelhantes nacionais e internacionais.

Assim, pretendemos apenas garantir que os participantes compreendem os objectivos do estudo e a sua participação é inteiramente voluntária. Seguimos o modelo da “Carta de Confidencialidade” do Instituto Nacional de Estatística (2014).

PROJETO SAÚDE AO CENTRO

Informação ao participante

Vimos por este meio convidá-lo(a) a participar no projecto de investigação *Saúde ao Centro* através do preenchimento de um questionário.

Trata-se de um projecto de investigação levado a cabo por um grupo de investigadores do ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa, focado na eficácia do trabalho em equipa em contexto de saúde, especificamente nas Unidades de Saúde Portuguesas. O principal objectivo é identificar os factores relacionados com trabalho em equipa que contribuem para a segurança dos pacientes, para a eficácia dos serviços e para o bem-estar dos profissionais de saúde, dentro da prestação de serviços de saúde de 1ª linha.

É importante salientar que a sua participação neste estudo é inteiramente voluntária. Pode recusar-se a participar ou pode suspender a sua participação em qualquer momento. Os questionários demoram sensivelmente 15 minutos a responder. Quando terminar coloque o questionário preenchido dentro do envelope disponibilizado para o efeito. Os envelopes serão recolhidos mais tarde por um membro da equipa. Desta forma asseguramos a privacidade e anonimato das respostas.

A informação obtida é estritamente confidencial uma vez que os resultados serão codificados e utilizados apenas no âmbito deste estudo. Caso tenha qualquer questão, por favor contacte: Dra. Ana Margarida Passos (ana.passos@iscte.pt)

5. MODELO DE DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO PARA OUTROS INVESTIGADORES OU COLABORADORES NO PROJECTO

O projecto Saúde ao Centro envolve, para além da investigadora principal, uma equipa de investigadores que engloba um investigador Post-doc, dois alunos de doutoramento e sete alunos de mestrado. Só é possível cumprir o cronograma fixado com uma equipa com alguma dimensão.

Equipa envolvida no projecto:

- Prof. Doutora Ana Margarida Passos – Investigadora Responsável
- Doutora Patrícia Lopes Costa – Investigadora Post-doc
- Dr. Pedro Marques-Quinteiro – Aluno de Doutoramento em Gestão, especialização em Recursos Humanos e Comportamento Organizacional (aguarda defesa)
- Dra. Catarina Santos – Aluna de Doutoramento em Gestão, especialização em Recursos Humanos e Comportamento Organizacional
- Alexandra Coelho De Meireles Oliveira Queimado - Aluna do Mestrado em Gestão de Recursos Humanos
- Diana de Sousa Morais – Aluna do Mestrado de Psicologia Social e das Organizações
- Daniel Filipe da Silva Tavares – Aluno do Mestrado em Gestão de Recursos Humanos
- João José Plácido Galinho - Aluno do Mestrado de Psicologia Social e das Organizações
- Márcio André Fazenda Martins - Aluno do Mestrado de Psicologia Social e das Organizações
- Rafael Duarte Xavier dos Santos - Aluno do Mestrado de Psicologia Social e das Organizações
- Vanessa Fialho – Aluna do Mestrado em Políticas de Desenvolvimento dos Recursos Humanos

De seguida apresenta-se o modelo de declaração de compromisso a ser assinado por todos os membros e colaboradores envolvidos no projecto “Saúde ao Centro”.

Declaração de Compromisso e Confidencialidade

Eu, (NOME), portador(a) do cartão de cidadão/ bilhete de identidade nº (NÚMERO), declaro para devidos efeitos que assumo a proteção da confidencialidade dos dados individuais recolhidos e utilizados no âmbito do projeto “Saúde ao Centro”.

(Assinatura)

Lisboa, XX de XX de 2015

6. MODELO DE DECLARAÇÃO A ASSINAR POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE E IDENTIFICAÇÃO DO “ELO DE LIGAÇÃO”

Os participantes deste estudo são os profissionais de saúde que se disponibilizem voluntariamente a participar neste estudo. A sua participação implica apenas o preenchimento de um questionário. Não se pretende o envolvimento de qualquer utente neste projeto.

Neste sentido não se apresenta nenhum modelo de declaração a assinar pelos profissionais nem faz sentido a identificação do “elo de ligação” para contatos futuros.

7. DECLARAÇÃO DO ORIENTADOR CIENTÍFICO

Como foi mencionado anteriormente, o projeto integra uma equipa de alunos de mestrado que pretendem utilizar estes dados na elaboração das suas dissertações de mestrado. Pretende-se igualmente que os dados possam ser utilizados para publicações científicas específicas na área.

As declarações de orientação foram entregues como um procedimento administrativo nos serviços académicos do Instituto Universitário de Lisboa – ISCTE-IUL. De qualquer das formas, apresenta-se de seguida o modelo utilizado que acompanhará o elemento da equipa na recolha de dados.

Declaração de Orientação

Para os devidos efeitos declaro ser orientadora da dissertação de Mestrado em (NOME DO MESTRADO) que o/a aluno(a) NOME, se propõe levar a efeito sobre o tema (TÍTULO DA DISSERTAÇÃO).

Ana Margarida Passos
Professora Auxiliar
Departamento Recursos Humanos e Comportamento Organizacional

Lisboa, DATA

8. DECLARAÇÃO DO DIRETOR DE SERVIÇO/DIRETOR EXECUTIVO DO ACES

Tratando apenas da aplicação de um questionário aos profissionais de saúde que aceitem participar, não são necessárias condições específicas para a sua realização. Qualquer lugar, quer seja em casa, no trabalho ou numa pausa, pode ser adequado ao preenchimento do questionário.

9. NOTIFICAÇÃO À COMISSÃO NACIONAL DE PROTEÇÃO DE DADOS

Dado que o estudo não implica a recolha de qualquer informação que identifique os respondentes, não foi iniciado nenhum processo na Comissão Nacional de Proteção de Dados. De qualquer das formas, são assegurados os princípios básicos desta comissão no que se refere à recolha e armazenamento dos dados.

Assim, a recolha é sempre realizada por um elemento da equipa que se comprometeu através da assinatura de “Declaração de Compromisso e Confidencialidade” a uma conduta ética de investigação. De igual forma, os dados são guardados numa base de dados que só pode ser acedida através de *password*.

Salienta-se que apenas a investigadora responsável terá acesso à base completa. Na base de trabalho a cada unidade de saúde será atribuído um código e os dados serão agregados ao nível da unidade com base nesse mesmo código.

10. DECLARAÇÃO DO INVESTIGADOR SOBRE A PROPRIEDADE DE DADOS E RESULTADOS DO ESTUDO

De seguida apresenta-se a declaração do Investigador Responsável sobre a propriedade dos dados.

Declaração de Propriedade dos Dados

O investigador principal será o detentor de todos os direitos de propriedade dos dados obtidos no decorrer do projeto.

Os dados serão utilizados para a elaboração trabalhos académicos orientadas pelo investigador principal ou co-orientadas por ele, assim como para a publicação de trabalhos científicos.

Ana Margarida Passos
Professora Auxiliar
Departamento Recursos Humanos e Comportamento Organizacional

Lisboa, 29 de Maio de 2015

11. DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO INVESTIGADOR PARA A ENTREGA À CES DO RELATÓRIO FINAL

De seguida apresenta-se a declaração de compromisso para entrega do relatório final às Unidades de Saúde que participem no Estudo.

Declaração de Compromisso

Eu, Ana Margarida Soares Lopes Passos, Professora Auxiliar no Departamento de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional no Instituto Universitário de Lisboa e investigadora responsável do projeto “Saúde ao Centro” comprometo-me a entregar às Unidades de Saúde participantes um relatório final com a síntese dos resultados obtidos no projeto.

Ana Margarida Passos
Professora Auxiliar
Departamento Recursos Humanos e Comportamento Organizacional

Lisboa, 29 de Maio de 2015

12. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

- Caetano, A. & Passos, A. M. (2011). *Desenvolvimento de um modelo de medida para o Prémio Excelência no Trabalho*. Relatório não publicado. Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa.
- Costa, P. L., Passos, A. M., & Bakker, A. (2014). Empirical validation of the construct of team work engagement. *Journal of Personnel Psychology*, 13 (1), 34 – 45. DOI: 10.1027/1866-5888/a000102.
- Costa, P. L., Passos, A. M., Silvia, S. A., Sacadura-Leite, E., Tavares, S., Spanu, F., Dimitrova, E., Basarovska, V., Milosevic, M., Turk, M., Panagopoulou, E., & Montgomery, A. (2014). Overcoming job demands to deliver high quality care in a hospital setting across Europe: The role of teamwork and positivity. *Journal of Work and Organizational Psychology*. DOI: 10.1016/j.rpto.2014.11.001.
- Gevers, J.M.P., Rutte, C.G., & van Eerde, W. (2006). Meeting deadlines in work groups: Implicit and explicit mechanisms. *Applied Psychology: An International Review*, 55, 52-72. doi: 10.1111/j.1464-0597.2006.00228.x
- Graça, A. M., & Passos, A. M. (2012). The role of team leadership in the Portuguese Child protection teams. *Leadership*, 8(2), 125-143. DOI: 10.1177/1742715011434108.
- Hofstede, Geert (1980). *Culture's consequences: International differences in work-related values*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Ilgen, D. R., Hollenbeck, J. R., Johnson, M., & Jundt, D. (2005). Teams in organizations: From I-P-O models to IMO models. *Annual Review of Psychology*, 56, 517 – 543.
- Marques-Quinteiro, P., Passos, A. M., Curral, L., Rico, R. (submitted). The higher they climb the the Harder They Fall: A Temporal examination of performance adaptation in teams.
- Marques-Quinteiro, P., Ramos-Villagrasa, P. J., Passos, A. M., & Curral, L. (2013). Desenvolvimento da escala de performance adaptativa para indivíduos e equipas. *Atas do VIII Simpósio Nacional de Psicologia* (pp. 793-800). Aveiro: Universidade de Aveiro.

- Marks, M. A., Mathieu, J. E., & Zaccaro, S. J. (2001). A temporally based framework and taxonomy of team processes. *Academy of Management Review*, 26 (3), 356 – 376.
- Mathieu, J. E., Maynard, M., Rapp, T., & Gilson, L., (2008). Team effectiveness 1997-2007: A review of recent advancements and a glimpse into the future. *Journal of Management*, 34, 410–476.
- Passos, A. e Caetano, A. (2005). Exploring the effects of intragroup conflict and past performance feedback on team effectiveness. *Journal of Managerial Psychology*, 20 (3-4), 231-244. DOI: 10.1108/02683940510589028.
- Santos, C. M., Uitdewilligen, S. & Passos, A. M. (2015). A temporal common ground for learning: The moderating effect of shared mental models on the relation between team learning behaviors and performance growth. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. Doi: 10.1080/1359432X.2015.1049158
- Savelsbergh, C. M. J. H., van der Heijden, B. I. J. M., & Poel, R. F. (2009). The development and empirical validation of a multidimensional measurement instrument for team learning behaviors. *Small Group Research*, 40, 578-607. doi: 10.1177/1046496409340055
- Standifer, R. L., Raes, A. M. L., Peus, C., Passos, A. M., Santos, C. M., Weisweiler, S. (2015). Time in teams: Impact of cognitions and conflict. *Journal of Managerial Psychology*, 30 (6).
- West, M. A., Markiewicz, L., & Dawson, J. F. (2004). *TPI–Team Performance Inventory: User Guide*. Aston Organization Development Ltd, Birmingham.
- Zaccaro, S. J., Rittman A. L., & Marks M. A. (2001). Team leadership. *The Leadership Quarterly*, 12, 451–483.

Anexo E

Parecer da Comissão de Ética.

Exma. Senhora

Dr.ª Ana Margarida Passos

amlp@iscte.pt

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência
10433/CES/2015

Data
23-06-2015

Assunto: Estudo "SAÚDE AO CENTRO"

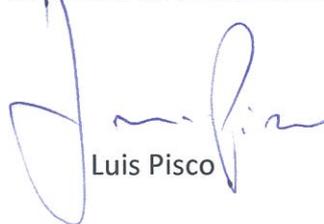
A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT apreciou na sua reunião da Secção de Investigação do dia 08-05-2015, o projecto mencionado em epígrafe, tendo deliberado um parecer favorável.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido por aquela Comissão, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

O Vice - Presidente do Conselho Directivo



Luis Pisco

Parecer

Proc.049/CES/INV/2015

Título: “SAÚDE AO CENTRO”

Âmbito do estudo: académico, mestrado

Enquadramento institucional do proponente: mestrado do Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL)

Investigador (es): Ana Margarida Passos, Patrícia Lopes Costa, Pedro Marques-Quinteiro, Catarina Santos Alexandra Coelho De Meireles Oliveira Queimado, Diana de Sousa Morais, Daniel Filipe da Silva Tavares, João José Plácido Galinho, Márcio André Fazenda Martins, Rafael Duarte Xavier dos Santos, Vanessa Fialho

Orientador(es): Ana Margarida Passos

Os dados recolhidos neste projeto serão utilizados para a realização de 6 dissertações de mestrado do Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), todas orientadas pela investigadora principal (Prof. Doutora Ana Margarida Passos) durante o ano letivo 2014/2015, com a co-orientação de uma investigadora em Pós-Doutoramento (Doutora Patrícia Costa) e dois alunos de doutoramento (Dr. Catarina Santos e Dr. Pedro Marques-Quinteiro).

Fundamentação do estudo:

...

Estado de Arte

O trabalho em equipa é hoje uma realidade na maioria das organizações. Cada vez mais as organizações estruturam a sua actividade com base em equipas com o objectivo de aumentar a sua produtividade e eficácia. Esta realidade tem contribuído para o aumento da investigação sobre o tema levando, nos últimos anos, ao aparecimento de diversas propostas teóricas e estudos empíricos sobre os preditores da eficácia do trabalho em equipa. É hoje relativamente consensual que a eficácia do trabalho em equipa é fortemente influenciada por um conjunto de processos e estados emergentes cognitivos, afectivos, motivacionais e de coordenação (e.g., Zaccaro, Rittman & Marks, 2001).

Também nas organizações prestadoras de cuidados de saúde, o trabalho em equipa tem vindo a emergir como um aspecto central para um atendimento de qualidade e segurança dos pacientes (Costa et al., 2014). Contudo, o número de estudos realizados sobre a eficácia do trabalho em equipa em contexto de saúde é ainda muito reduzido, sendo praticamente inexistente no contexto português.

Assim, o projecto “Saúde ao Centro” tem como principal objectivo identificar os factores relacionados com trabalho em equipa que contribuem para a eficácia dos serviços de saúde prestado e para o bem-estar dos profissionais de saúde, dentro da prestação de serviços de saúde de 1ª linha.

O estudo da eficácia do trabalho em equipa tem já uma longa história no âmbito da psicologia das organizações e do comportamento organizacional. Nas últimas décadas, vários autores têm procurado sistematizar as inúmeras propostas teóricas para explicar o desempenho dos grupos (e.g. Mathieu, Maynard, Rapp, & Gilson, 2008). Enquanto as propostas iniciais procuravam identificar as variáveis predictoras da eficácia do trabalho de equipas, os modelos mais recentes complexificaram-se, procurando identificar as razões pelas quais algumas equipas são mais eficazes do que outras (Ilgen, Hollenbeck, Johnson, & Jundt, 2005).

Uma breve análise às diferentes propostas teóricas que procuram explicar e prever o desempenho dos grupos permite-nos verificar que o modelo dominante na literatura é o modelo causal Input-Mediadores-Output (I-M-O) desenvolvido numa perspetiva funcional. Neste modelo, os inputs referem-se ao que os membros da equipa trazem para o grupo, incluindo as competências técnicas e relacionais, estatuto, personalidade e atributos demográficos. Os mediadores incluem os processos de equipa (i.e., os atos interdependentes dos membros que convertem inputs em resultados através de atividades cognitivas,

verbais e comportamentais direcionadas para a realização do objetivo da equipa, como por exemplo comunicar, gerir e coordenar) e os estados emergentes (i.e., propriedades da equipa, normalmente de natureza dinâmica, que variam em função do contexto, inputs, processos e resultados, como por exemplo a coesão, o engagement da equipa ou os modelos mentais partilhados). Por fim, os outputs referem-se aos produtos resultantes do trabalho em equipa e incluem, para além do desempenho da equipa propriamente dito, as respostas afetivas dos membros e a intenção de continuar a trabalhar no futuro (Marks, Mathieu & Zaccaro, 2001).

Neste projeto propomos um modelo de eficácia do trabalho em equipa (Figura 1) que tem na base a investigação recente neste domínio, com especial relevo para as investigações realizadas com equipas em contexto de saúde.

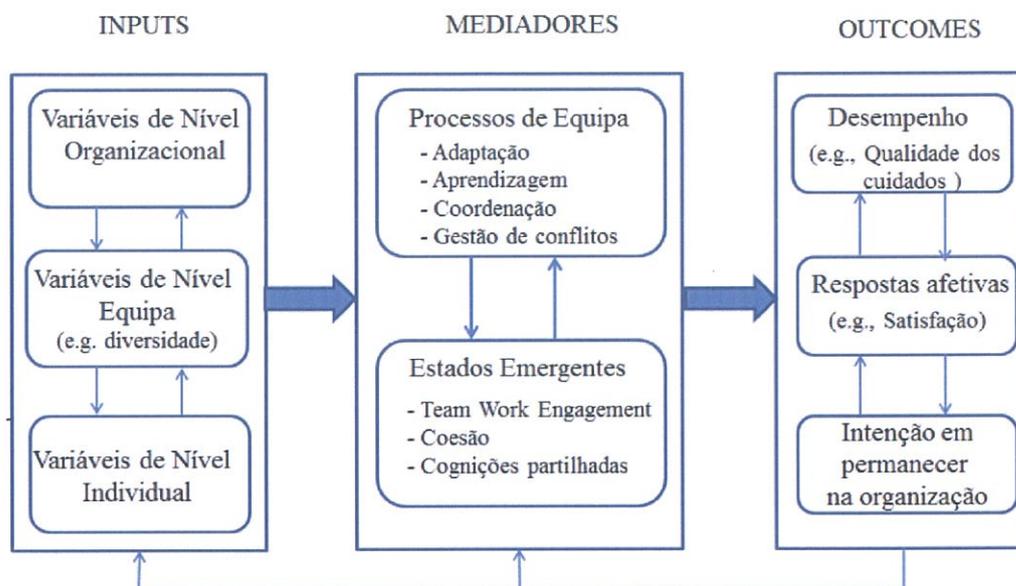


Figura 1 – Modelo de eficácia do trabalho em equipa do projeto

Apreciação

Trata-se de um estudo com um potencial interesse e valor social que procura identificar os factores cognitivos, motivacionais e de coordenação relacionados com trabalho em equipa que contribuem para a eficácia dos serviços de saúde prestado e para o bem-estar dos profissionais de saúde.

Trata-se, portanto de um protocolo de um estudo que cumpre, no essencial, no que concerne à sua fundamentação, critérios de valor social e nomeadamente no que respeita ao seu interesse e relevância (clínica e de saúde pública).

Trata-se de um estudo de investigação que tem um delineamento sistemático e que procura um novo conhecimento, ainda que de âmbito exclusivamente local.

Trata-se assim de um estudo com as seguintes características:

- 1.- envolve profissionais de Saúde da ARSLVT
- 2.- que ainda não teve o seu início.
- 3.- é uma investigação sistemática e pretende gerar um novo conhecimento com impacto local;
- 4.- É um estudo que envolve seres humanos;
- 5.- Implica a interação com os participantes;
- 6.- Tendo em conta os pressupostos anteriores cumpre critérios de apreciação por esta Comissão de Ética

A metodologia proposta é adequada sendo de clarificar o seguinte aspecto :

- a) Seria de clarificar a estratégia de tratamento e análise de dados

Apreciação Ética

Respeito pela dignidade da pessoa humana

Autonomia

Modalidade de obtenção do consentimento informado

Cumprir com a finalidade do estudo.

Folha de Informação ao participante e formulário de consentimento

Apropriados

Privacidade e Confidencialidade de Dados

Tal como foi mencionado anteriormente, será utilizado um questionário estruturado para recolha dos dados. Este questionário compreende 12 seções e uma última referente a dados socio demográficos. Esta última seção serve apenas para o cálculo da diversidade objetiva da equipa e para análise estatística das respostas. Não se pretende qualquer identificação pessoal dos respondentes.

Apropriado

Beneficência

O estudo pode ter um potencial valor, pode gerar um conhecimento novo, pelo que se podem colher benefícios pela sua concretização.

Justiça

No que concerne ao cumprimento do princípio da justiça nas suas duas dimensões, discriminação e exploração, diríamos que não se identificam nenhum procedimento que possa “obrigar” ou coagir os utentes a envolverem-se no estudo, mas salientamos que esta nossa apreciação é prejudicada pelo facto de não dispormos de informação relativa à modalidade de recrutamento;

Não maleficência

Os riscos previsíveis de um estudo desta natureza são menores que os mínimos.

Cronograma: Apropriado

CV dos Investigadores : adequados

Declaração dos Orientadores Pedagógico: Identificado e presente

Declaração dos responsáveis das Unidades de saúde: Não presente a declaração dos DE, em falta.

Caderno de Recolha de Dados : Presente

Comissão Nacional de Protecção de Dados : Não presente, investigador justifica

Monitorização da investigação. Não prevista

Previsão de custos financeiros para os ACES: Não estimados

Divulgação dos resultados: Explícita

Propriedade dos dados: Explícita

Compromisso de entrega de relatório final: Explícito

Em conclusão:

Face aos elementos presentes o presente protocolo cumpre objectivos de valor social e de pertinência científica e de Saúde Pública. Estão satisfeitos os quesitos éticos aplicáveis à investigação clínica com seres humanos.

Nestas circunstâncias sugerimos a emissão de um parecer favorável condicionado, devendo os investigadores providenciar informação sobre alguns dos elementos que necessitam de clarificação.

04 de Maio de 2015

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

Foram analisadas as respostas dos investigadores e consideradas satisfatórias, propondo-se a emissão de um parecer favorável sem condicionamentos.

23 de Junho de 2015

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar