

Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa



**GESTÃO DO RISCO NAS ORGANIZAÇÕES DE
SAÚDE: Percepção dos profissionais face ao papel do
gestor de risco**

Vânia Cristina Nunes Gomes Gonçalves

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde

Orientador (a):

Prof. Doutor Luís Martins, Coordenador do Mestrado, ISCTE Business School,
Departamento de Gestão

Setembro 2008

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, à minha irmã e ao Carlos por me terem ensinado a nunca desistir e a lutar por aquilo em que acredito.

Às quatro maravilhosas, muito obrigada pela força “Babes”!

Este trabalho não teria sido possível sem a ajuda e o encorajamento de todos os colegas e amigos que acompanharam os bons e os maus momentos, incluindo as vicissitudes e dificuldades para a sua concretização. Eles sabem quem são!!!

Manifesto o meu profundo agradecimento ao meu orientador, Professor Doutor Luís Martins pelo percurso formativo que me proporcionou, com o seu apoio, disponibilidade, orientação e crítica.

Vânia Gomes Gonçalves

SIGLAS E ABREVIATURAS:

ASHRM → American Society for Healthcare Risk Management

E1 → Entrevista n.º 1

E2 → Entrevista n.º 2

E3 → Entrevista n.º 3

E4 → Entrevista n.º 4

E5 → Entrevista n.º 5

Ed. → Edição

EOQ → Error Orientation Questionnaire

GR → Gestor do Risco

HROs → High Reliability Organizations

N.º → Número

P. ex. → Por exemplo

Pág. → Página

Págs. → Páginas

*We are what we repeatedly do.
Excellence then is not an act but a habit.*
Aristóteles

RESUMO:

A gestão de risco na área da saúde é uma área em desenvolvimento em Portugal, pelo que procurámos investigar o perfil do gestor do risco nas organizações de saúde portuguesas e quais as implicações da sua actuação. Os objectivos visavam a identificação do perfil do gestor de risco, através da enumeração das suas principais tarefas e áreas de actuação, avaliando-se concomitantemente as competências fundamentais para adequado desempenho da função. No sentido de avaliar as implicações da sua actuação, abordámos a cultura de orientação ao erro e a cultura da fiabilidade dos profissionais para compreender o fenómeno em estudo.

No enquadramento teórico, foram abordados aspectos relacionados com a gestão da qualidade e seu impacto nas políticas de gestão, em termos da aplicação do processo de acreditação e da adopção de medidas que incentivam a cultura de orientação ao erro e a cultura da fiabilidade, as quais caracterizam e diferenciam as organizações altamente fiáveis. A dicotomia existente entre o erro e o risco foi abordada, assim como uma caracterização da gestão do risco, na qual se descreveu o profissional que assume as funções da gestão do risco e a necessidade de definir um perfil de competências.

Para proceder ao estudo, foi utilizada uma abordagem qualitativa e quantitativa, do tipo descritivo, analítico, comparativo e exploratório, existindo dois momentos de avaliação, através da realização de entrevistas e posterior aplicação de questionários a profissionais nas organizações de saúde. A população do estudo corresponde a todos os gestores de risco e colaboradores, nomeadamente, enfermeiros-chefes e colaboradores na gestão, enfermeiros supervisores, directores e chefes de serviço médico das organizações de saúde de Portugal acreditadas ou em processo de acreditação.

O tratamento dos dados teve por base uma análise quantitativa e qualitativa de conteúdo, de que destacamos o tratamento informático *SPSS* e *EXCEL* que constou da estatística não paramétrica e paramétrica.

Como principais conclusões destacamos o facto de uma maior experiência profissional contribuir para a sensibilização e compreensão dos profissionais face ao perfil do gestor do risco (enumeração das suas tarefas), e uma mais eficaz cultura da fiabilidade e de orientação ao erro. Esta sensibilização foi notada não só para os gestores de risco como

para os outros grupos profissionais estudados, onde a experiência profissional e a formação têm papel preponderante

Constatou-se igualmente a existência de relação entre a cultura da fiabilidade e a cultura de orientação ao erro e sua gestão, sendo as mesmas ainda influenciadas pelo tempo de exercício profissional dos profissionais, ao qual se acresce a influência detectada sobre a enumeração de tarefas para delineamento de funções do gestor do risco. Porém, esta última, não é influenciada nem pela cultura da fiabilidade nem pela cultura da orientação ao erro.

A acreditação das organizações de saúde permite uma maior sensibilização dos seus profissionais a todas estas áreas, pois são aspectos fulcrais para o programa de acreditação e conseqüentemente para a melhoria da qualidade dos serviços prestados pelas mesmas, pelo que influencia a cultura da fiabilidade e de orientação ao erro existentes nas organizações.

ABSTRACT:

Risk management in the area of the health care in Portugal is still developing, that's why we decided to investigate the profile of the health care risk manager in the portuguese organizations and which implications result from his acting. Our purpose was to identify risk manager profile through the identification of his main tasks and areas of acting and through the identification of the required skills for a successful practice. We have also evaluate the error management culture and reliability culture of the professionals to understand the subject of the study.

In the theoretical review we have seen aspects related with the quality management and its impact in the politics of health care organizations management, through the application of processes of accreditation and the adoption of measures that increase the error management culture and the reliability culture, aspects which characterize and differentiate the High Reliability Organizations. It was also addressed the dichotomy between error and risk as well as risk management in which it was described the and risk manager professional and the required skills for the job.

To elaborate the study it was used a qualitative and quantitative approach, of the descriptive, analytic, comparative and explored type, with two moments of evaluation, through interviews and the subsequent application of questionnaires directly to the professionals from the health care organizations. The population of the study included all the risk manager p professionals and their employees, including, chief nurses and their employees in management, supervising nurses, directors and head of medical services of all health care organizations. They are all accredited or in the accreditation process.

The data processing was based on a quantitative and qualitative analysis of content, which feature electronic processing with SPSS and EXCEL that consisted of parametric and not parametric statistics.

The main findings highlight the fact that a bigger professional experience contribute to the awareness and understanding of the professionals face to the profile of the risk manager (listing of his tasks), and a more effective culture of reliability and guidance to error. This awareness has been notice not only for risk managers as for other professional groups, where the professional experience and training have a leading role.

It was noted equally that the existence of the relationship between the reliability culture, error management culture and its management, being the same still influenced for the time of professionals exercise, which is added the influence detected on the enumeration of tasks for delineation of functions of the risk manager. However, the last one is not influenced by neither the reliability culture nor the error management culture.

The accreditation for health care organizations allows a greater awareness of his professional to all these areas, because there are key issues for the accreditation program and consequently to improve the quality of services provided by them, because it affects the reliability culture and the error management culture in the existing organizations.

SUMÁRIO:

1 - INTRODUÇÃO.....	15
2 - APRESENTAÇÃO E FORMULAÇÃO DO PROBLEMA.....	16
3 - GESTÃO DO RISCO – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	19
3.1 -Gestão da qualidade – sua importância	19
3.1.1 - Acreditação dos Serviços de Saúde.....	24
3.1.2 - Organizações Altamente Fiáveis.....	28
3.2 -Risco e Erro – 2 conceitos interligados	37
3.3 -Gestão do Risco – Principais características	44
3.3.1 - Gestor do Risco.....	49
3.3.2 - Perfil de Competências em Gestão.....	55
4 - DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA.....	66
4.1 -Tipo de estudo	66
4.2 -População e amostra	67
4.3 -Instrumento de colheita de dados	68
4.3.1 - Definição das variáveis em estudo.....	69
4.3.2 - Recolha de dados.....	69
4.3.3 - Processamento e Análise da colheita de dados.....	70
4.4 -Desenho do estudo	70
4.5 -Hipóteses em estudo	71
4.6 -C o n s i d e r a ç õ e s é t i c a s	72
4.7 -Limitações do estudo e Implicações	73

5 - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	74
5.1 -1^a	Parte: Entrevistas semi-estruturadas
74	
5.2 -2^a	Parte: Questionários
90	
5.2.1 - Enumeração das tarefas do Gestor do Risco.....	98
5.2.2 - Competências para o desempenho da função do Gestor do risco..	99
5.2.3 - Cultura de Orientação ao Erro	106
5.2.4 - Cultura da Fiabilidade.....	113
5.2.5 - Análise da variância dos gestores e não gestores de risco relativamente ao risco	118
5.2.6 - Análise comparativa entre as Organizações de Saúde.....	120
5.2.7 - Hipóteses em estudo	125
6 - CONCLUSÃO.....	141
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	143
ANEXOS	147
Anexo I – Instrumento de Colheita de Dados: Entrevista.....	148
Anexo II – Instrumento de Colheita de Dados: Questionário.....	149
Anexo III – Pedido de autorização para a realização do estudo.....	150
Anexo IV – Verbatim das Entrevistas.....	151
Anexo V – Significados Formulados.....	152

SUMÁRIO DE QUADROS

Quadro n.º 1: Funções do Gestor de Risco	52
Quadro n.º 2: Taxinomia de Gestão de Competências e suas definições	63
Quadro n.º 3: Agrupamento das categorias de acordo com a Primeira Questão	75
Quadro n.º 4: Primeira Questão – Categoria: Características do Gestor do Risco.....	75
Quadro n.º 5: Primeira Questão – Categoria: Perfil do Gestor do Risco – Actividades Desenvolvidas.....	76
Quadro n.º 6: Agrupamento das categorias de acordo com a Segunda Questão.....	77
Quadro n.º 7: Segunda Questão – Categoria: Áreas de actuação do Gestor do Risco.....	79
Quadro n.º 8: Segunda Questão – Categoria: Prevenção/Redução de Perdas – Actividades desenvolvidas....	80
Quadro n.º 9: Segunda Questão – Categoria: Gestão das Reclamações – Actividades desenvolvidas	82
Quadro n.º 10: Segunda Questão – Categoria: Financiamento de Riscos – Actividades desenvolvidas	83
Quadro n.º 11: Segunda Questão – Categoria: Cumprimento da Regulamentação/Acreditação – Actividades desenvolvidas.....	84
Quadro n.º 12: Segunda Questão – Categoria: Operações – Actividades desenvolvidas	85
Quadro n.º 13: Segunda Questão – Categoria: Bioética – Actividades desenvolvidas.....	86
Quadro n.º 14: Agrupamento das categorias de acordo com a Terceira Questão	87
Quadro n.º 15: Enumeração de tarefas para a função de Gestor do risco – Correlações	98
Quadro n.º 16: Cultura de Orientação ao Erro – Correlações.....	113
Quadro n.º 17: Cultura da Fiabilidade – Correlações.....	118
Quadro n.º 18: Testes T Simultâneos.....	120
Quadro n.º 19: Análise comparativa da Organização A.....	121
Quadro n.º 20: Análise comparativa da Organização B	121
Quadro n.º 21: Análise comparativa da Organização C	122
Quadro n.º 22: Análise comparativa da Organização D.....	122
Quadro n.º 23: Análise comparativa da Organização E.....	123
Quadro n.º 24: Análise comparativa da Organização F.....	123
Quadro n.º 25: Análise comparativa da Organização G.....	124
Quadro n.º 26: Análise comparativa da Organização H.....	125
Quadro n.º 27: Distribuição da relação cultura de orientação ao erro e tempo de exercício profissional do gestor do risco.....	126
Quadro n.º 28: Distribuição da relação cultura da fiabilidade e tempo de exercício profissional do gestor do risco.....	127
Quadro n.º 29: Distribuição da relação enumeração de tarefas para delineamento de funções e tempo de exercício profissional do gestor do risco.....	127
Quadro n.º 30: Distribuição da relação cultura de orientação ao erro e tempo de exercício profissional.....	128
Quadro n.º 31: Distribuição da relação cultura da fiabilidade e tempo de exercício profissional.....	129
Quadro n.º 32: Distribuição da relação enumeração de tarefas para delineamento de funções e tempo de exercício profissional.....	129
Quadro n.º 33: Distribuição das médias obtidas na relação cultura de orientação ao erro e cultura da fiabilidade	130
Quadro n.º 34: Distribuição das médias obtidas na relação cultura da fiabilidade e tempo de exercício profissional nas instituições de saúde	131
Quadro n.º 35: Distribuição das médias obtidas na relação cultura de orientação ao erro e tempo de exercício profissional nas instituições de saúde	132
Quadro n.º 36: Distribuição das médias obtidas na relação enumeração de tarefas para delineamento de funções de gestão do risco e tempo de exercício profissional nas instituições de saúde	132

Quadro n.º 37: Distribuição da medida na relação enumeração de tarefas para delineamento de funções de gestão do risco e cultura da fiabilidade.....	133
Quadro n.º 38: Distribuição da medida na relação enumeração de tarefas para delineamento de funções de gestão do risco e cultura de orientação ao erro.....	134
Quadro n.º 39: Distribuição da relação enumeração de tarefas para delineamento de funções de gestão do risco e instituições de saúde.....	135
Quadro n.º 40: Distribuição da relação cultura da fiabilidade e instituições de saúde.....	136
Quadro n.º 41: Distribuição da relação cultura de orientação ao erro e instituições de saúde.....	136
Quadro n.º 42: Distribuição da relação cultura da fiabilidade e organização alvo de processo de acreditação	137
Quadro n.º 43: Distribuição da relação cultura de orientação ao erro e organização alvo de processo de acreditação.....	138
Quadro n.º 44: Distribuição da média na relação número médio de tarefas enumeradas para delineamento de funções de gestão do risco, gestores de risco e não gestores do risco.....	138
Quadro n.º 45: Distribuição da relação média da enumeração de tarefas para delineamento de funções para a gestão do risco e sexo	139
Quadro n.º 46: Distribuição da relação medida da enumeração de tarefas para delineamento de funções para a gestão do risco e formação formal recebida pelos gestores do risco.....	140

SUMÁRIO DE FIGURAS

Figura n.º 1: Condições que estimulam a criação de uma Cultura de Corporativismo.....	33
Figura n.º 2: Modelo causal da competência segundo BOYATZIS.....	59
Figura n.º 3: Modelo do Iceberg de competências segundo MCBER.....	60
Figura n.º 4: Iceberg de Competências.....	61

SUMÁRIO DE TABELAS

Tabela n.º 1: Organizações de Saúde alvo de estudo.....	67
Tabela n.º 2: Caracterização da amostra quanto à variável sexo.....	90
Tabela n.º 3: Caracterização da amostra quanto às variáveis sexo e grupo etário	90
Tabela n.º 4: Caracterização da amostra quanto à variável grupo etário.....	90
Tabela n.º 5: Medidas de tendência central e de dispersão face à variável idade.....	91
Tabela n.º 6: Caracterização da amostra quanto à variável estado civil	91
Tabela n.º 7: Relação entre as variáveis sexo, grupo etário e estado civil.....	92
Tabela n.º 8: Caracterização da amostra quanto à variável vínculo à instituição.....	92
Tabela n.º 9: Caracterização da amostra quanto à variável horário.....	92
Tabela n.º 10: Relação entre as variáveis habilitações académicas e habilitações profissionais.....	93
Tabela n.º 11: Caracterização da amostra quanto às variáveis habilitações académicas e habilitações profissionais.....	93
Tabela n.º 12: Caracterização da amostra quanto à variável tempo de exercício profissional.....	94
Tabela n.º 13: Caracterização da amostra quanto à variável gestor do risco	95

Tabela n.º 14: Caracterização da amostra quanto às variáveis gestor do risco, sexo e idade.....	95
Tabela n.º 15: Caracterização da amostra quanto às variáveis gestor do risco, habilitações académicas e habilitações profissionais	95
Tabela n.º 16: Caracterização da amostra quanto às variáveis gestor do risco, tempo de exercício profissional e tempo de exercício profissional na área da gestão do risco	96
Tabela n.º 17: Caracterização da amostra quanto à variável formação na área da gestão do risco.....	96
Tabela n.º 18: Caracterização da amostra quanto à variável organização alvo de processo de acreditação.....	97
Tabela n.º 19: Competências para o desempenho da função de Gestor do risco - Caracterização	99
Tabela n.º 20: Competências para o desempenho da função do Gestor do risco – Comparação entre gestor do risco e restantes profissionais.....	100
Tabela n.º 21: Medidas de tendência central e de dispersão face à característica Competência do Erro.....	106
Tabela n.º 22: Competência do Erro – Análise comparativa entre o gestor do risco e o não gestor do risco	107
Tabela n.º 23: Medidas de tendência central e de dispersão face à característica Aprender com os Erros	107
Tabela n.º 24: Aprender com os Erros – Análise comparativa entre o gestor do risco e o não gestor do risco	107
Tabela n.º 25: Medidas de tendência central e de dispersão face à característica Correr o Risco de Errar....	108
Tabela n.º 26: Correr o Risco de Errar – Análise comparativa entre o gestor do risco e o não gestor do risco	108
Tabela n.º 27: Medidas de tendência central e de dispersão face à característica Tensão do Erro	109
Tabela n.º 28: Tensão do Erro – Análise comparativa entre o gestor do risco e o não gestor do risco.....	109
Tabela n.º 29: Medidas de tendência central e de dispersão face à característica Antecipação do Erro.....	109
Tabela n.º 30: Antecipação do Erro – Análise comparativa entre o gestor do risco e o não gestor do risco..	110
Tabela n.º 31: Medidas de tendência central e de dispersão face à característica Encobrimento dos Erros...	110
Tabela n.º 32: Encobrimento dos Erros – Análise comparativa entre o gestor do risco e o não gestor do risco	111
Tabela n.º 33: Medidas de tendência central e de dispersão face à característica Comunicação do Erro.....	111
Tabela n.º 34: Comunicação do Erro – Análise comparativa entre o gestor do risco e o não gestor do risco	112
Tabela n.º 35: Medidas de tendência central e de dispersão face à característica Pensar nos Erros.....	112
Tabela n.º 36: Pensar nos Erros – Análise comparativa entre o gestor do risco e o não gestor do risco	112
Tabela n.º 37: Medidas de tendência central e de dispersão face à característica Resiliência.....	114
Tabela n.º 38: Resiliência – Análise comparativa entre o gestor do risco e o não gestor do risco.....	114
Tabela n.º 39: Medidas de tendência central e de dispersão face à característica Deferência	114
Tabela n.º 40: Deferência – Análise comparativa entre o gestor do risco e o não gestor do risco.....	115
Tabela n.º 41: Medidas de tendência central e de dispersão face à característica Preocupação com a Falha	115
Tabela n.º 42: Preocupação com a Falha – Análise comparativa entre o gestor do risco e o não gestor do risco	116
Tabela n.º 43: Medidas de tendência central e de dispersão face à característica Relutância em Simplificar Interpretações.....	116
Tabela n.º 44: Relutância em Simplificar Interpretações – Análise comparativa entre o gestor do risco e o não gestor do risco.....	116
Tabela n.º 45: Medidas de tendência central e de dispersão face à característica Sensibilidade às Operações	117
Tabela n.º 46: Sensibilidade às Operações – Análise comparativa entre o gestor do risco e o não gestor do risco.....	117
Tabela n.º 47: Médias, desvios padrões e estimativas do erro amostral	119

SUMÁRIO DE GRÁFICOS

Gráfico n.º 1: Distribuição da amostra face à variável tempo de exercício profissional	94
Gráfico n.º 2: Caracterização da amostra quanto à variável processo de acreditação	97
Gráfico n.º 3: Distribuição dos indivíduos face às competências: Funções Tradicionais.....	102
Gráfico n.º 4: Distribuição dos indivíduos face às competências: Orientação de Tarefas.....	102
Gráfico n.º 5: Distribuição dos indivíduos face às competências: Orientação Pessoal.....	103
Gráfico n.º 6: Distribuição dos indivíduos face às competências: Fidelidade.....	103
Gráfico n.º 7: Distribuição dos indivíduos face às competências: Abertura a Novas Ideias.....	104
Gráfico n.º 8: Distribuição dos indivíduos face às competências: Controlo Emocional.....	104
Gráfico n.º 9: Distribuição dos indivíduos face às competências: Comunicação	105
Gráfico n.º 10: Distribuição dos indivíduos face às competências: Desenvolvimento Pessoal e dos Outros	105
Gráfico n.º 11: Distribuição dos indivíduos face às competências: Astúcia Profissional e Preocupações.....	106

1 - INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito do Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa – INDEG Escola de Gestão, tendo em vista a obtenção do Grau de Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde.

O tema do trabalho de investigação é o “**Perfil do gestor de risco nas organizações de saúde portuguesas: implicações da sua actuação**”, e procura:

- 1) Identificar o perfil do gestor de risco,
- 2) Caracterizar as principais áreas de actuação,
- 3) Identificar competências fundamentais no desempenho da função de gestor do risco e
- 4) Caracterizar implicações que advém da sua actuação nas organizações de saúde, em termos da cultura de orientação para o erro e da cultura da fiabilidade.

Com a realização do trabalho, procuramos analisar as implicações resultantes da existência de uma política de gestão do risco centrada nas actividades do gestor de risco das organizações e suas implicações. Tem como população os Gestores de Risco da Instituição e seus colaboradores, nomeadamente, enfermeiros-chefes e colaboradores na gestão, enfermeiros supervisores, Directores e Chefes de Serviço médico.

2 - APRESENTAÇÃO E FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Actualmente, a avaliação do desempenho organizacional adquire repercussões nunca antes consideradas, sendo dado extremo relevo a altos padrões de qualidade aliados a elevada eficácia e eficiência organizacional. Surgiu, assim, a necessidade de submeter as organizações de saúde a sistemas de acreditação, na medida em que a “*acreditação tem-se afirmado, em todo o mundo desenvolvido, como um meio de monitorização da melhoria contínua de qualidade, no sentido de garantir aos cidadãos cuidados de saúde de qualidade, de regulamentar aspectos da prática profissional e de responsabilizar as unidades prestadoras*” (SIMÕES, 2004: 283).

A implementação de um sistema de acreditação das organizações de saúde visa a melhoria do seu desempenho, tendo em vista a identificação dos pontos problemáticos e posterior criação e aplicação de medidas que visem a sua correcção. Este sistema “*permite reconhecer a priori que uma determinada entidade satisfaz um conjunto de critérios, garantindo previsivelmente uma certa qualidade dos serviços a prestar*” (SIMÕES, 2004: 285), contrariamente a um sistema de avaliação que se baseia nos resultados obtidos à posterior.

A acreditação procurará tornar as organizações de saúde credíveis e aceites ou, não fosse seu objectivo, a melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados aos seus clientes. Decorrente da sua aplicação, serão identificadas vantagens, das quais se destacam a criação de pressupostos de qualidade para todos os procedimentos realizados na organização, ao nível de qualquer grupo profissional, o que acarreta consequências ao nível da avaliação do desempenho profissional e organizacional, criando-se medidas que contrariem os resultados obtidos.

Os programas de acreditação actualmente vigentes são o *Health Quality Service* – HQS (anteriormente designado por King’s Fund) e a *Join Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* – JCAHO, aplicado a várias instituições do país. Entre os inúmeros aspectos contemplados por ambos os programas, destaca-se o relevo dado à gestão do risco, por ser a área na qual se debruça o presente projecto de investigação.

O risco é um conceito que se encontra afecto a todas as nossas actividades do dia-a-dia, estando igualmente implícito e associado à prestação de cuidados de saúde. É um facto que as organizações de saúde, dada a complexidade tecnológica e aos constantes avanços existentes ao nível da medicina que exigem qualificados recursos humanos, não conseguem controlar todos os procedimentos e acontecimentos. Está assim bem presente o conceito de imprevisibilidade, o que acarreta perdas não só para os seus clientes, mas também para os profissionais e para a própria organização. Desta forma, no âmbito da saúde, os conceitos de risco e de erro adquirem maior relevo com elevado impacto ao nível da sociedade.

A existência de um programa de gestão de risco, em espaço e representantes próprios - um profissional designado como gestor de risco – irá traduzir a existência de um *“processo operacional que permite aos colaboradores da organização prestadora de cuidados de saúde atingir, de forma eficaz, os objectivos que dizem respeito ao controlo das consequências do risco”* (SIMÕES, 2002: 22).

Um gestor de risco torna-se num elemento-chave da organização, capaz de dinamizar a área da gestão de risco e de conferir credibilidade e autenticidade ao programa de gestão do risco em vigor. São assim auferidas visibilidade e liderança, através da possível actuação em vários campos de acção, destacando-se o levantamento e análise das áreas problemáticas com consequente criação de medidas dirigidas especificamente para a prevenção e para o controlo. São ainda passíveis de realização actividades ao nível do *“financiamento do risco, interacção com o departamento jurídico, gestão das reclamações, coordenação da cobertura comercial dos riscos, administração do programa de gestão do risco, gestão e análise da informação referente à exposição ao risco, participação na formulação da política organizacional e suas mudanças”* (SIMÕES, 2002: 35), entre outras. Todas as actividades desenvolvidas estão integradas na filosofia da organização de saúde, dando resposta às suas necessidades.

Um gestor de risco *“com qualificações académicas e de experiência, capacidade de comunicação efectiva, atenção ao detalhe, gosto por trabalho em equipa e conhecimento rigoroso dos princípios da gestão do risco, contribui fortemente para a sobrevivência de qualquer instituições hospitalar”* (SIMÕES, 2002: 36).

RYAN citado por KORLESKI (1990) refere algo extremamente pertinente relativamente ao papel do gestor de risco, ou seja,

“Fazendo a avaliação do seu papel e do seu valor para a instituição de prestação de cuidados, o gestor de risco deve ter três

coisas em mente: (1) que a gestão de risco é uma actividade de equipa abrangente e que ele é participante num processo que percorre toda a instituição envolvendo todos os departamentos, empregados, e profissionais médicos, (2) que o seu papel envolve o reconhecimento, prevenção ou contenção, e recuperação de perdas, e (3) que ele é um líder a moldar atitudes através da instituição direccionando-as para o processo de gestão do risco”.

É neste sentido que gostaria de poder avaliar a percepção dos profissionais de saúde das organizações acreditadas pelos sistemas vigentes, face às estratégias/medidas implementadas pelo gestor de risco, com o intuito de poder determinar qual o seu papel e competências fundamentais do seu desempenho. Paralelamente, quais os ganhos decorrentes da existência do gestor de risco, ao nível da cultura da fiabilidade e da cultura de orientação ao erro.

3 - GESTÃO DO RISCO – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Actualmente, os princípios que regem a nossa sociedade visam a promoção da qualidade, ou seja, *“a competitividade hoje em dia, e cada vez mais no futuro, não se vai basear em políticas de preços, mas em qualidade de serviço e na capacidade para alcançar elevados níveis de fiabilidade e garantia de serviço”* (FERNANDES, 2000: 21). Na área da saúde, para garantir esses altos padrões, foram desenvolvidos sistemas de acreditação que têm como meta a melhoria do seu desempenho, isto porque

“o cliente não se limitará a exigir altos níveis de qualidade, mas também uma organização que esteja sempre atenta e pronta a ouvi-lo, redesenhando o serviço à sua medida, prestando-lhe com elevadas doses de personalização e avaliando constantemente o seu comportamento de forma a que possa reagir para recuperar o cliente quando se verifique um desvio entre os seus anseios e o que ele encontra” (FERNANDES, 2000: 21).

Centrando-nos na problemática em estudo – gestão do risco nas organizações de saúde – serão abordadas algumas áreas temáticas que auxiliam na sua contextualização, destacando-se a gestão da qualidade, a gestão do risco e conseqüente papel do gestor do risco e a acreditação dos serviços de saúde.

3.1 - Gestão da qualidade – sua importância

O conceito de qualidade tem várias aplicabilidades, englobando simultaneamente bens, produtos ou serviços, razão pela qual pode ter diferentes concepções consoante o seu contexto. Contudo, a ASSOCIAÇÃO FRANCESA DE NORMALIZAÇÃO apresentou a seguinte definição para a qualidade, ou seja, *“a qualidade de um produto ou de um serviço é a sua aptidão para satisfazer as necessidades dos utilizadores”* (FEY; GOGUE, 1989: 13). Poderá ser ainda definida como um conjunto de características de um produto ou serviço que lhe conferem aptidão para satisfazer as necessidades explícitas ou implícitas do cliente.

Quando aplicada ao domínio da saúde, associa-se inevitavelmente ao conceito de saúde, o qual representa, por exemplo:

- *“Bom estado físico de um ser vivo, funcionamento regular e harmonioso do organismo durante um período apreciável;*
- *Funcionamento mais ou menos harmonioso do organismo durante um período bastante longo;*
- *Equilíbrio e harmonia da vida psíquica;*
- *Estado de completo bem-estar físico, mental e social e que não consiste somente numa ausência de doença ou de enfermidade”* (COUVREUR, 2001: 41).

Logo, uma organização de saúde, ao promover a prestação de serviços, procura ministrar um préstimo através da implementação de um conjunto de actividades que visem a satisfação das necessidades do utilizador. É por isso fundamental existir eficácia ao nível dos serviços prestados, para que se possam avaliar os ganhos decorrentes da aplicação de um determinado tratamento ou da prestação de um determinado serviço, em termos dos ganhos em qualidade de vida.

Quando se implementa um processo de acreditação dos serviços de saúde, procura-se implementar um processo de detecção precoce e de correcção de alterações adversas aos objectivos a que este se propunha, com o objectivo máximo da promoção da excelência da qualidade de um serviço, inserido numa determinada organização. Faz parte integrante do processo proceder a uma adequada gestão do risco, através do levantamento dos principais riscos junto dos profissionais de saúde, de forma a desenvolver estratégias que os diminuam ou colmatam as falhas e lacunas detectadas, tudo isto segundo um padrão de excelência de qualidade já validado.

A avaliação da qualidade de vida decorrente de um tratamento, permite à organização aumentar a sua rentabilidade, quando este se mostra eficaz. Em contrapartida, quando os ganhos adquiridos são negativos, não se detectam ganhos de qualidade, o que faz com que os benefícios e a utilidade decorrente sejam diminutos, aumentando os custos associados. Deve-se por isso realizar uma avaliação à priori e à posteriori para se obter um ponto de comparação e dessa forma desenvolver todos os esforços que contribuam para o aumento da satisfação, assim como dos ganhos do cliente. Tal aumento, só é possível quando existe um esforço conjunto de toda a organização, através da implementação de medidas que visem um planeamento prévio, comunicação e motivação, tendo por base uma responsabilidade colectiva de todos os intervenientes.

Os meios disponíveis prendem-se com uma eficaz liderança, aliados a uma adequada política e estratégias, à gestão de pessoas, de recursos e de processos, com o fim máximo de obter a satisfação, não só dos clientes mas também dos funcionários, o que terá uma positiva repercussão na sociedade. Consequentemente, será mais fácil para a organização de saúde submeter-se aos elevados padrões e exigências dos sistemas de qualidade existentes,

Em suma, o êxito de uma organização encontra-se directamente relacionado com a sua *“capacidade para gerir as mudanças das tecnologias, dos produtos, mercados, empregos e das formas de concorrência em geral. E esta capacidade depende da disponibilidade de recursos humanos qualificados, equipados com os conhecimentos mais avançados nos domínios técnicos e de gestão”* (SALGUEIRO, 2001: 43). Torna-se por isso importante que a organização de saúde adopte medidas que permitam encontrar soluções para os actuais problemas, por intermédio da antecipação, adaptação permanente e flexibilidade, soluções que assentam na visão de qualidade. Esta visão de qualidade procurará assim

“o conjunto das actividades desenvolvidas no interior da empresa como um único grande processo, subdivisível em muitos pequenos processos, ligados uns aos outros como elos de uma cadeia. Cada elo (microprocesso) tem um “fornecedor” e um “cliente”. O fornecedor deve organizar o seu trabalho de modo a que o cliente tire dele a maior satisfação. E é esta satisfação máxima dos clientes/utentes internos que deverá traduzir-se na satisfação completa dos clientes/utentes externos, no quadro de um sistema cuja finalidade é a promoção da qualidade” (SALGUEIRO, 2001: 45).

Pode-se assim referir, para finalizar, que a qualidade não tem associado um valor absoluto, mas sim relativo, possuindo um carácter quantitativo e não qualitativo, correspondendo a um percurso e não a uma meta a atingir. O grande desafio organizacional, no âmbito da promoção da qualidade prende-se não só com a definição do que se deve dar ao cliente mas também com a forma de o fazer, o que acaba por revelar características essenciais ao adequado funcionamento da organização, as quais se traduzem na sua essência.

Assim, *“para conseguir que o desenvolvimento de um sistema de qualidade possa constituir uma vantagem competitiva na área de serviço, deve estar adoptado a essa realidade e aos objectivos estratégicos de melhoria da competitividade que o sector deve atingir”* (FERNANDES, 2000: 23). A ênfase deve ser dada às pessoas, aos elementos

constituintes da organização ao nível do centro de gestão e do centro operacional, pois estes devem estar convencidos da sua importância para a concretização da política interna e conseqüentemente para obter a satisfação do cliente. Devem estar todas as pessoas envolvidas pelo espírito de união e de equipa presentes na organização, acompanhando diariamente todo o percurso desenvolvido, tendo em vista a concretização da missão e dos objectivos previstos inicialmente.

Segundo FERNANDES (2000: 37-38), os colaboradores *“deverão sentir-se parte do projecto e sentir que contribuem para o seu avanço, sendo informados das suas várias fases (...) também se sentirão como prestadores/produtores de um serviço, actuando numa base cliente/fornecedor relativamente à chefia que os lidera – o que aumenta a sua auto-estima, com resultados positivos para todos”*.

A política definida visa a implementação de um processo de melhoria contínua da performance organizacional, proporcionando aos seus clientes a fiabilidade e a garantia de serviços constantes, de forma a identificar e a construir os instrumentos úteis para tornar a organização melhor e mais eficaz face à concorrência. Diariamente, as organizações deparam-se com o aumento da competitividade do sector, devido ao *“aumento constante de sofisticação e nível de exigência do cliente, em geral, aliado ao aumento da concorrência e à crescente complexidade dos serviços e produtos, devem fazer compreender as empresas de serviços que a qualidade é um factor determinante para a sua sobrevivência futura”* (FERNANDES, 2000: 25).

A qualidade deixa de ser compreendida apenas como referente à prestação de um serviço ou ao fornecimento de um produto, incluindo também os meios utilizados pela organização para promover a satisfação das necessidades e expectativas dos clientes, pessoal e sociedade em geral. A excelência dos serviços prestados acarreta conseqüências positivas que transparecem para a sociedade, aliada à adopção de uma visão centrada na excelência da prestação de serviços, revela uma vantagem competitiva no mercado, promovendo igualmente uma vantagem duradoura e confirmada pelos resultados obtidos na sociedade.

A competitividade de uma organização poderá ser afectada por múltiplos factores, dos quais se destacam a dotação de factores produtivos, a procura interna/externa, a existência de recursos de apoio e recursos estratégicos, a estrutura e competitividade das organizações concorrentes, assim como o acaso e a política governamental do momento. Segundo FERNANDES (2000: 27), *“a observação sistemática de empresas com êxito*

competitivo, tanto no nível internacional como nacional, revelou que as mesmas baseiam a sua competitividade numa capacidade inovadora assente na acumulação de recursos (principalmente intangíveis) e outras competências difíceis de imitar pelos seus concorrentes”. Em suma, “a responsabilidade decisiva pela competitividade das empresas reside nelas próprias” e na sua capacidade de inovação, promovendo-se uma análise estratégica que possibilita “abordar os principais problemas estratégicos bem como os determinantes da competitividade com origem na estrutura da concorrência e a sua reserva de recursos e capacidades” (FERNANDES, 2000: 27).

Adoptar uma postura de “diferenciação positiva de qualidade face à concorrência pode ser uma rica fonte de vantagens competitivas, tanto em custo como em diferenciação (...) a estratégia de competitividade das empresas deverá incluir necessariamente um plano de qualidade centrado na geração de vantagens competitivas de satisfação dos clientes e também de redução de custos e melhoria contínua” (FERNANDES, 2000: 28). A construção deste plano de qualidade implica a criação de objectivos a longo prazo, de forma a promover a adesão e o compromisso não só dos clientes mas principalmente dos elementos constituintes da organização.

O sucesso da sua implementação dependerá intrinsecamente do tipo de liderança, dos processos e recursos disponíveis (incluindo os humanos), devendo o tipo de liderança adoptado ser o mais adequado, isto porque o líder deverá ser o mentor da mudança decorrente da implementação do processo de qualidade. Como tal, “um perfil de gestor “administrativo” é coerente com um meio envolvente estável no qual a competitividade assenta na acumulação e gestão de activos físicos e financeiros. A realidade de um mercado em constante mudança obriga o gestor a ser um “estratego” que deve aprender a competir principalmente com base nos activos intangíveis” (FERNANDES, 2000: 31).

O modelo de qualidade adoptado pela organização deve cumprir alguns requisitos básicos, dos quais se destacam:

- ✎ A necessidade de orientar a organização para a satisfação das necessidades dos clientes, pois só cativando uma clientela fiel se conseguirá adquirir uma favorável posição no mercado;
- ✎ A única forma de adquirir esta posição e reconhecimento pelos clientes passa pela criação de produtos e serviços que ultrapassem as suas expectativas, indo de encontro às suas necessidades; e

- ✎ A qualidade é um processo contínuo, de constante aprendizagem e aprofundamento das suas características, estando implícita a melhoria contínua.

A criatividade e capacidade de inovação são duas características que se destacam, repercutindo-se na satisfação do cliente, pois está a ser oferecido um novo produto, um novo serviço que ultrapassa as suas expectativas e desejos. O produto/serviço criado irá assim satisfazer as necessidades do cliente, encontrando-se este envolto em novas e distintas características que o diferenciam dos opositores. É ainda necessário aliar a esta inovação a relação qualidade/preço, face à postura do cliente, pois é este que avalia, de acordo com os seus requisitos a pertinência e a utilidade do produto oferecido. Para manter esta relação qualidade/preço/inovação é ainda necessário investir na promoção da melhoria contínua, através do investimento na procura e posterior criação de novos produtos ao menor custo tendo como objectivo máximo a excelência da qualidade. A organização deve adoptar uma postura positiva e pró-activa, através da mobilização de *“toda a energia da empresa no sentido da transformação dos diversos objectivos de melhoria (e respectivos programas) em resultados tangíveis, sentidos pelos clientes”* (FERNANDES, 2000: 37), daí que seja fundamental avaliar quais foram os resultados chave decorrentes do desempenho organizacional.

3.1.1 - Acreditação dos Serviços de Saúde

A acreditação dos serviços de saúde surgiu nos Estados Unidos da América no início do século XX (início dos anos 1900). Um grupo de cirurgiões estava a ter inúmeras dificuldades em identificar os melhores campos de estágio e de aprendizagem para o processo de formação de futuros cirurgiões. Dadas as dificuldades encontradas decidiram elaborar alguns requisitos básicos que uniformizassem as organizações de saúde, aquando da sua aplicação prática, a qual revelou resultados tão maus e complexos que foram automaticamente destruídos. Estes foram os primeiros passos dados no âmbito da acreditação das organizações/serviços de saúde.

Em 1911, o *Clinical Congress of Surgeons in North America* criou um comité que posteriormente iria avaliar quais as regras e pressupostos a cumprir para poder comparar as

organizações entre si. As conclusões identificadas contribuíram para criar uma aliança com o *American College of Surgeons*, o qual já estava a desenvolver um programa que visava a standardização do programa. Posteriormente, no ano de 1918, foi aprovado o primeiro documento “*Minimum Standards for Hospitals*”, que impulsionou a realização das primeiras inspecções às organizações envolvidas no programa. Decorrente do seu processo de implementação e de melhoria contínua, foi criado em 1951 *The Joint Commission on Accreditation of Hospitals*, o qual em conjunto com o *Canadian Medical Association* em 1953 criou o *Canadian Commission on Hospital Accreditation*.

Ao longo do século XX e início do século XXI têm-se observado um contínuo aprofundamento e adaptação do original processo de acreditação, de forma a dar resposta às necessidades de cada país envolvido e às suas próprias características, o que realça a crescente importância que lhe tem sido dada.

Contudo, existem outras formas de avaliar as instituições, que não a acreditação, como é o caso do processo de certificação, a atribuição de licenças, o cumprimento das directivas ISO – *Internacional Systems Certifications* –, e o prémio de Qualidade Nacional, existente em apenas alguns países.

Para compreender o seu verdadeiro impacto na actual sociedade, torna-se pertinente compreender e definir o processo de acreditação a que as organizações estão a ser alvo. A acreditação dos serviços de saúde consiste num “*process of assessment which is based on national standards and involves judgement by peers regarding compliance with standards. It is a process which is repeated at regularly scheduled intervals. Normally it is also a process which is non-governmental and which may or may not involve self-assessment by the organization being accredited*” (HEIDMANN, 81-82). Segundo a mesma autora, é pertinente clarificar alguns aspectos, ou seja:

- ✎ Trata-se de um processo por promover a qualidade dos cuidados e dos serviços fornecidos pelas organizações de saúde, através de um complexo sistema composto por inúmeras etapas e actividades realizadas por múltiplos interlocutores;
- ✎ Existem pressupostos standardizados que, no decorrer do processo de acreditação, devem ser aplicados e atingíveis ou não pelas organizações de saúde envolvidas. O cumprimento, utilidade e dificuldades detectadas para cumprir os pressupostos pré-definidos demonstra a credibilidade do processo em si, pois existem aspectos que unem as organizações;

- ✎ Pressupõe total envolvimento, ou seja, que todos os profissionais envolvidos no processo de acreditação possuam alguma experiência em instituições similares à avaliada, de forma a facilitar a compreensão da organização no seu todo e em termos da sua estrutura e trabalho desenvolvido;
- ✎ Decorre ao longo de um período de tempo já estabelecido nos pressupostos, existindo etapas pré-definidas com intervalos regulares que promovem a sua avaliação e posteriormente readaptação ou melhoria das medidas instituídas para dar resposta aos pressupostos existentes. A organização de saúde fica assim implicada num processo de contínua avaliação, com limites bem definidos para cumprir os pressupostos;
- ✎ É um processo não governamental, ao qual acaba por estar associado de forma indirecta, ou não fosse o governo o principal financiador do sistema de saúde. É assim diminuído o risco de surgirem conflitos de interesse relacionados com a qualidade dos serviços prestados e os factores económicos, como os custos envolvidos aquando da sua concretização e manutenção. Indirectamente, trabalham de forma conjunta procurando manter e cumprir os objectivos a que se propuseram ao manter a qualidade dos serviços prestados;
- ✎ Pressupõem self-assessment, ou seja, visa a criação de pressupostos e directivas previamente à implementação do processo de acreditação. Podem-se assim descobrir as mais valias da organização assim como as suas áreas mais débeis, de forma a desenvolver estratégias de resolução, o que acaba igualmente por facilitar o trabalho desenvolvido pelos acreditadores.

Desta forma, podemos constatar a complexidade inerente a processo de acreditação das organizações, a qual se encontra igualmente patente na definição apresentada pela *International Society for Quality in Health Care*, a qual apresenta acreditação como:

- “1) *processo formal de assegurar a prestação de cuidados de saúde seguros e de elevado nível de qualidade;*
- 2) *baseado em padrões e métodos criados e desenvolvidos para os serviços de saúde por profissionais da saúde;*
- 3) *com recurso às competências de pares externos organizados em equipas de auditores*” (citado por FRANÇA, 2006: 333).

Qualquer processo de acreditação procura auxiliar as organizações na procura pela excelência dos seus serviços, criando standards obrigatórios, na qual o seu nível de

exigência é constantemente colocado sobre investigação. Afinal, a procura pela excelência faz parte do nosso dia-a-dia, na medida em que toda a sociedade se torna mais complexa e exigente, sendo necessários encontrar e desenvolver recursos que nos permitam fazer face a estas novas exigências. O desafio para os prestados de serviços de saúde, quer sejam em grandes organizações hospitalares, quer sejam ao nível de centros mais pequenos e direccionados, é fazer face a estas novas exigências por intermédio de procedimentos e equipamentos cada vez mais complexos. Como tal, torna-se necessário e vantajoso, não só para as próprias organizações, como para os seus profissionais, colaboradores e essencialmente para os seus clientes, ser alvo de um processo de acreditação, o que realça a qualidade dos seus serviços.

O processo de acreditação tem sofrido várias alterações, tendo a sua atenção se debruçado sobre diferentes áreas, à medida que as exigências se modificam. Aspectos relacionados com a gestão do risco, com a gestão dos doentes e mesmo com a sua segurança, foram sendo incluídos e modificados, passando a ter papeis centrais e preponderantes para a obtenção da acreditação pelas organizações que a solicitam.

Não podemos contudo deixar de referir que as organizações, tal como já foi referido, podem obter vários certificados, sendo que no caso de obter acreditação *“os padrões são definidos e monitorizados por uma entidade independente, sendo que a participação assume carácter voluntário”*, e no caso de a organização ser certificada, *“o Estado assume directamente a responsabilidade da fixação dos padrões e da sua avaliação, sendo que (...) constitui condição do exercício da actividade e do potencial financiamento público”* (FRANÇA, 2006: 334). Uma organização de saúde requer sempre a existência de uma certificação para poder prestar serviços de saúde aos seus clientes, sendo a acreditação obtida caso seja solicitada às entidades competentes.

A adopção deste processo de certificação – acreditação - acarretou implicações na mudança de cultura organizacional de muitas organizações de saúde portuguesas, na medida em que novas preocupações surgiram assim como novas exigências. Por exemplo, foi incentivada a existência de uma cultura de qualidade, para a qual se desenvolveram programas mais adaptados e estimulantes para as mesmas. Inclusivamente, a gestão do risco passou a fazer parte dos objectivos da organização, criando-se departamentos para a mesma, com equipas próprias. Passou-se a considerar o erro e o risco associado à prestação de serviços, incentivando-se o reporte dos erros sem necessidade de culpabilização dos profissionais que assumem essa atitude.

A aquisição da acreditação por parte das organizações de saúde certamente que se tornou num desafio para todos, na qual quer surgiu um total envolvimento dos seus profissionais, tendo em vista a aquisição de uma mais valia para si e para os seus clientes. Afinal, “*a acreditação constitui o melhor instrumento de motivação para a garantia da qualidade nos hospitais que um sistema de saúde pode introduzir*” (FRANÇA ET AL, 2000: 28).

3.1.2 - *Organizações Altamente Fiables*

A sociedade que nos envolve encontra-se cada vez mais inserida num contexto de instabilidade, ao qual o conceito de inesperado se encontra associado. Como tal, não só ao nível do contexto organizacional, mas também ao nível do nosso contexto pessoal, somos constantemente confrontados com novos desafios, como novas experiências, pelo que nem sempre as situações mais rotineiras seguem o seu curso normal. O conceito de inesperado torna-se num grande desafio para todos os indivíduos, adquirindo novos contornos quando aplicado às organizações.

Ao decidirmos realizar uma determinada acção, desenvolvemos um trabalho prévio de organização do nosso pensamento, no qual identificamos os objectivos, os procedimentos a efectuar assim como os resultados esperados de determinada acção. Contudo, quando algo falha, não decorrendo conforme o esperado, obtém-se um outro resultado, pelo que nos deparamos com o inesperado, o qual poderá ter sérias implicações, qualquer que seja a área de intervenção. Por exemplo, se aplicarmos esse conceito à área da saúde, sérias implicações poderão surgir para o bem-estar dos doentes, podendo ser inclusivamente colocada a sua vida em risco.

A reacção por parte da organização e dos indivíduos face a um acontecimento inesperado poderá acarretar maiores consequências, pois estamos muitas vezes desprovidos de mecanismos que nos permitam fazer face ao imprevisível. Mas quando surgem os problemas? Estes poderão advir de uma falha aquando do desenvolvimento de uma determinada acção ou após a ocorrência de algum viés inesperado.

A nível organizacional, enfrentar o inesperado poderá ter sérias implicações não só ao nível da performance como ao nível do desenvolvimento de novas estratégias, podendo não ser possível concretizar as estratégias desenvolvidas e ver atingida assim a

performance desejada, ou, por outro lado, poderão surgir impedimentos que inviabilizam a concretização das estratégias definidas. Mas como poderão as organizações fazer face ao inesperado? Várias são as organizações que desenvolvem metodologias que lhes permitem fazer face ao inesperado, sendo por isso designadas de organizações altamente fiáveis, ou melhor, como High Reliability Organizations (HROs). Nesta designação enquadram-se organizações como as companhias aéreas ou os centros nucleares, entre outras. Estas organizações são caracterizadas por manter “*uma performance fiável, apesar de constantes exposições ao inesperado, desenvolvendo e mantendo uma inteligência activa, individual e colectivamente assumida (mindfulness)*” (MARTINS, 2005: 219).

Uma cultura de segurança torna-se num dos objectivos da organização, na medida em que perante uma falha e/ou o inesperado torna-se pertinente localizar a origem e causa do problema, de forma a compreender o processo que originou o erro. Trata-se de uma cultura na qual “*as pessoas que gerem e operam o sistema, possuem conhecimento profundo acerca dos factores humanos, técnicos, organizacionais e da envolvente, que determinam a segurança do sistema como um todo*” (segundo REASON, adaptado de MARTINS, 2005: 217).

A organização adopta uma postura da abertura face a todos os possíveis cenários, procurando actualizações constantes face aos vários procedimentos da organização assim como tecnologia existente, com o intuito de compreender a totalidade da envolvente e o problema em si. Desta forma, quanto mais cedo for detectado o problema mais facilmente este será solucionado, uma vez que uma detecção numa fase mais tardia, poderá acarretar maiores consequências para a organização. Torna-se necessário e imprescindível dotar todos os seus trabalhadores dos mais diversos recursos, de forma a fomentar a sua capacidade de adaptação e de resolução face ao inesperado. É assim preservada a capacidade de compreender os pequenos sinais de problema e de erro, fornecendo-se respostas cada vez mais fortes e sustentadas face a esses pequenos sinais (adaptado de WEICK, SUTCLIFFE, 2001: 4).

Uma organização altamente fiável, para poder manter uma postura de abertura face ao inesperado e ser capaz de desenvolver estratégias que promovam a sua resolução de forma rápida, acarretando o mínimo de consequências para a mesma, deve possuir determinadas características. Segundo WEICK, SUTCLIFFE (2001: 10-17) essas características remetem para os seguintes 5 pontos: preocupação com a falha, relutância

para simplificar as interpretações, sensibilidade às operações, resiliência, e deferência com a *expertise*.

A preocupação com a falha remete para as questões relacionadas com a existência de erros e de lapsos como sinónimo de que existe algo de errado em todo o processo, do qual poderão advir sérias consequências para a organização. Encoraja-se por isso o reporte dos erros, de forma a analisar todo o procedimento como um todo segundo uma postura de contínua aprendizagem.

A segunda característica assenta na relutância para simplificar as interpretações, nas quais é importante ter sempre presente que a organização se insere num contexto de constante mudança. Como tal, para obter o máximo de proveitos e o sucesso fulcral para a organização opta-se inúmeras vezes por discriminar e simplificar os procedimentos de forma a fomentar a sua total compreensão por todos os indivíduos. As organizações altamente fiáveis procuram por sua vez, obter o máximo partido de todos os procedimentos pelo que procuram observar o máximo possível, dada a complexidade, instabilidade e imprevisibilidade do meio circundante.

A preocupação pelo inesperado manifestado por este tipo de organizações repercute-se na sensibilidade às operações, uma vez que se realizam os ajustamentos e modificações necessárias após a total concepção dos procedimentos. Procura-se por isso prevenir a ocorrência de erros ou o impacto por eles desencadeado, pois muitas vezes apenas se manifestam após a implementação de determinado procedimento. “*Esta abordagem implementa-se desenvolvendo práticas que ajudem as pessoas a percepcionarem os processos produtivos, construindo modos de entendimento comum, com avaliações permanentes e actualizações contínuas, construindo uma história colectiva acerca das operações e características do posto de trabalho*” (MARTINS, 2005: 224).

Face ao inesperado, é importante capacitar as organizações para fazer face aos potenciais erros dotando-as dos recursos necessários – esta capacidade é denominada resiliência. Os erros e as suas consequências são assim minimizados, enquanto que as organizações desenvolvem e aperfeiçoam as suas aptidões ao nível da detecção e da adaptação dos procedimentos existentes.

“*Hierarquias rígidas possuem uma vulnerabilidade especial para a ocorrência do erro. A ocorrência de erros em níveis mais altos da hierarquia tem tendência para se associar aos erros ocorridos em níveis mais baixos, desencadeando problemas mais graves, de difícil compreensão e resolução*” (WEICK, SUTCLIFFE, 2001: 16). Para contrariar

este cenário, as organizações altamente fiáveis atribuem o poder de decisão aos seus funcionários que se encontram na base da organização, em contacto directo com os seus clientes. A autoridade é atribuída aos indivíduos que possuem maior experiência, sendo possível ter uma maior compreensão dos problemas existentes. Esta característica é designada de deferência com a *expertise*.

Segundo WEICK citado por MARTINS (2005: 227),

“a fiabilidade requer diversidade, duplicação, sobreposição e reportório de respostas variadas, enquanto que a eficiência requer homogeneidade, especialização, não redundância e standardização. As práticas de gestão baseadas na eficiência, e mesmo as conducentes a processos de certificação de qualidade preservam, por seu turno, a simplificação e as estruturas fortemente conectadas, ignorando os problemas emergentes e complexos, promovendo rotinas estáveis, privilegiando uma combinação que pode ser disfuncional”.

As organizações altamente fiáveis apresentam bons resultados ao nível da sua performance, mesmo quando expostas diária e continuamente ao inesperado. Todas as organizações, qualquer que seja a sua área de actuação, demonstram uma acentuada preocupação com os resultados, tendo em vista o máximo aproveitamento dos seus recursos e a criação de “produtos” com a maior qualidade. Contudo, existem aspectos que as diferenciam, principalmente ao nível da capacidade de alerta e de abertura face ao inesperado.

É um facto que quanto mais a falha/erro for detectada, o problema será assim menor com menores consequências associadas, não sendo por isso menos importante. Por outro lado, o seu controlo será facilitado, na medida em que é mais fácil proceder à sua eliminação, controlo e correcção.

As organizações são assim constantemente deparadas com momentos de aprendizagem contínua, aliando-se uma postura de total abertura ao inesperado à necessidade de constante actualização dos seus conhecimentos. Todos os seus colaboradores terão que adoptar uma nova postura, uma nova maneira de pensar, em consonância com os objectivos das HROs e com a cultura organizacional. WEICK, SUTCLIFFE (2001) consideram que a interiorização de uma nova cultura organizacional assimilada e defendida por todos os indivíduos preocupa igualmente todos eles. Existe assim uma cultura de corporativismo, na qual princípios, valores, normas, consensos, percepção e intensidade no trabalho são a base que sustenta o seu dia-a-dia, tornando os indivíduos mais susceptíveis ou não à mudança e melhoria constante.

Segundo TURNER'S citado por WEICK, SUTCLIFFE (2001: 120), parte da efectividade das organizações assenta na capacidade de unir vários indivíduos e de os fazer partilhar uma abordagem semelhante, pontos de vista e prioridades com o objectivo de, colectivamente e de forma sustentada, dar resposta a novos problemas. O problema surge quando aspectos aparentemente irrelevantes são desconsiderados, sendo o impacto do problema subestimado, podendo por isso acarretar sérias implicações para a dinâmica organizacional.

A vivência e defesa da cultura organizacional por todos os profissionais, assenta na partilha de pressupostos, valores e factos concretos, elementos que traduzem a relação interna e externa da organização com a sua envolvente, assim como a forma como se devia comportar. Está implícito o conceito de compromisso com a organização, na qual as expectativas e objectivos são levados à séria e defendidos por todos com o mesmo ímpeto.

A cultura torna-se numa ferramenta fundamental para enfrentar o inesperado, na medida em que a partilha de valores comuns, em pequeno número que sejam, quando convertidos em normas e pressupostos organizacionais acarretam benefícios para a organização, que se traduzem na sua aplicação e implementação de forma coordenada, resiliente e oportunista. Como ferramenta e instrumento de trabalho, uma gestão que assente na partilha de valores, expectativas e acções, irá contribuir positivamente para uma atitude de total abertura e dedicação por parte de todos os seus funcionários. Estes são percebidos por todos como parte da filosofia da empresa, na medida em que têm intensidade, são consistentes e acarretam consenso.

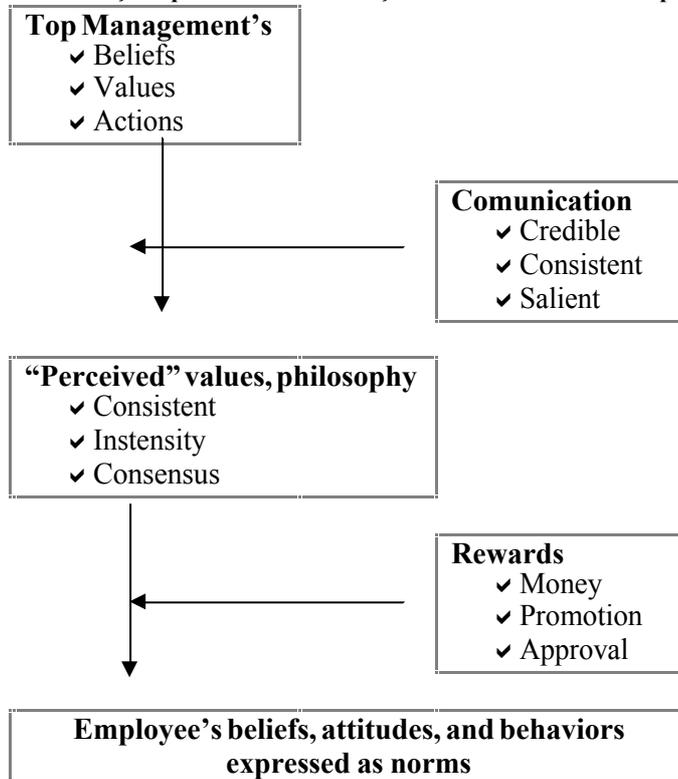
A sua forma de comunicação e de difusão pela organização deverá ser credível, consistente e detentora do mesmo grau de importância para todos, na medida em que a sua aplicação prática acarretará algumas recompensas, quer sejam prémios monetários, promoções ou a simples aprovação dos seus pares. O produto final traduz-se numa cultura de corporativismo cada vez mais forte e enraizada, na qual se adopta uma postura de constante abertura perante o inesperado, traduzindo-se estes princípios originais em normas. Esta relação de causalidade, encontra-se representada na figura n.º 1.

Em termos das organizações de saúde, WEICK, SUTCLIFFE (2001) defendem a criação de uma cultura de segurança com o intuito de contribuir positivamente para o aumento da qualidade dos cuidados prestados assim como da noção de segurança, adoptando-se uma postura pró-activa. Uma cultura de segurança

“is the product of individual and groups values, attitudes, competencies, and patterns of behaviour that determine the commitment

to, and the style and proficiency of, an organization's health and safety programmes. Organizations with a positive safety culture are characterized by communications founded on mutual trust, by shared perceptions of the importance of safety, and by confidence in the efficacy of preventive measures" (REASON citado por WEICK, SUTCLIFFE, 2001: 128).

Figura n.º 1: Condições que estimulam a criação de uma Cultura de Corporativismo



In: WEICK, SUTCLIFFE (2001). *Managing the Unexpected*. Pág. 125

Uma cultura de segurança assenta igualmente numa cultura informada, ou seja, todos aqueles que actuam ao nível da gestão e da operacionalização dos sistemas são detentores de variados conhecimentos, quer ao nível técnico, organizacional ou mesmo de aspectos ambientais e relacionados com o desempenho individual, os quais podem ser determinantes na eficácia da segurança (adaptado de WEICK, SUTCLIFFE, 2001: 128). São adoptadas medidas que incentivam a partilha de informação, principalmente relacionada com falhas, incidentes, erros, *near misses*, assim como com as características básicas da organização, com o intuito de estimular a necessidade de compreender o fenómeno e determinar a forma de os eliminar ou diminuir a sua frequência assim como as consequências que daí advém. É necessário desmistificar a noção de penalização, pois, pelo contrário, esta assenta em quatro características fundamentais: numa cultura justa, flexível, de reporte e de aprendizagem. Uma cultura justa traduz um sentimento de confiança entre todos os profissionais, chegando-se a incentivar o reporte dos erros com o intuito de se obter o

máximo de informação possível, no sentido da aprendizagem contínua. É importante que todos os profissionais sintam que os seus actos estão imunes de punição, pois só desta forma é que o reporte de erros é incentivado e defendido por todos, sendo uma minoria o tipo de erros cometidos considerados como inaceitáveis, segundo REASON citado por WEICK, SUTCLIFFE (2001: 131). A organização fica detentora de uma mais valia, sendo capaz de perceber quais as áreas mais vulneráveis, merecedoras de maior atenção e avaliação.

Uma vez a organização é constantemente confrontada com a mudança, é importante que a cultura de segurança seja igualmente flexível, sendo por isso detentora de meios que lhe permitam fazer face ao inesperado, ao novo. Esta característica encontra-se intimamente relacionada com a deferência com a *expertise*, na medida em que o poder de decisão é deslocado consoante as necessidades e o local onde se encontra o conhecimento.

A capacidade que as organizações altamente fiáveis possuem para identificar qualquer pequeno sinal, ficando alerta para qualquer acção/consequência estranha, ficando fora do padrão considerado normal revela a sua capacidade de fazer face à mudança. Qualquer pequeno sinal poderá ser sinónimo de maiores problemas, pelo que é considerado e tratado como tal, no processo de resolução, de forma a minorar as consequências que daí poderão advir, o que irá contribuir para reforçar a noção de segurança do sistema organizacional. Ou seja, qualquer anomalia é sinónimo de perigo e como tal de insegurança, como já foi referido anteriormente.

O conhecimento existente sobre o funcionamento da organização nunca é suficiente, sensação que se intensifica quando nos deparamos com qualquer anomalia, pelo que o reporte de erros poderá fornecer mais informações para a total compreensão da mesma. Ao adoptar uma cultura de reporte de erro estamos a proteger todos os profissionais de uma organização, na medida em que toda a informação sobre falhas, *near misses*, erros, incidentes ou outros irá contribuir positivamente para o sentimento de mais valia e de contributo pessoal para o bem-estar da organização. Por outro lado, o reporte dos erros permite ainda aos responsáveis por esta área compreenderem quais as áreas onde existe uma maior incidência de erros, podendo a sua acção ser direccionada e definido um novo plano mais adequado às necessidades dos profissionais, da organização e dos seus clientes.

Mais conhecimentos, uma postura de maior abertura e uma preocupação com o bem-estar da organização, são aspectos fulcrais para fomentar a aprendizagem, o que realça a última característica – uma cultura de aprendizagem. Fomenta-se entre todos a necessidade

de adoptar melhores e mais adequadas condutas profissionais, na qual espaços de debate e de aprendizagem colectiva são incentivados, na medida em que poderão ser identificadas novas áreas problemáticas assim como meios de as solucionar. Todas as estas características necessitam de impulsão, caso contrário, comportamentos rotineiros serão adoptados, contribuindo para o menosprezar de aspectos importantes, assim como sinais de potenciais problemas.

Mas como poderão todos estes aspectos ser operacionalizados? A adopção de uma postura organizacional, em qualquer nível hierárquico, de maior abertura e disponibilidade, tem repercussões não só ao nível da dinâmica organizacional mas também dos comportamentos individuais de cada um dos seus profissionais. Desta forma, todos se deparam com os benefícios de tal atitude, sendo visíveis os resultados das suas acções e as vantagens que daí advém para a organização. Torna-se importante adquirir informação mais detalhada, adoptar uma postura de constante atenção, na qual diferentes pontos de vista, assim como procedimentos variáveis aliadas à resiliência e a uma maior sensibilidade para a operações são elementos que determinam o sucesso, justificando o porquê de determinada decisão, seja ela positiva ou negativa. As suas acções irão centrar-se, segundo WEICK, SUTCLIFFE (2001), numa atitude de maior sensibilidade e antecipação face ao inesperado aliada ao tratamento/resolução dos eventos inesperados que ocorrem.

Uma atitude de maior sensibilidade e antecipação face ao inesperado, segundo os mesmos autores, pode-se subdividir em 3 elementos: preocupação com a falha, relutância em simplificar as interpretações e por fim a sensibilidade para as operações. O primeiro aspecto – preocupação com a falha – traduz-se numa constante averiguação dos erros reportados, independentemente do seu tipo e consequências, tendo em vista o sucesso, o que contribui para a existência de uma cultura de aprendizagem, onde cada elemento novo, cada incidente, entre outros, encoraja a aprendizagem e a auto-análise. Contudo, não podemos esquecer, e este é um ponto de avista adoptado pelas HROs, que existe sempre algo passível de originar surpresa, algum acontecimento inesperado poderá sempre surgir o que não significa que não existiu uma preocupação. É esta atitude que fomenta o sucesso, pois não se é extremamente confiante, ao ponto de pensar que se sabe sempre tudo, sendo impossível falhar, pelo contrário, a aprendizagem decorrente deste processo é uma mais valia, sendo uma realidade.

A análise de um acontecimento inesperado não poderá ser simplificada, pois essa mesma simplificação poderá ocultar aspectos fulcrais para a compreensão do fenómeno.

Uma maior atenção aos pormenores aliada a um sentimento de maior disponibilidade, permite a observação de um maior campo de acção, assim como mais pontos de vista e opiniões por parte de todos os profissionais. Contribui inclusivamente para antecipar um panorama de maiores complicações, antecipando-se um maior potencial de erros ou de áreas instáveis. Estes últimos aspectos, revelam a importância dada à sensibilidade para as operações, na qual o poder é deslocado para onde se encontra o maior conhecimento, a maior experiência – deferência com a *expertise*. Desta forma, o conhecimento é distribuído por todos, estando disponível e acessível a qualquer elemento da organização, não se cingindo a grupos específicos. Mais elementos ficam conhecedores do sistema, sendo a identificação de qualquer falha facilitada e antecipada por todos apresentarem o mesmo nível de conhecimentos, e como tal, igualmente sensíveis para o correcto funcionamento do sistema organizacional.

O tratamento/resolução dos eventos adversos que ocorrem, por seu lado, entra em acção quando surge um evento adverso, tal como o nome refere, quando surge um problema, um acontecimento inesperado. Neste âmbito, os seus profissionais terão que desenvolver actividades centradas num compromisso com a resiliência aliada à deferência com a experiência. Estar preparado para actuar caso surja um novo incidente, um erro, um problema, independentemente de se terem realizados esforços no sentido de promover a antecipação do erro, é outra das características determinantes do sucesso das organizações altamente fiáveis. A questão da aprendizagem emerge novamente, centrando-se na necessidade de adquirir ou melhorar as suas capacidades de lidar com o erro, com o problema, assim como na necessidade de criar novas formas de antecipar e resolver os problemas antes do seu aparecimento.

Neste panorama, a organização irá adoptar uma postura de maior abertura e disponibilidade, na qual são consideradas todas as medidas que visem lidar com o inesperado, actuando mal surja qualquer elemento estranho, sem esquecer de ser resiliente, realizando todas as acções de forma ponderada, pensada e mais clara. A resiliência irá, segundo WEICK, SUTCLIFFE (2001: 70), contribuir para o “*desenvolvimento de conhecimento, para a capacidade de fornecer feedback, aprender de forma mais rápida, desenvolver a capacidade de comunicação de forma mais rápida e assertiva, experimentar variedade, aperfeiçoar capacidades já existentes e obter conforto com a capacidade de improvisar*”. O poder acaba por ser descentralizado, movendo-se para o local onde existe o

conhecimento e a experiência capazes de contribuir para a resolução dos problemas, pois é necessário agir de forma rápida e eficaz.

Em termos conclusivos, WEICK, SUTCLIFFE (2001: 82) referem que o que diferencia as HROs e as organizações que se preocupam com a qualidade, assenta no facto de as organizações centrarem os seus esforços na eficiência, sucesso, homogeneidade e na certeza, em vez de ser nos conceitos de ineficiência, falha, diversidade e surpresa. Neste sentido, foi criado um instrumento de trabalho (ver anexo n.º II – secção n.º V) com o propósito de avaliar a existência ou não de uma cultura de fiabilidade nas organizações, tendo utilizado para tal as orientações fornecidas por WEICK, SUTCLIFFE (2001). Foram criadas questões para cada uma das 5 características das organizações altamente fiáveis, com o objectivo de avaliar a sensibilidade dos profissionais para estes aspectos assim como a existência ou não de uma cultura de fiabilidade nas organizações.

3.2 - Risco e Erro – 2 conceitos interligados

No nosso dia a dia, deparamo-nos inúmeras vezes com o conceito de **risco**, aplicado em múltiplos contextos, tendo muitas vezes associado uma conotação de incerteza e de eminente falha, ou até de acidente, perigo, sorte ou azar. Consoante a sua área de aplicabilidade identificamos um conceito, o que realça a sua ambiguidade, podendo estar presente em termos de frequência, custo, gravidade, casualidade, previsibilidade, entre outros aspectos.

Segundo o COLLINS CONCISE DICTIONARY, o conceito de risco traduz-se pela *“possibilidade de incorrer em infortúnio ou perda”* a que todas as organizações se encontram predispostas, podendo este incorrer a vários níveis, como é o caso das pessoas, edifícios, equipamento e substâncias utilizadas (químicas ou outras perigosas) e por fim os sistemas e modelos de gestão vigentes. FRAGATA (2006: 41), define risco como *“a probabilidade de ocorrência de um qualquer evento adverso”*, sendo um evento adverso *“qualquer ocorrência negativa ocorrida para além a nossa vontade”*.

Um risco, ao ter associada a noção de probabilidade, poderá desencadear não só danos materiais como físicos ou psicológicos com diferentes graus de intensidade, o que por si só terá diferentes repercussões, consoante o avaliarmos do ponto de vista individual ou da própria sociedade e da organização. Subsequentemente, um risco origina o

aparecimento de resultados indesejáveis, muitas vezes inesperados, ou então encontra-se implícito em qualquer procedimento, em qualquer decisão, pois não existem certezas absolutas do resultado esperado.

Numa organização, a noção de risco associa-se não só a questões materiais, relacionadas com o equipamento, material, produtos utilizados, infra-estruturas, mas também com aspectos humanos e funcionais, quando relacionados com procedimentos, normas, modelos de gestão, entre outros aspectos. Por ter associada uma noção de incerteza e de instabilidade, o risco poderá ser desencadeado apenas devido a um elemento, como é o caso da execução de um mau procedimento, ou devido à associação de vários elementos, no qual, por exemplo, uma ineficaz escolha do material aliada a um mau procedimento poderá originar uma falha.

Importa por isso avaliar as consequências e custos associados, pois pode ser necessário adquirir novo material, reestruturar infra-estruturas, fornecer formação..., que poderão ter implicações a longo prazo e, principalmente, a curto prazo, interferindo na concretização dos objectivos a que a organização se propôs. Estas alterações organizacionais, por muito subtis que sejam, podem ter sérias implicações na reputação da organização no seio da sua envolvente. É de realçar que a nível organizacional os riscos poderão ter diferentes origens, consoante é externo ou interno à organização, muitas vezes decorrente da própria actividade. Consoante o foco, poderá estar associado aos clientes, aos profissionais ou aos fornecedores.

Eminentemente associado ao conceito de risco, encontramos o conceito de **erro**, o que pode desde já realçar a sua importância na dinâmica organizacional, sendo alvo de destaque numa política de gestão de risco. Qualquer que seja a acção desenvolvida pelos profissionais de uma organização, ou por qualquer indivíduo no seu quotidiano, a si associada terá um determinado risco assim como uma determinada percentagem de erro. Uma acção, segundo FREZE & ZAPF citado por VAN DICK (2000-3: 11), traduz uma meta, um objectivo para o qual irá ser desenvolvido um determinado comportamento estruturado segundo vários aspectos, como as acções, os seus objectivos, plano e feedback, podendo ser adaptado e modificado consoante as necessidades. Um erro pode assim surgir quando a acção X não tem o objectivo esperado, podendo por isso ser evitado se a acção for modificada. Logo, poder-se-á definir erro como

“um desvio em relação a um plano pré-concebido, um desvio que é involuntário que não resulta do acaso, desvio em relação a algo que

fizemos (comissão) ou deixámos de fazer, mas deveríamos ter feito (omissão). Este desvio impede-nos de alcançar o resultado (...) esperado e traduzirá algo indesejável e negativo. Os erros possuem na sua determinação uma fase de plano, uma fase de armazenamento e uma fase de execução, de uma acção que acabamos por não conseguir concluir” (FRAGATA, 2006: 196).

Um erro poderá assim surgir tanto na fase de planeamento como de execução, adoptando diferentes formas, tal como refere MARTINS (2005: 48-59), podendo ser designados de lapsos, quando relacionados com a destreza, enganos baseados em regras, quando resultam da aplicação de regras ou por enganos baseados no conhecimento, quando resultam do conhecimento. Um lapso traduz a obtenção de resultados diferentes do esperado, tendo como ponto de parte um correcto planeamento e total conhecimento do que deve ser feito, que se traduz numa correcta aplicação prática dos mesmos, todavia sem o resultado esperado. Um engano por seu lado já implica um incorrecto planeamento que traduz numa má opção, e como tal na obtenção de resultados diferentes do esperado. Subjacente a essa má opção poderemos detectar conhecimento insuficiente, pouca experiência na área, esquecimento pontual de elementos, entre outros aspectos, o que se traduz na ocorrência de enganos quando baseados nas regras ou quando baseados no conhecimento.

REASON (1990: 9), por sua vez, define erro como toda a ocasião na qual um plano bem concebido falha tornando impossível atingir um determinado fim, não podendo a culpa ser atribuída à intervenção de um qualquer agente estranho. O erro irá surgir num contexto de acção bem definido, no qual não se consegue atingir o objectivo pretendido, podendo por isso ser evitável. Uma intervenção pró-activa nesta área visa a análise de todos os condicionantes que levaram à acção X, de forma a compreender a globalidade do fenómeno e assim determinar o local onde surgiu a falha que despoletou o erro. Uma forma de aplicar este método às organizações de saúde passa pela utilização das metodologias de trabalho como o *Stream Analysis* ou a aplicação do modelo *FMEA*.

Adopta-se assim uma abordagem que poderá assentar na prevenção do erro ou sobre a gestão do erro, a qual reporta para a gestão do risco desenvolvida nas organizações de saúde. A prevenção do erro, por si, remete para a total eliminação do erro, com o objectivo de evitar consequências negativas.

A gestão do erro procura igualmente evitar as consequências negativas do erro. Pretende-se que os indivíduos, particularmente, os profissionais de uma organização aprendam com ele, estando aptos para enfrentar qualquer erro inesperado decorrente do seu

desempenho profissional. O erro passa a ser compreendido como uma realidade da organização, que não pode ser totalmente erradicado/eliminado, pelo que deve ser visto na sua globalidade, procurando-se por isso compreender o processo que o originou e, conseqüentemente, identificar potenciais causas. Desta forma, somos detentores de uma mais valia se nos depararmos com um outro erro, possuindo recursos e estratégias para lidar com ele, como acontece ao nível da aeronáutica.

Mas se optarmos por uma metodologia que assente na prevenção do erro, procuramos eliminá-lo na sua totalidade da organização, não querendo saber o que o causou, o que leva à automatização das tarefas, para se poder controlar totalmente o processo de execução. Os indivíduos que trabalham nesta perspectiva ficam desprovidos de uma mais valia, não conseguindo fazer face ao inesperado. Afinal, *“aprender com os erros ocorridos (gestão do erro) ajuda a prevenir a ocorrência de erros no futuro”* (adaptado de VAN DICK, 2000-3: 14). Contudo, não podemos esquecer que estas metodologias são amplamente utilizadas no nosso dia-a-dia, quer estejamos em casa ou no trabalho. O importante é saber obter mais valias e garantias para o futuro.

Em termos organizacionais, a cultura vigente revela-nos qual a posição adoptada e defendida pelos seus profissionais. A cultura organizacional traduz o *“conjunto de valores e práticas definidos e desenvolvidos pela organização, com base nos quais é socialmente construído um sistema de crenças, normas e expectativas que moldam o comportamento dos indivíduos”* (PINA E CUNHA ET AL, 2005: 530). A nível organizacional, não deverá existir apenas uma preocupação centrada no cumprimento dos objectivos previamente definidos, na obtenção de lucro, dever-se-á incluir esta preocupação em aprender com os erros, pois só assim se poderá evoluir e fazer face a novos desafios. Isto porque é impossível uma organização ser estável, pois pelo contrário, o ambiente circundante e as exigências dos seus clientes estão em constante mudança, sendo por isso impossível eliminar totalmente a ocorrência de erros.

A gestão do erro vai assim centrar-se, tal como já foi referido anteriormente, na diminuição das conseqüências negativas decorrentes da ocorrência de um erro e não na sua total eliminação. Para tal, os profissionais que trabalham ao nível da gestão do risco, têm a preocupação de compreender o erro na sua totalidade, incluindo a sua detecção, compreensão e tratamento. A política vigente deverá incentivar o reporte do erro, sem medo de represálias e de livre vontade. Uma política de prevenção do erro, poderá por seu lado, punir todo e qualquer erro e quem o comete, adoptando-se uma postura de medo, na

qual poderão ser omitidos dados importantes, correndo-se o risco de potenciar as consequências que advém do erro.

Entre outros investigadores, EDMONDSON (1996) citado por VAN DICK (2000-3: 37), desenvolveu um estudo no qual procurava compreender o porquê de alguns grupos de trabalho serem melhores do que outros ao nível da identificação e correcção dos erros humanos antes que estes se transformassem em sequenciais. Conseguiu demonstrar que altos níveis de identificação do erro, aliados a altas taxas de reporte do erro e à sua intervenção promoviam altas performances das equipas.

O erro por si só é um elo importante nas organizações e no nosso dia a dia, uma vez que promove a aprendizagem assim como a capacidade de adaptação e de inovação. Ao optar por uma abordagem de prevenção do erro pretende-se eliminar as consequências negativas dos erros, eliminando-os antes de estes ocorrerem. Se tal acontecer, ao surgir um erro inesperado ficamos desprovidos de conhecimentos que nos permitam lidar com o erro. Se recorrermos ao erro como uma mais valia e uma oportunidade de aprendizagem, tal como referiu KOLB (1979; 1984) citado por VAN DICK (2000-3: 38) iremos adquirir mais conhecimentos, mais experiência e mais saber, sendo por isso motores por excelência de aprendizagem. Adopta-se igualmente uma postura de treino do erro e de aprendizagem, o que contribuirá positivamente para aumentar a performance, principalmente se aliarmos o conceito de persistência e de orientação estratégica.

Desta forma, uma organização que desenvolva metodologias que se centrem na orientação para o erro, deverá, segundo VAN DICK (2000-3: 40), centrar-se na “*análise dos erros ocorridos, promover a sua comunicação interna, desenvolver competências a curto prazo para lidar com o erro e o recuperar, desenvolver competências a longo prazo de aprendizagem com o erro, antecipar os erros e adequar os riscos corridos*”. Neste sentido foi desenvolvido por RYBOWIAK ET AL (1999: 527-547) um Questionário de Orientação para o Erro – *Error Orientation Questionnaire* (utilizado neste trabalho).

O questionário de Orientação para o Erro (*EOQ – Error Orientation Questionnaire*) contempla uma escala de atitudes para lidar com o erro no trabalho, com o objectivo de compreender a forma como cada indivíduo lida e interpreta o erro no seu contexto profissional. A sua aplicação, segundo os seus autores (RYBOWIAK ET AL, 1999: 543), poderá ter consequências positivas ao nível da elaboração de estratégias ao nível da segurança, inovação, criação de novos métodos de trabalho ou mesmo do estudo do erro com consequências sobre a cultura organizacional. O questionário é constituído por várias

afirmações avaliadas segundo uma escala pré-definida, estando estas enquadradas em 8 dimensões distintas: competência do erro, aprender com os erros, correr o risco de errar, tensão do erro, antecipação do erro, encobrimento dos erros, comunicação do erro e pensar nos erros.

Uma pesquisa aprofundada sobre a temática evidenciou que o erro é um importante denominador do comportamento profissional, na medida em que desencadeia nos indivíduos várias manifestações comportamentais como seja o stress, acidentes, ineficazes interações com as máquinas, problemas ao nível da performance e da qualidade e um mau clima (segundo RYBOWIAK ET AL, 1999: 528). Sabe-se igualmente que os erros despoletam nos indivíduos atitudes e comportamentos que traduzem a cultura organizacional vigente, o que indicará a presença de uma política de prevenção ou de gestão do erro. Compreender a forma como cada organização interpreta o erro é essencial, na medida em que a coacção sobre o erro acarretará diferentes consequências face a uma organização onde o erro é interpretado como um veículo de aprendizagem, sendo este avaliado e compreendido em toda a sua abrangência.

Tal como já foi referido anteriormente, os erros não podem ser eliminados na sua totalidade, quer seja através da rotinização, standardização ou mesmo da aquisição de elevados padrões de qualidade, devendo por isso ser utilizados como instrumentos de aprendizagem individual e organizacional. Desta forma, qualquer organização que desenvolva medidas que interpretem o erro como oportunidades únicas de aprendizagem, terá manifestamente maiores capacidades de inovação, de experimentação, orientando a sua acção de forma mais eficiente.

A orientação do erro torna-se assim num utensílio fulcral para a organização, na medida em que traduz a forma como a organização organiza as suas oportunidades de aprendizagem quer seja para aumentar a performance ou mesmo a eficiência e a efectividade do seu desempenho (adaptado de RYBOWIAK ET AL, 1999: 528). Segundo SENGE, citado RYBOWIAK ET AL (1999: 528) uma organização que procure aprender e melhorar com o contributo dos erros deverá ter uma atitude positiva e activa face à exploração e compreensão dos mesmos.

O erro deve ser compreendido não só ao nível do contexto organizacional, mas também do ponto de vista individual. O erro despoleta nos indivíduos diferentes comportamentos e atitudes consoante o contexto em que ocorre, o conceito que temos de

erro e inclusivamente das consequências que daí advêm. Este poderá levar a sentimentos de depressão, de descontrolo, tristeza, stress, ansiedade..., na medida em que inviabiliza a concretização de um determinado propósito. Apenas através de adequadas estratégias de *coping*, os indivíduos poderão enfrentar o erro e assimilá-lo de forma positiva, aprendendo com ele de forma a melhorar a sua performance, incluindo as mesmas competências ao nível da auto-estima, adequado planeamento das actividades, capacidade de adaptação, entre outras. Teremos que ser detentores de competências que nos permitam lidar com o erro, tornando-nos qualificados para o mesmo, quer seja na nossa vida profissional, pessoal, social e inclusivamente no campo individual.

A cultura organizacional exerce assim uma grande influência sobre a performance organizacional, sendo importante o desenvolvimento de uma política que sustente a gestão do erro. Somos constantemente confrontados com erros, com situações de risco eminente, os quais se não forem adequadamente geridos poderão fomentar a ocorrência de consequências desastrosas, como por exemplo, o acidente de Chernobyl, a queda de uma ponte, entre outros. Se não estivermos na posse das condições essenciais para lidar com o erro, sérias consequências poderão advir para a organização, ou, em contrapartida, fomentar a aprendizagem.

Logo, se estiver implícita na cultura organizacional, a necessidade de gerir o erro, partindo do pressuposto que o erro não pode ser evitado, torna-se necessário perceber o que poderá ser realizado após a ocorrência de um erro para o compreender. O importante, além de compreender o que despoletou o erro e quais as suas consequências, será tirar proveito do mesmo, estando todos os indivíduos implicados na sua detecção e reporte do mesmo às entidades competentes.

Partir do princípio de que os erros podem ser eliminados na sua totalidade é errado, devendo-se preferencialmente adoptar uma política que se centre na necessidade de aprender, de aprender com os erros, de forma a impulsionar a iniciativa e a experimentação. Vários estudos ao nível da aprendizagem com os erros, como os desenvolvidos por HEIMBECK, FRESE, SONNENTAG & KEITH (2003) e por KEITH & FRESE (2005), citados por VAN DYCK ET AL (2005: 1229), referem que a aprendizagem ocorre quando os indivíduos são encorajados a aprender com os erros, quando interpretam os erros considerando as suas fases de planeamento, monitorização e avaliação e quando o impacto negativo do erro é reduzido.

As organizações poderão beneficiar activamente não só com uma abordagem que se centra na necessidade de controlo mas também na necessidade de aprendizagem, princípios de uma eficaz gestão do erro. O erro é assim considerado como um instrumento de aprendizagem impulsionando as capacidades de exploração e de experimentação (adaptado de VAN DYCK ET AL, 2005: 1229). Estas são algumas das características já descritas anteriormente para as organizações altamente fiáveis. Estas organizações estimulam a existência de vários tipos de aprendizagem, tal como referem ARGYRIS, SCHON (1978) e MARTINS (2005: 157) ao citar estes autores: *“Single lopp, quando a aprendizagem permite intervir no processo de detecção e correcção de erros; double loop, quando essa aprendizagem implica um questionamento quanto aos pressupostos, valores, normas e políticas em que a organização se baseia; deuterio-learning, quando os sujeitos aprendem a modificar, ou desenvolver o seu modo de aprender a tirar lições da experiência (...) o sujeito aprende a aprender”*.

A adopção de uma política que assente na *Total Quality Management* irá contribuir para o desenvolvimento e melhoria da política organizacional, na medida em que irá centrar-se no controlo e melhoria de todos os procedimentos que contribuem para o seu sucesso e ainda na necessita de melhorar e fazer face a novas exigências. Poderão fazer face a novos desafios, ao mesmo tempo que mantém a estabilidade e a eficácia que alcançaram ao longo do seu processo de desenvolvimento. A análise dos erros irá produzir mais informação e novas oportunidades de aprendizagem, contribuindo para esta necessidade de controlo e de aprendizagem. Pois tal como refere VAN DICK (2000-3: 52), a gestão do erro permite a criação que estratégias que visem quer o objectivo de controlo, quer o objectivo de aprendizagem, na medida em que são exercidos esforços no sentido de evitar e/ou diminuir as consequências negativas dos erros e de promover as suas consequências positivas.

3.3 - Gestão do Risco – Principais características

A gestão do risco corresponde a uma área emergente nas organizações de saúde, encontrando-se ainda a dar os primeiros passos em Portugal. Uma organização de saúde é por si só uma fonte geradora de riscos, não só devido às suas características estruturais, mas também devido à constante procura por um tratamento mais eficaz, no qual estão

envolvidos múltiplos intervenientes. Este conceito surgiu inicialmente nos Estados Unidos da América por volta dos anos 1970 como consequência de um aumento das queixas apresentadas contra os hospitais e outras organizações de saúde, o que implicou gastos excessivos em termos de indemnizações e prémios de seguros. Foram assim criadas as bases para o desenvolvimento e posterior implementação dos programas de gestão de risco, tendo-se, dado o crescente interesse nesta temática, constituído uma organização inicialmente designada por *American Society for Hospital Risk Management*, e que actualmente se designa por *American Society for Healthcare Risk Management*.

Enquanto disciplina, a gestão de risco direccionou inicialmente a sua atenção para os riscos associados com eventuais perdas e acidentes detectados nas organizações de saúde. Posteriormente passou a contemplar inúmeros aspectos do ponto de vista legal, legislativo e da regulamentação interna, políticos, económicos e financeiros. Os profissionais da área deparam-se com novas exigências que implicam uma formação contínua e a aquisição de novos conhecimentos e de novas valências do saber, dado o aumento das exigências, o que requer a criação e o estabelecimento de redes interdisciplinares dada a necessidade de envolver todos os seus colaboradores, quer internos quer externos.

A implementação de um programa de gestão de risco tem subjacente a inexistência de uma cultura de segurança, muitas vezes retratada no facto de que a maioria das organizações de saúde:

- ✎ *“Não corresponde às expectativas do pessoal e dos utentes;*
- ✎ *Não desenvolveram ainda a capacidade de aprender com os erros;*
- ✎ *Não têm forma de garantir que o pessoal clínico segue, de forma consistente, as políticas, os procedimentos e/ou os protocolos existentes;*
- ✎ *Sofrem uma acumulação de necessidades de manutenção especialmente preventiva, de equipamentos ou instalações;*
- ✎ *Desperdiçam esforços e recursos ao desenvolver programas mutuamente exclusivos;*
- ✎ *Não possuem um sistema para a revisão/monitorização contínua das especificações contratuais, que lhes permita eliminar riscos inaceitáveis” (OLIVEIRA, 2000, 12).*

Um **programa de gestão de risco** poderá ser definido como um conjunto de procedimentos e de objectivos pré-definidos com o intuito de promover uma cultura de segurança no seio das organizações de saúde. Segundo o Plano Nacional de Acreditação de Hospitais, a **gestão de risco** consiste numa *“abordagem estruturada à gestão do risco no hospital/unidade, que resulta em sistemas de trabalho, práticas e premissas mais seguras e*

maior consciência do pessoal acerca do perigo e da responsabilidade” (OLIVEIRA, 2000: 13). A sua implementação procurará:

- ✎ *“Desenvolver e implementar processos para identificar e hierarquizar riscos;*
- ✎ *Estabelecer sistemas que permitam lidar com os riscos identificados, eliminando-os ou reduzindo-os a um nível aceitável;*
- ✎ *Reduzir o efeito directo e conseqüente e o custo de incidentes que ainda possam ocorrer, através da criação de medidas de apoio efectivas;*
- ✎ *Proteger o hospital e o respectivo pessoal de responsabilidades legais*” (OLIVEIRA, 2000, 13).

A sua elaboração e posterior aplicação implicam que sejam respeitados elementos-chave dos quais se destacam a autoridade, visibilidade, comunicação, coordenação e competências.

A implementação de um programa de gestão de risco numa qualquer organização de saúde é muitas vezes manifestada primeiramente ao nível do Conselho de Administração. Ou seja, emerge uma preocupação com o risco e o erro existentes nas organizações, surgindo uma preocupação ao nível da sua gestão e compreensão, de forma a poder tornar a organização mais eficaz e competitiva. A necessidade de lidar com os efeitos adversos, com o erro e o conceito de risco real ou potencial, aliada à necessidade de diminuir os custos e as perdas financeiras, materiais e humanas levam a organização a desenvolver esforços no sentido de criar e desenvolver um projecto de gestão de risco.

Este trabalho é muitas vezes desenvolvido em articulação com o departamento da qualidade das organizações, uma vez que o seu objectivo visa igualmente a prestação de melhores serviços, com a maior qualidade, aliando-se a possibilidade de reduzir os custos para a organização.

O gestor de risco e a sua equipa, em conformidade com o conselho de administração, serão responsáveis pelo sucesso da implementação do projecto, devendo por isso ser desenvolvidos esforços no sentido de formar todos os intervenientes sobre a gestão de risco em si, o projecto de gestão do risco criado e os seus objectivos. Deverá existir um sentimento de total partilha e co-responsabilização pelos esforços desenvolvidos, de forma a que todos os intervenientes, quer ao nível da equipa de gestão do risco, do conselho de administração, dos vários departamentos da organização, colaboradores e até os clientes e suas famílias, se sintam como participantes activos.

Uma incorrecta articulação entre todos os elos contribuirá de forma negativa para minimizar a eficácia organizacional, levando à descredibilização da organização por parte

dos clientes. A ideia é evitar danos levando à prevenção, detecção do erro e sua correcção, ou seja, melhorar a qualidade dos serviços prestados, reduzindo os custos para a organização.

O risco não pode ser eliminado na sua totalidade, tal como já foi referido anteriormente, pelo que ao ser adoptado um programa de gestão de risco, irão ser desenvolvidas medidas que contribuam para a detecção e conseqüente redução e/ou eliminação dos problemas identificados. No caso das organizações de saúde, estes podem acarretar sérias implicações para o bem-estar dos seus clientes e familiares, da mesma forma que poderão ter como alvo os seus profissionais e colaboradores. Todo o processo tem assim início com a implementação da fase de detecção das áreas de maior risco, de forma a direccionar todas as acções a aplicar. O programa de gestão de risco criado não deve visar a implementação de medidas de punição sobre os seus profissionais, procurando em contrapartida a sua participação activa, sendo eles fulcrais para a identificação das referidas áreas através do reporte dos erros.

Nas organizações altamente fiáveis a cultura vigente aliada à adopção de uma atitude de total disponibilidade e abertura à mudança, foram considerados elementos fulcrais para o seu sucesso. No caso das organizações que pretendam implementar um programa de gestão de risco, a cultura também desempenha um papel fulcral, assim como a cooperação, disponibilidade e comunicação, elementos que marcam a diferença. A possibilidade de aprendizagem e de melhoria contínua deverá ser abraçada e divulgada junto de todos os elementos da organização, estando por isso todos eles implicados na sua concretização e estabelecimento.

A adopção de uma atitude pró-activa acarreta vários benefícios para a organização, na medida em que a identificação das áreas de maior risco, assim como os principais riscos existentes, uma adequada avaliação da sua incidência e impacto, contribuem para a melhoria da organização. Esta melhoria comporta aspectos relacionados com a criação de normas e procedimentos mais eficientes para a organização, pelo incentivo à participação e ao reporte do erro, com o objectivo de promover a aprendizagem constante, de forma a poder atingir os objectivos que a organização se predispôs. O programa de gestão de risco criado é específico para cada organização, uma vez que depende das características da organização, dos seus objectivos, área de actuação, profissionais, entre outros elementos.

A implementação deste programa requer a existência de uma equipa estruturada, capaz de englobar e dar resposta a todas as áreas de aplicação, através de estratégias

eficazes e material de suporte como normas e procedimentos bem definidos (MCCAFFREY; HAGG-RICKERT, 2004: 96-97). Estes elementos são componentes fulcrais para o sucesso do programa de gestão de risco, na medida em que auxiliam o gestor do risco na gestão e adequação do mesmo, de forma a ter procedimentos mais adequados, de acordo com a política organizacional. Não podemos contudo esquecer que para tornar viável a sua execução, a noção de autoridade e de respeito têm que existir, caso contrário será difícil torná-lo sustentável assim como implicar todos os profissionais.

Diariamente, aquando da aplicação do programa, o gestor de risco e a sua equipa terão constantemente que lidar com informação confidencial, sensível para alguns grupos profissionais, podendo mesmo ter consequências ao nível da imagem da organização, não só em termos da sua reputação, mas também financeiramente. A responsabilização e a autoridade são também importantes ao nível da coordenação da equipa de trabalho, devendo por isso ser visível para toda a organização, ou seja, todos deverão saber quem é o gestor de risco e qual a sua equipa de trabalho, assim como os projectos em desenvolvimento. Esta visibilidade fomenta a comunicação, sendo a interacção entre todos os elementos da organização facilitada, o que permite a partilha de informação sobre vários aspectos, quer seja com o intuito de contribuir para a formação ou para a divulgação do estado do projecto de gestão de risco.

É importante que todos os profissionais tenham conhecimento da existência de documentação sobre o departamento do gestão de risco, no qual são enumeradas as áreas de actuação, os procedimentos e normas criadas, o plano de actividades proposto, o orçamento, entre outros aspectos importantes à sua gestão. A sua coordenação é mais uma vez facilitada, exercendo-se quer de modo formal como informal, existindo redes de comunicação interna com vários parceiros, os quais incluem, por exemplo, a administração, os vários serviços, departamento da qualidade, a direcção médica.

Mas quais os assuntos a incluir aquando da elaboração do programa de gestão de risco? Segundo MCCAFFREY; HAGG-RICKERT (2004: 100-101), variado é o campo de intervenção da gestão do risco, centrando-se contudo na protecção da organização perante potenciais perdas. As áreas de intervenção são variadas, incluindo os riscos relacionados com os clientes, os profissionais, o equipamento e infra-estruturas, financeiros, entre outros. A título de exemplo, estes autores referem que relativamente aos clientes, podem ser incluídos aspectos relacionados com a partilha de informação, com o controlo de perdas, questões financeiras relacionadas com intervenções dos profissionais e consequente

realização de determinados procedimentos, ineficazes intervenções junto dos clientes e suas consequências, entre inúmeros outros aspectos.

Identificadas as áreas de intervenção e os riscos associados a cada uma, a operacionalização do programa é facilitada se o considerarmos como um processo, o que facilita a definição de prioridades e a rentabilização e direcção dos esforços de forma compreendida e sustentada. A sua implementação passa por 5 etapas, segundo MCCAFFREY; HAGG-RICKERT (2004: 104-105), as quais incluem: “1) a identificação e análise das áreas de risco; 2) consideração de técnicas alternativas de gestão do risco; 3) selecção da melhor ou melhores técnicas/procedimentos da gestão do risco; 4) implementação das técnicas seleccionadas; e 5) monitorização e adaptação do programa de gestão de risco”.

A gestão do risco consiste assim num programa pró-activo, no qual se procura identificar as áreas de risco, definir os procedimentos a implementar, e como tal a minimizar as suas consequências. Quanto mais precocemente os procedimentos forem definidos e as actividades implementadas, com maior antecedência será possível projectar e estabelecer sistemas sentinela e de aviso, o que aumentará a eficácia e eficiência do sistema.

3.3.1 - Gestor do Risco

A aplicação de um programa de gestão de risco implica a constante presença de um supervisor experiente e conhecedor de todo o seu processo de implementação, profissional esse que é designado por **Gestor do Risco**. Mas quais são as suas áreas de saber, quais as suas competências e valências enquanto profissional responsável?

Inicialmente, um gestor de risco focava a sua atenção apenas ao nível da detecção e identificação dos principais riscos da actividade profissional. Contudo, com o aumento das exigências e da complexidade de todo o processo, deverá não só focar a sua atenção nestes aspectos, mas também ao nível da prevenção do risco detectando áreas potencialmente perigosas não só ao nível da prestação de cuidados como ao nível da gestão, ética organizacional, aspectos económico-financeiros, entre outros.

A organização deverá ser analisada como um todo, nos seus vários níveis de actuação, adoptando-se assim uma atitude preventiva e pró-activa perante a organização.

Ou seja, a sua actuação deverá promover uma eficaz gestão dos cuidados prestados, no qual o conceito de segurança se encontra implícito, envolvendo não só os seus utentes, como também os seus profissionais, visitas e colaboradores (internos e externos). Desta forma, é possível minimizar e/ou prevenir qualquer potencial perda para a organização, potenciando-se a performance da organização de saúde.

Dada a complexidade inerente ao cargo e ao desempenho das suas funções, são múltiplas as áreas passíveis de intervenção, o que realça a multiplicidade de saberes e de conhecimentos necessários. As suas áreas de actuação variam ainda consoante o tipo de organização assim como os riscos financeiros associados à mesma. Um estudo efectuado em 1999 pela *American Society for Healthcare Risk Management* (ASHRM) procurou identificar as principais actividades de um gestor do risco para poder definir o corpo de conhecimentos associado, do qual resultou a identificação de seis grandes áreas de actuação: prevenção/redução das perdas, gestão das reclamações, financiamento de riscos, cumprimento da regulamentação/acreditação, operações, e bioética.

A realização deste trabalho de investigação visa a aplicação prática deste questionário a vários profissionais desta área, particularmente direccionado para as organizações de saúde portuguesas e seus colaboradores (enfermeiros-chefe, enfermeiros colaboradores na gestão, enfermeiros supervisores, directores e chefes médicos), como o intuito de avaliar qual o perfil do gestor de risco português e qual a percepção dos profissionais de saúde face ao seu desempenho. Para cada uma destas áreas de actuação, segundo SEDWICK (2004: 131-133), serão definidos de seguida os seus principais domínios de actuação.

Uma das áreas identificadas, a área da **prevenção/redução das perdas** incorpora todos os aspectos relacionados com a identificação dos riscos, prevenção de perdas e sua redução, na qual poderão ser desenvolvidas actividades como:

- ✎ Elaboração de relatórios estatísticos e qualitativos sobre gestão do risco;
- ✎ Desenvolvimento de meios que promovam a identificação do risco, quer de forma informal ou formal por parte de todos os profissionais da organização;
- ✎ Desenvolvimento e manutenção de comunicações e relações com os departamentos e funções-chave com o intuito de manter a efectividade dos programas implementados;
- ✎ Implementação de metodologias de *root cause analysis* e *failure mode and effects analysis* para identificar incidentes e áreas com maior risco associado;

- ✎ Concepção, implementação e manutenção de um sistema de análise e verificação das tendências dos dados de gestão do risco de todas as fontes pertinentes; entre outras.

A área da **gestão de reclamações**, por sua vez, assenta no tratamento das actuais reclamações assim como de potenciais reclamações, incorporando por isso a fase de identificação, investigação das suas causas e a sua resolução/eliminação, sendo por isso desenvolvidas actividades como:

- ✎ Implementação de estratégias e actividades de gestão específicas para reclamações, com possibilidade de autorização/aprovação de acordos
- ✎ Desenvolvimento de normas e procedimentos para a gestão e resolução de reclamações, em conformidade com a legislação local pertinente;
- ✎ Assegurar que a administração é mantida informada sobre casos de alta exposição ao risco e de reclamações agregadas, incluindo o seu impacto no programa de financiamento de riscos; entre outros.

Num campo meramente económico-financeiro, temos a área de **financiamento do risco** que remete para as questões económicas, particularmente ao nível das perdas financeiras, implementando-se assim actividades como:

- ✎ Realização de um programa de monitorização/avaliação de financiamento de riscos, de forma a determinar as necessidades financeiras da organização e risco associado;
- ✎ Monitorização das aplicações financeiras e seus riscos associados, avaliando-se a organização como um todo para determinar se está devidamente coberta pelos seguros; entre outros.

Por sua vez, a área do **cumprimento da regulamentação/acreditação** refere-se ao cumprimento legal dos requisitos relacionados com o processo de acreditação e as disposições legais do país, pelo que todas as actividades desenvolvidas assentam na promoção e vigilância do cumprimento de legislação específica.

A aplicação prática das questões relacionadas com a gestão do risco está presente na área das **operações**, pelo que pressupõe:

- ✎ Desenvolvimento e implementação do programa de gestão do risco, suas políticas e procedimentos, sem esquecer a definição de objectivos anuais/semestrais;
- ✎ Treino e supervisão dos colaboradores na gestão do risco;
- ✎ Coordenação e administração dos vários departamentos da gestão do risco;

- ✎ Avaliação da efectividade das medidas de gestão do risco implementadas; entre outros.

Por fim, temos a área da **bioética** que se encontra estritamente associada a questões práticas do exercício profissional, centrando-se no indivíduo, focando aspectos como a ordem de não reanimação, critérios de morte cerebral, investigação clínica, entre outros.

A actuação profissional do gestor do risco possui uma grande abrangência, dependendo não só do conhecimento teórico-prático prévio assim como das características organizacionais. Temos o exemplo de um estudo realizado por SEDWICK (2004: 120), em 1999, no qual se procurou compreender quais as principais funções desempenhadas pelos gestores do risco e sua importância, tal como ilustra o quadro abaixo (quadro n.º 1). Uma breve análise do mesmo, evidencia como principais áreas de actuação as questões relacionadas com a identificação do risco e sua avaliação (com 90%), logo seguido das questões relacionadas com a redução de perdas, o cumprimento das regulamentação e a gestão das reclamações, com 70%, 74% e 65,9% respectivamente. Será que o mesmo se passa com a população portuguesa? Esse é um dado a analisar após a realização do trabalho.

Quadro n.º 1: Funções do Gestor de Risco

CURRENT JOB FUNCTIONS	
Title	% of importance
Risk identification and evaluation	90,0
Loss prevention	79,0
Regulatory compliance	74,0
Claims handling	65,9
Education	58,0
Management and administration	57,0
Medical staff issues	50,4
Legal affairs	48,8
Contract review	42,3
Quality	39,6
Ethics	37,3
Safety administration	37,0
Insurance program	35,7
Insurance purchasing program	35,7
Loss financing	31,2
Workers' compensation	26,8
Patient representative program	21,5
Security	17,6
Utilization review	11,8
Case management	9,4
Employs benefits	4,5
Other	15,7

Base: 381 respondents – multiple responses

In: SEDWICK, Jeannie – *The Health Care Management Professional*. In CARROL, Roberta et al – *Risk Management Handbook for Health Care Organizations* (2004). Pág. 120

Tal como já foi referido anteriormente, o desempenho profissional do gestor do risco encontra-se directamente relacionado com a estrutura organizacional em que se encontra inserido, na medida em que a sua estruturação e necessidades, irão influenciar a realização e aplicação do programa de gestão do risco. Logo, as necessidades de aprendizagem e de aprofundamento/aquisição de novos conhecimentos do gestor do risco dependerão igualmente destes elementos.

Surge então a questão, quais as competências necessárias para tornar o gestor de risco num profissional com sucesso aquando da aplicação do programa de gestão do risco no seio de uma organização tão complexa? Uma das competências consideradas fundamentais para o seu exercício profissional prende-se com a capacidade de interacção, na medida em que necessita de interagir com os vários níveis hierárquicos da organização, desde o nível hierárquico máximo até à base da estrutura organizacional, sem esquecer os clientes e seus colaboradores. Deverão assim possuir capacidades para interagir eficaz e eficientemente com todos os membros da organização, assim como com os seus colaboradores e clientes, tornando o seu ponto de vista claramente identificável e perceptível, independentemente das circunstâncias.

Concomitantemente, as suas capacidades relacionais e ao nível da comunicação, deverão ser potenciadas, principalmente, ao nível da capacidade escrita, oral e de escuta. Aquando da interacção com os vários elementos da organização, internos ou externos, uma adequada técnica de apresentação e exposição oral aliada a eficazes capacidades de comunicação contribuem de forma positiva para o seu sucesso profissional. Por outro lado, o facto de possuir uma adequada destreza oral aliada a uma adequada capacidade escrita facilita a elaboração de relatórios detalhadas sobre o desenvolvimento do programa de gestão de risco, procedimentos, guias, entre outros documentos. Deve ser por isso capaz de elaborar relatórios claros, sucintos e directos sobre as várias áreas da gestão do risco.

Outro elemento já anteriormente referido, refere-se à capacidade de escuta, capacidade fundamental para compreender e avaliar determinados factos, na medida em que o gestor de risco se deverá deslocar ao local, escutar os vários aspectos e assim apurar e analisar os dados. Após esta fase de recolha de dados é possível efectuar uma reconstrução dos dados e assim ajuizar sobre o mesmo, criando relatórios sobre os

mesmos. Esta capacidade de escuta é ainda aplicável à recolha de informação noutras fontes, assimilando-se então toda a informação considerada pertinente e útil, sem realizar juízos de valor. Esta informação poderá ser então reunida, de forma crítica, sucinta e clara, para ser então transmitida oralmente ou de forma escrita aos seus colaboradores.

Aplicadas as capacidades de escuta, exposição oral e escrita aliadas às competências relacionais e ao nível da comunicação, faltam ao gestor do risco duas capacidades essenciais para se poder relacionar com todos os seus colaboradores, de forma a potenciar o êxito do programa de gestão de risco desenvolvido para a sua organização. Quais são então? A negociação e objectividade permitirão ao profissional centrar-se no seus objectivos, de forma a conseguir aplicar os seus procedimentos estabelecidos e a resolver questões, por exemplo, relacionadas com as reclamações, financiamento, operacionalização de procedimentos, entre outros.

A objectividade por seu lado, perante situações de grande stress, emotividade e dificuldades, aliada a uma grande persistência mais uma vez contribui para o sucesso do gestor, uma vez que vai procurar atingir os seus objectivos, adoptando as melhores decisões para tal, evitando tomar decisões mais de cariz emocional. Por fim, falta apenas referir os aspectos relacionados com a confidencialidade, as quais permitem defender a sua organização e todos aqueles que estão envolvidos no mesmo projecto.

O respeito pela confidencialidade faz com que seja digno de confiança, não só quando gere aspectos relacionados com o risco real ou potencial, ou aquando do tratamento de questões potencialmente conflituosas e fornecedores de informação pertinente para o sucesso da organização. A questão da confidencialidade remete para os aspectos relacionados com a ética profissional que evidencia uma excelente conduta profissional. Os principais aspectos que emergem prendem-se com a necessidade de manter e respeitar a confidencialidade de todos os intervenientes, evitando os conflitos de interesses de forma a manter a integridade profissional.

O profissional que assume o cargo de gestor de risco deve possuir um inúmero rol de competências que potenciem o seu sucesso organizacional. Torna-se contudo difícil enumerar uma receita mágica, que potencie o sucesso do profissional. O importante é possuir uma série de competências que serão utilizadas de acordo com as características de cada indivíduo e da própria organização. Com o estudo procurou-se igualmente identificar as competências que melhor caracterizam o profissional de gestor de risco português.

O profissional que assume o cargo de gestor de risco, tem como background inúmeras áreas, sendo muitas vezes detentores de experiência clínica, aspectos que se tornam numa mais valia para um adequado desempenho da sua profissão. Concomitantemente, a formação que o mesmo adquire sobre a área é determinante para o seu sucesso e compreensão do processo associado à gestão do risco. Esta formação poderá ser obtida ao longo do seu curso de formação, em pós-graduações, formações pontuais, através da leitura de livros, entre outras possibilidades. O processo de formação, de crescimento pessoal e profissional é assim contínuo.

3.3.2 - Perfil de Competências em Gestão

O conceito de competência tem sofrido múltiplas alterações ao longo dos tempos, passando do simples acumular de saberes para algo mais específico e conceptualizado, na medida em que, segundo alguns teóricos (SANDBERG, 2000: 22), é importante considerar a própria concepção de trabalho que o indivíduo possui sobre o exercício da sua profissão. Este é um importante ponto de partida para promover a mobilização e aquisição de novas competências fulcrais para um adequado desempenho, tendo em vista a sua maximização aliada a elevadas performances organizacionais.

Dada a sua complexidade, tal como já foi referido, o conceito de competência foi sofrendo várias alterações, tendo sido sinónimo de atribuição, qualificação, traço ou característica pessoal e ainda sinónimo de comportamento ou acção. As duas primeiras abordagens baseavam-se numa avaliação externa do indivíduo, enquanto propriedade adquirida, evoluindo para uma avaliação interna do indivíduo ao se referir aos traços ou às características, até culminar num conceito mais complexo, enquanto sinónimo de comportamento ou de acção.

As competências, enquanto atribuições, expressam-se aquando da sua utilização numa determinada área de actuação, não dependendo por isso do próprio indivíduo que a mobiliza nem sendo uma característica pessoal do mesmo, o que implica a realização de uma avaliação externa. Por outro lado, uma qualificação expressa-se aquando da mobilização prática de determinados saberes, os quais são adquiridos pelos indivíduos através da formação inseridos num processo de aprendizagem contínua. Na prática, constatamos que o indivíduo poderá ser detentor das qualificações necessárias para

desempenhar uma função específica, contudo poderá ter dificuldade em obter eficácia aquando da sua aplicação prática, não conseguindo garantir a qualidade dos serviços por si prestados.

Quando consideramos uma competência como um traço ou uma característica pessoal, deparamo-nos com a esfera mais pessoal dos indivíduos, exercendo a sua acção directamente sobre a performance individual e profissional dos mesmos. Desta forma, quando se procede à sua avaliação, poder-se-á identificar um perfil de competências ideal para a função Y ou função X, todavia, na prática, este perfil poderá não se adaptar ao contexto não sendo mobilizados os recursos necessários para dar uma resposta eficaz. Para minorar consequências que daí advém, as organizações ao realizarem as suas avaliações devem exigir que os indivíduos se encontrem no seu contexto, no seu meio ambiente diário, facultando a identificação das características que melhor o descrevem.

É possível ser espontâneo no desempenho das suas acções, partindo sem hesitação para a resolução dos problemas emergentes e antecipação de potenciais problemas resolvendo-os com brevidade. Constata-se assim que no seio da dinâmica organizacional, independentemente da sua área de actuação, os indivíduos que possuem um maior índice de performance aliado a um bom desempenho organizacional, são muitas vezes aqueles que detêm um maior número de características, o que os torna únicos e diferentes.

Por último, falta-nos abordar a competência entendida como um comportamento ou uma acção, perspectiva que alia as características pessoais a um contexto bem definido, tornando possível a sua identificação durante o desempenho profissional dos indivíduos. Esta manifestação traduz o processo de aprendizagem e de desenvolvimento dos indivíduos, manifestando-se na acção e para a acção. Neste contexto, a competência visa a acção, traduzindo-se nela, com o objectivo de maximizar a qualidade dos serviços prestados durante o exercício profissional, ou seja, enquadra-se numa determinada situação.

Após uma breve análise do conceito de competência e da evolução sofrida, como poderá ser este definido? Uma revisão bibliográfica sobre o tema permite-nos identificar vários conceitos, pelo que procurei enumerar alguns. Uma competência poderá ser definida tendo em consideração o *“desempenho de uma actividade ou tarefa com sucesso ou o conhecimento adequado de um certo domínio do saber ou skill e com ênfase no indivíduo, o que contrasta com o conceito de qualificação que enfatiza mais a tarefa ou a função”* (NEVES ET AL, 2006: 13).

Outros autores, como BOYATZIS (citado por NEVES ET AL, 2006: 13), definem competência como a *“capacidade de demonstrar um sistema e uma sequência de comportamentos que se relacionam funcionalmente com a prossecução de um objectivo e que pode ser aplicado num vasto leque de situações”*. SPENCER, MCCLELLAND & SPENCER (1994) citado por SCHIPPMANN ET AL (2000: 706) consideram a competência como *“uma combinação de motivos, conceitos, atitudes ou valores, que implicam conhecimento ou capacidades cognitivas, assim como qualquer característica individual que pode ser observada e /ou mensurada e como tal demonstrar diferenciar as performances superiores das medianas”*.

Uma competência irá traduzir componentes específicos dos indivíduos, repetidos periodicamente e constantemente no seu dia-a-dia, para obter um eficaz desempenho num contexto bem definido. Irão depois surgir respostas/*outputs* passíveis de avaliação e mensuráveis através de instrumentos criados para o efeito.

Aliada a esta particularidade, surge a noção de responsabilidade, pelo que ZARIFIAN (1999: 70) define uma competência como *“uma tomada de iniciativa e de responsabilidade do indivíduo sobre situações profissionais com as quais é confrontado”*. A sua complexidade permite subdividi-lo em saber mobilizar, saber integrar, saber transferir, querer e poder, saber agir e ainda num saber agir reconhecido. Ou seja, *“as competências podem ser consideradas como uma resultante de três factores: o saber agir que supõe o saber combinar e mobilizar os recursos pertinentes (conhecimentos, saber-fazer, redes); o querer/vontade de agir que se refere à motivação e ao envolvimento do indivíduo; o poder agir que remete para a existência de um contexto, de uma organização do trabalho, de condições sociais que tornam possíveis e legítimas a tomada de responsabilidade e de risco do indivíduo”* (BOTERF, 1998: 150).

Mas como se adquire uma competência? Ao longo do nosso desenvolvimento e do processo de aprendizagem que caracteriza o nosso crescimento enquanto indivíduos, novas valências são adquiridas, aprimorando-se na prática, na qual poderá ser reconhecida e valorizada por terceiros. Como tal, pressupõem a existência de um contínuo processo de aperfeiçoamento pessoal e profissional, no qual se tenta obter a máxima performance quando contextualizado e inserido numa dinâmica organizacional, qualquer que seja a sua área de actuação, sendo por isso específicas. Esta especificidade faz realçar uma das vantagens para as organizações, na qual os recursos existentes serão mobilizados para

augmentar o seu desempenho e a competitividade no mercado, como já foi referido, assim como para suprir as exigências e as necessidades dos actuais e potenciais clientes.

Emerge então a noção de competência colectiva que consiste na “*capacidade de dominar um processo que satisfarão um cliente interno ou externo dentro da melhor relação qualidade/custo possível. Aquilo que é do cliente se apercebe não é da soma das competências individuais mas do resultado colectivo*” (MEIGNANT, 1999). Surge uma complementaridade entre as competências individuais e as colectivas, no qual não é apenas o indivíduo o único a mobilizar os seus conhecimentos e a utilizar os seus recursos mas também a organização.

A organização assume um papel primordial nesta área, devendo para tal desenvolver meios que lhe permitam atingir e garantir a manutenção do seu sucesso, devendo para tal identificar as capacidades e qualidades, ou seja, as competências que o possibilitem. Esta acção vai incidir primordialmente no desenvolvimento e aperfeiçoamento de várias áreas de trabalho, mediante a criação de actividades e de procedimentos que impulsionem a organização para o sucesso, segundo os seus objectivos, prioridades e estratégias previamente definidos. Mais uma vez, realçamos que para tal acontecer é importante que a organização tenha as pessoas certas, com as competências adequadas para aquele momento em conjugação com os sistemas e as tecnologias apropriadas. A máxima visará a utilização dos recursos necessários para a obtenção dos resultados desejados e/ou esperados, tendo por base uma prévia identificação das competências que o possibilitem.

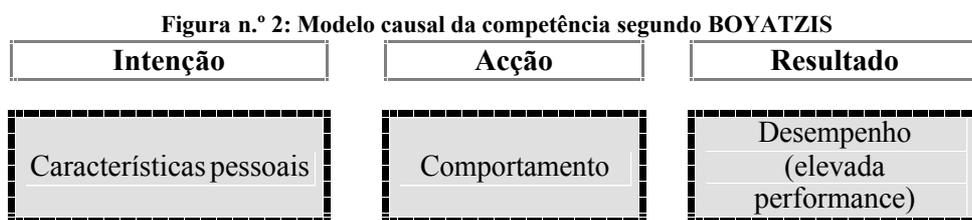
Urge assim a necessidade de criar os meios necessários para fazer face às exigências cada vez mais específicas dos clientes e dos trabalhadores das organizações e à competitividade do meio, evitando assim uma centralização apenas na concretização dos objectivos e da missão a que a organização se propôs.

Esta fase de diagnóstico das competências leva à identificação de competências individuais e de competências organizacionais, o que realça as habilidades essenciais para o sucesso organizacional com directo impacto sobre os resultados obtidos, qualquer que seja a área abrangida. O objectivo desta preocupação pelas competências e pela sua gestão visa alcançar uma performance eficaz que procura o “*alcance de resultados específicos (outcomes) requeridos por uma actividade, através de acções específicas, consistentes com as políticas, procedimentos e condições concretas do ambiente organizacional*” (BOYATZIS, 1982: 12).

É possível desta forma subdividir as competências em competências individuais e competências organizacionais, a qual por possuir no seu seio os indivíduos, elementos-chave da organização, inclui de certa forma as individuais. Ou seja, a primeira advém das experiências pessoais, do próprio conhecimento, valores, ideais, entre outros aspectos, sendo particular e específico de cada indivíduo. Outros autores, como é o caso de BOYATZIS, citado por (CEITIL, 2007: 80) subdividem as competências em 5 categorias: motivação, traços de carácter, conceito que tem de si próprio, conhecimento, competências cognitivas e comportamentais, ou seja:

- *“Motivação – necessidade subjacente que conduz, dirige e selecciona o comportamento do indivíduo;*
- *Traços de carácter – forma de comportar ou responder;*
- *Conceito que tem de si próprio – atitudes e valores. Ideia do que fazem ou gostariam de fazer;*
- *Conhecimentos – noções, procedimentos técnicos e experiências pessoais;*
- *Competências comportamentais e cognitivas – podem ser mais visíveis (escuta activa e relacionamentos interpessoais) ou menos visíveis (raciocínio dedutivo ou indutivo)”.*

Estas 5 categorias, encontram-se ligadas, inter-relacionando-se umas com as outras, promovendo elevada performance dos indivíduos. São assim passíveis de diferenciação entre competências críticas e competências básicas, nas quais as primeiras impulsionam para elevados desempenhos, enquanto que as segundas remetem para desempenhos elementares. Deparamo-nos, por isso, com uma relação de causalidade entre as mesmas, as quais vão garantir um aumento da performance, tal como nos apresenta o esquema (figura n.º 2):



- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Motivações ▪ Traços de carácter ▪ Conceito de si mesmo ▪ Conhecimento | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Competência |
|--|---|

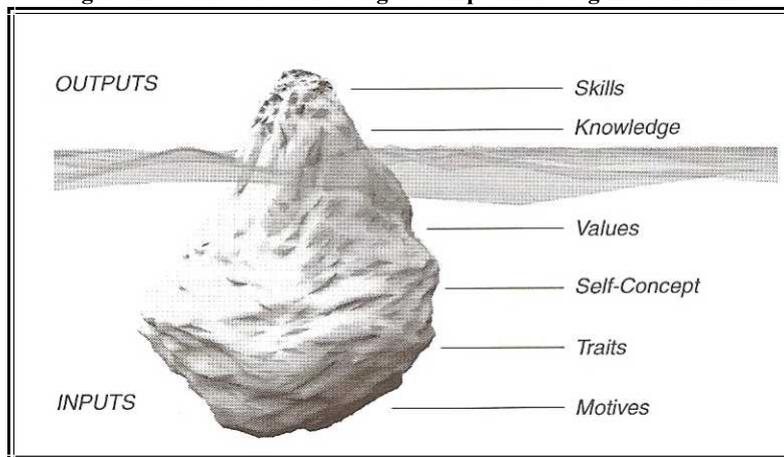
In: CEITIL, Mário (2007). Gestão e desenvolvimento de competências. Pág. 97

Por outro lado, a complexidade inerente à temática das competências permite associar o modelo de iceberg (figura n.º 3) apresentado por MCBER (citado por CEITIL, 2007: 80) o qual

“propõe a existência de uma linha divisória entre as competências de índole mais interna e aquelas de carácter externo. Relativamente às competências de índole mais internas, os inputs, consigna as motivações da pessoa, os traços da personalidade, o seu auto conceito pessoal e os valores próprios. Estas competências estão relacionadas com a personalidade da pessoa, provêm do seu interior, estão muito aprofundadas na pessoa. Por isso também são consideradas de inputs, isto é, são aquilo que a pessoa dá de si mesmo à tarefa ou a função. Esta é a parte menos visível das competências por isso fica na parte inferior do iceberg.

Na parte superior do iceberg, encontram-se as competências identificadas como as mais visíveis. Dentro deste conjunto, temos as habilidades e o conhecimento. As habilidades ou skills são aquilo que a pessoa demonstra no seu desempenho”.

Figura n.º 3: Modelo do Iceberg de competências segundo MCBER



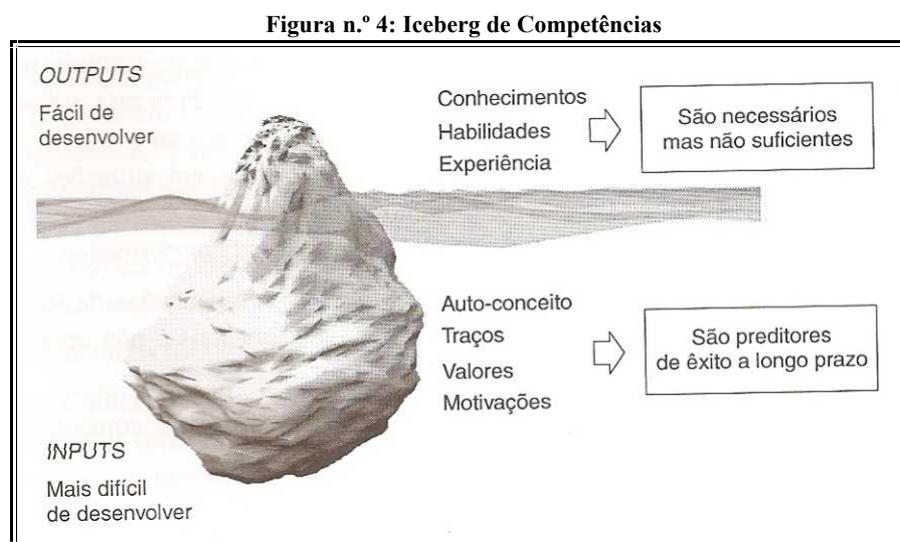
In: CEITIL, Mário (2007). Gestão e desenvolvimento de competências. Pág. 80

Analogamente, SPENCER & SPENCER, já referenciados anteriormente, consideram a existência de 2 dimensões, tal como no modelo do iceberg. A parte visível estaria relacionada directamente com a performance, manifestando-se perante os outros, enquanto que a parte invisível, traduziria as características intrínsecas dos indivíduos, sendo por isso desconhecida. A performance revela as questões relacionados com a aptidão dos indivíduos e a capacidade de levar a cabo as suas funções através da mobilização e aplicação dos conhecimentos adquiridos. Por seu lado, a parte invisível, a dimensão escondida traduz não só sentimentos, como valores, ideais, em suma, todos aqueles elementos que nos diferenciam, sendo por isso difíceis de demonstrar e muitas vezes até de desenvolver.

Do ponto de vista da gestão das competências, torna-se pertinente compreender os indivíduos na sua totalidade, todavia, dada o carácter pessoal de cada um de nós, nem

sempre é possível compreendê-los na sua plenitude. Contudo, sabe-se que a melhor forma de encontrar os indivíduos detentores de maior probabilidade de contribuir para o sucesso organizacional implica a capacidade de realizar análises complexas, pois como já referimos anteriormente, aqueles que possuem uma melhor performance são aqueles que possuem um maior número de competências.

Segundo a abordagem que considera as competências vista do ponto de vista da analogia com o iceberg (figura n.º 4), deparamo-nos com uma parte submersa, a parte única e diferencial dos indivíduos, que traduz as suas especificidades não visíveis, e a parte exposta, à superfície, que representa as especificidades visíveis.



In: CEITIL, Mário (2007). Gestão e desenvolvimento de competências. Pág. 100

A parte visível traduz os aspectos relacionados com os conhecimentos, as habilidades e a experiência individual, sendo por isso fáceis de desenvolver mas insuficientes para garantir o sucesso da organização. Por seu lado, a parte submersa, representa as especificidades dos indivíduos, características únicas de cada indivíduo, como é o caso do auto-conceito, dos traços, dos valores e das motivações, entre outros aspectos, os quais são difíceis de desenvolver, mas ao mesmo tempo impulsadores do êxito e do sucesso dos indivíduos. Qualquer que seja a profissão e/ou função(ões) desenvolvida(s), estes são os aspectos que nos caracterizam, que nos diferenciam dos outros, tornando o nosso trabalho único, e facilmente reconhecido pelos nossos clientes. Estes aspectos únicos, incluem assim, os valores, o auto-conceito, os traços e a motivação.

Ao incidirmos a nossa acção sobre a parte visível do iceberg, será mais fácil contribuir para o sucesso da organização, ou seja, ao promover uma constante adaptação dos modelos de gestão da organização é possível dotar a organização com os recursos

humanos, técnicos e conceptuais, fulcrais para o cumprimento dos objectivos propostos, não esquecendo todavia que se trata de um processo de aprendizagem e melhoria contínua.

Em cada profissão, para cada uma das actividades/funções que a caracterizam torna-se fundamental definir o perfil de competências que melhor a caracterizam sendo essenciais para o seu sucesso e máxima eficácia. Torna-se por isso fundamental que as políticas organizacionais procurem aproveitar os seus colaboradores no seu máximo, desenvolvendo-se para isso programas de aperfeiçoamento que realcem as competências essenciais para o futuro da organização.

Podemos, desta forma, concluir que as competências são características próprias dos indivíduos, caracterizando-os e tornando-os únicos, expressando-se aquando da execução de tarefas e actividades específicas, não sendo por isso exclusivas de uma única actividade, contribuindo para o resultado da mesma. Logo, serão diferentes de indivíduo para indivíduo, ou não fossemos todos diferentes, únicos, com características próprias, o que contribui para a existência de competências individuais.

Estas são adquiridas ao longo da vida, como consequência da experiência pessoal e profissional de cada indivíduo, sendo passíveis de identificação através dos comportamentos, assim como de quantificação. Caracterizam-se por serem passíveis de contextualização, com elementos e mecanismos próprios que as sustentam propiciando a acção, aspectos interligados aos elementos pessoais, como é o caso das aptidões, traços de personalidade, conhecimentos e a própria experiência dos indivíduos. Podemos por isso referir, que as competências humanas, segundo SANDBERG (2000: 20-21), não constituem por si só um conjunto específico de atributos, visando uma progressão por etapas tendo em vista o seu aprimoramento por parte dos indivíduos.

A questão prender-se-á então com a identificação das competências essenciais para o sucesso organizacional assim como dos indivíduos. Que tipos de competências são passíveis de identificação, tendo em vista que a adequada selecção serve de base para uma gestão de sucesso?

Uma adequada gestão de competências tem por base o desenvolvimento de objectivos específicos, não só a título organizacional, mas também individual, tendo em vista a performance individual e organizacional e a obtenção de feedback, o qual vai contribuir para a melhoria e redefinição das políticas definidas. Paralelamente, deverá existir uma preocupação em fomentar o *team building* e promover uma coordenação eficaz entre todos os elementos da organização. Mas como é que sabemos quais são as

competências mais adequadas para determinada função, se existem inúmeras taxinomias, criadas ao longo dos anos, tal como identificou TETT ET AL (2000: 214) no seu estudo subordinado ao tema “*Development and content validation of a “Hyperdimensional” Taxonomy of Managerial Competence*”.

Ao longo do seu estudo TETT ET AL (2000), procurou criar uma taxinomia comum para a Gestão de Competências, tendo para tal avaliado vários estudos e várias taxinomias criadas para o efeito, como por exemplo, os estudos de BORMAN & BRUSH (1993), CAMPBELL ET AL (1993), HEMPHILL (1959), MORSE & WAGNER (1978), PRIEN (1963), TORNOW & PINTO (1976), WOFFORD (1970) YUKL & LEPSINGER (1992), entre outros. Da sua análise, foi possível constatar que muitos referiam as mesmas competências, só que com outras designações, pelo que uma adequada articulação das competências identificadas iria facilitar o processo de selecção e recrutamento, assim como o processo de treino e de avaliação de objectivos e da performance individual e organizacional.

Segundo os seus autores, a criação desta taxinomia tem como principais objectivos contribuir para a descrição de funções de várias profissões e desta forma aumentar a performance através da identificação dos aspectos a desenvolver tanto a nível como pessoal como a nível organizacional. Será assim possível efectuar uma gestão de competências mais eficazes, de forma a adequar os indivíduos às funções por si desempenhadas (adaptado de TETT ET AL, 2000: 227). Este processo de investigação culminou na criação de um taxinomia com 53 competências identificadas, alinhadas em 9 categorias (quadro n.º 2), sendo elas: *funções tradicionais, orientação de tarefas, orientação pessoal, fidelidade, abertura a novas ideias, controlo emocional, comunicação, desenvolvimento pessoal e dos outros, e por fim astúcia profissional e preocupações*.

Quadro n.º 2: Taxinomia de Gestão de Competências e suas definições

GESTÃO DE COMPETÊNCIAS	
FUNÇÕES TRADICIONAIS	
♦	Consciência do problema: Percepciona as situações que requerem acção para promover o sucesso organizacional
♦	Tomada de decisão: Utiliza o bom senso na resolução dos problemas
♦	Direcção: Define de forma clara o que deve ser feito aos seus colaboradores
♦	Capacidade de delegar funções: Atribui o poder de decisão aos colaboradores qualificados
♦	Planeamento a curto prazo: Prepara as medidas necessárias para completar as tarefas antes da acção ser implementada
♦	Planeamento estratégico: Desenvolve planos a longo prazo para manter a organização alinhada com as exigências futuras
♦	Coordenação: Organiza as actividades dos colaboradores e os recursos existentes
♦	Definição de objectivos: Identifica os objectivos organizacionais por departamento e os métodos utilizados para os atingir

<ul style="list-style-type: none"> ♦ Monitorização: Compara o trabalho desenvolvido com os pressupostos, objectivos e prazos previamente estabelecidos ♦ Motivação pela autoridade: Influencia directamente os seus colaboradores recorrendo a recompensas e/ou punições ♦ Motivação pela persuasão: Incentiva a procura pela excelência tendo em vista o seu próprio interesse ♦ Team building: Identifica e integra os diferentes papéis desempenhados pelos trabalhadores segundo um espírito de colaboração ♦ Produtividade: Cumpre as metas estabelecidas por si próprio e pelos outros
ORIENTAÇÃO DE TAREFAS
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Iniciativa: Dá os passos preliminares do que necessita ser realizado, sem necessidade de direcção ♦ Foco nas tarefas: Mantém-se na realização de tarefas independentemente da complexidade e/ou ambiguidade ♦ Urgência: Responde rapidamente perante as exigências da organização ♦ Determinação: Não hesita perante as decisões a tomar
ORIENTAÇÃO PESSOAL
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Compaixão: Demonstra uma preocupação genuína com o bem-estar dos outros ♦ Cooperação: Procura atingir os objectivos através da colaboração com os outros trabalhadores ♦ Sociabilidade: Inicia e mantém de forma enérgica interações amigáveis com os outros trabalhadores dentro e fora do trabalho ♦ Cortesia: Demonstra adequados modos ao interagir com os outros ♦ Astúcia política: Retira proveito das relações políticas e da distribuição de poderes tendo em vista a concretização de metas ♦ Assertividade: Expressa o seu ponto de vista de forma confiante, directa e vigorosa ♦ Procura de contributos: Procura activamente a contribuição de outros colaboradores nos temas relacionados com o trabalho ♦ Satisfação do cliente: Procura manter ou aumentar a satisfação do cliente
FIDELIDADE
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Ordem: Mantém um alto grau de organização no seu ambiente físico no seio da organização ♦ Orientação segundo regras: Compreende a importância da existência de regras e de políticas organizacionais, assumindo-as em toda a sua plenitude ♦ Responsabilidade pessoal: Assume a responsabilidade pelas suas próprias acções, decisões e directivas para os seus colaboradores ♦ Ser digno de confiança: Mantém a confidencialidade ao lidar com informações sensíveis sobre a organização, os seus colaboradores e/ou clientes ♦ Cumprimento de prazos/oportunidade: Demonstra apreciação pelo cumprimento de prazos, demonstrando-o ele mesmo ♦ Profissionalismo: Demonstra os padrões da sua carreira e/ou do seu grupo profissional ♦ Lealdade: Partilha as metas e os valores da organização
ABERTURA A NOVAS IDEIAS
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Tolerância: Avalia as opiniões que diferem da sua ♦ Adaptabilidade: adapta-se prontamente a novas situações e a novas exigências ♦ Pensamento criativo: Impulsiona o pensamento criativo dentro das unidades de trabalho e da própria organização ♦ Avaliação cultural: Aprecia a diversidade no seio de experiências culturais e/ou de convicções
CONTROLO EMOCIONAL
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Resiliência: Mantém uma atitude positiva perante o fracasso ♦ Gestão do stress: Reage de forma eficaz perante sentimentos de tensão relacionados com o trabalho e as suas causas
COMUNICAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Capacidade de escuta: Presta atenção de forma activa ao que os outros estão a dizer ♦ Comunicação oral: Expressa-se verbalmente de forma clara, aprazível e direccionada para o

<p>assunto</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Apresentação pública: Expõe o material/conteúdos de forma eficaz e confortável a grupos de pessoas ♦ Comunicação escrita: Expressa-se de forma clara e sucinta através da escrita (por exemplo, por carta ou memorando)
DESENVOLVIMENTO PESSOAL E DOS OUTROS
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Desenvolvimento de metas: Interage de forma individual com os seus colaboradores na definição de objectivos que contribuem para o seu desenvolvimento e progressão na carreira ♦ Avaliação de desempenho: Avalia o desempenho individual dos seus colaboradores tendo em consideração os seus objectivos pessoais de desenvolvimento ♦ Fornecimento de feedback: Fornece um feedback de forma regular, específica e atempada aos seus colaboradores relativamente aos seus objectivos pessoais ♦ Enriquecimento profissional: Proporciona aos trabalhadores oportunidades de aprendizagem relacionadas com o trabalho ♦ Desenvolvimento pessoal: Procura e aproveita oportunidades de desenvolvimento e de aperfeiçoamento pessoal
ASTÚCIA PROFISSIONAL E PREOCUPAÇÕES
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Capacidades técnicas: Conhece o que um adequado desempenho profissional requer ♦ Consciência organizacional: Compreende que a organização se desenvolve como um todo e em termos de unidades de trabalho individuais ♦ Preocupação com a quantidade: Trabalha para atingir ou exceder as quotas organizacionais pré-definidas ♦ Preocupação com a qualidade: Trabalha para atingir ou superar as normas de qualidade existentes ♦ Preocupação financeira: Compreende a importância de obter lucro ou de poupar dinheiro para a organização ♦ Preocupação com a segurança: Enfatiza a prevenção de acidentes no seu local de trabalho

In: TETT, Robert P. et al (2000). *Development and Content Validation of a "Hyperdimensional" Taxonomy of Managerial Competence*. Pág. 247-249

Tal como já foi referido anteriormente, várias são as competências indicadas para um adequado desempenho profissional, podendo-se enumerar como exemplo a capacidade de interacção, capacidade de comunicação, escrita e oralmente, a sua postura, entre muitas outras. Foi nosso objectivo avaliar, do ponto de vista dos inquiridos, quais as competências que deveriam ser apresentadas pelos gestores de risco, tendo-se para tal aplicado a taxinomia apresentada anteriormente e solicitado a todos a identificação daquelas consideradas fulcrais.

4 - DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA

São vários os caminhos que podem ser seguidos aquando do desenvolvimento da investigação científica. Contudo, apenas a metodologia científica assegura um rigor racional, para comprovar ou generalizar conhecimentos através de um processo adequado ao alcance de um determinado fim. Para o projecto vigente aponto os seguintes aspectos:

4.1 - Tipo de estudo

Segundo FORTIN (1999: 133), o tipo de estudo “*descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação, visa descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade*”. O estudo em causa baseia-se numa abordagem qualitativa e quantitativa, do tipo descritivo, analítico, comparativo e exploratório. Decorre de uma abordagem quantitativa uma vez que o investigador procura descrever, identificar a relação entre as variáveis em estudo e compreender quais as consequências que advêm da manipulação entre as variáveis.

É nosso objectivo descrever o fenómeno em estudo: perfil do gestor de risco das organizações de saúde portuguesas, abordando para tal as tarefas e competências que melhor o caracterizam segundo a opinião de outros profissionais. Paralelamente procura-se comparar a opinião dos profissionais das várias organizações de saúde, alvo de investigação, de forma a poder explorar e compreender melhor o fenómeno.

Temos ainda a referir que se trata de um estudo exploratório por procurarmos compreender quais as repercussões que advêm da existência de uma política de gestão de risco nas organizações de saúde, especificamente ao nível da cultura da fiabilidade e da cultura de orientação ao erro.

Foi adoptada esta metodologia por o fenómeno em estudo ser uma realidade objectiva, contudo com um carácter de subjectividade associado pois depende dos sujeitos que as vivenciam e dos contextos em que decorrem.

4.2 - População e amostra

Uma população visa o “conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assente a investigação” (FORTIN, 1999: 373). Uma vez que a população não poderá ser estudada, selecciona-se uma amostra, ou seja, um subconjunto dos elementos que constituem a população. A população em estudo corresponde a todos os gestores de risco e colaboradores, nomeadamente, enfermeiros-chefes e colaboradores na gestão, enfermeiros supervisores, directores e chefes de serviço médico das organizações de saúde de Portugal acreditadas ou em processo de acreditação.

Para obter a autorização para a consequente aplicação do questionário, foram seleccionadas 18 organizações de saúde, das quais apenas 5 não responderam, pelo que das que responderam a aplicação do mesmo foi autorizada em 10 e recusada em 3 delas. Relativamente a estas 10 organizações, apenas foi possível recolher dados em 8 delas por não ter existido grande participação por parte dos colaboradores.

De forma a obter uma maior variedade de dados, as organizações de saúde seleccionadas encontram-se dispersas de Norte e Sul do país, incluindo as Regiões Autónomas, tendo sido codificadas de A a H para assegurar o anonimato. Para facilitar o processo de colheita de dados, foi solicitada a nomeação de um elo de ligação entre as organizações de saúde e o investigador, de forma a promover uma mais rápida e eficaz aplicação e consequente recolha dos dados.

Foram enviados 600 questionários, tendo sido obtidas apenas 196 respostas válidas, tal como se encontra presente na seguinte tabela (tabela n.º 1).

Tabela n.º 1: Organizações de Saúde alvo de estudo

Organizações de Saúde	Nº de Questionários Enviados	Total de Respostas
Organização A	50	27
Organização B	40	12
Organização C	90	30
Organização D	90	29
Organização E	60	24
Organização F	20	13
Organização G	60	29
Organização H	80	32
Organização I	70	0
Organização J	40	0
Total:	600	196

4.3 - Instrumento de colheita de dados

A aplicabilidade deste estudo só foi possível através da realização de 2 momentos distintos de colheita de dados. Numa primeira fase foi realizada uma entrevista a 5 gestores de risco de organizações de saúde acreditadas, com o objectivo de obter um perfil de competências para o gestor de risco, por se tratar de dois sistemas de acreditação diferentes. Esta entrevista foi orientada por um guião semi-estruturado para que o entrevistado apresentasse as ideias sem qualquer tipo de coacção, sendo incentivado a continuar e a prosseguir o seu raciocínio, para que no final todos os aspectos da entrevista tivessem sido abordados. Este guião (anexo n.º I) teve em conta as competências do gestor de risco enumeradas pela *American Society for Healthcare Risk Management* (ASHRM) e as suas grandes áreas de actuação: prevenção/redução das perdas, gestão das reclamações, financiamento de riscos, cumprimento da regulamentação/acreditação, operações, e bioética.

Após a realização das entrevistas procedeu-se à sua análise de conteúdo, com o intuito de construir um questionário que focasse os aspectos-chave enumerados pelos gestores de risco já entrevistados. Desta forma, seria possível validar se a informação referida pelo profissional do risco é percebida pelos profissionais das organizações de saúde.

O instrumento de colheita de dados construído para o segundo momento de colheita de dados foi um questionário, construído a partir de 4 questionários já existentes, tendo ficado organizado da seguinte forma (anexo n.º II):

- **Secção n.º 1:** caracterização dos inquiridos;
- **Secção n.º 2:** delineamento de funções do gestor de risco, englobadas em 6 áreas de actuação, constituída por várias afirmações com escala de classificação de 0 a 5;
- **Secção n.º 3:** enumeração de competências para o desempenho da função do gestor do risco;
- **Secção n.º 4:** várias afirmações para avaliar a cultura de orientação do erro;
- **Secção n.º 5:** várias afirmações para avaliar a cultura da fiabilidade.

4.3.1 - Definição das variáveis em estudo

Com o desenvolvimento do trabalho e decorrente da construção do questionário foram identificadas variáveis, divididas entre variáveis independentes e variáveis dependentes.

Como **variáveis independentes**, foram identificadas:

- Biológicas: idade, sexo;
- Sócio-Demográficas: estado civil, habilitações académicas e habilitações profissionais;
- Exercício Profissional/Organizacional: tempo de exercício profissional, tempo de exercício na Instituição, hospital e serviço onde desempenha funções, tempo de exercício no actual serviço, vínculo à instituição e regime de trabalho;
- Acreditação: processo de acreditação da organização;
- Caracterização como Gestor do Risco: número de anos de experiência na Gestão do Risco e formação formal que recebeu na área da Gestão de Riscos;
- Cultura de Orientação ao Erro: competência do erro, aprender com os erros, correr o risco de errar, tensão do erro, antecipação do erro, encobrimento dos erros, comunicação do erro e pensar nos erros;
- Cultura da Fiabilidade: resiliência, deferência, preocupação com a falha, relutância em simplificar interpretações e sensibilidade às operações.

Como **variável dependente**, foi identificada a seguinte:

- Delineamento de funções do Gestor do Risco de cuidado de saúde – Enumeração de tarefas: prevenção/redução de perdas, gestão de reclamações, financiamento de riscos, cumprimento da regulamentação/Acreditação, operações e bioética.

4.3.2 - Recolha de dados

Os instrumentos de colheita de dados foram distribuídos no primeiro momento de avaliação no período compreendido entre 12 e 16 de Maio de 2008 e no segundo momento de avaliação no período compreendido entre Março e Agosto de 2008.

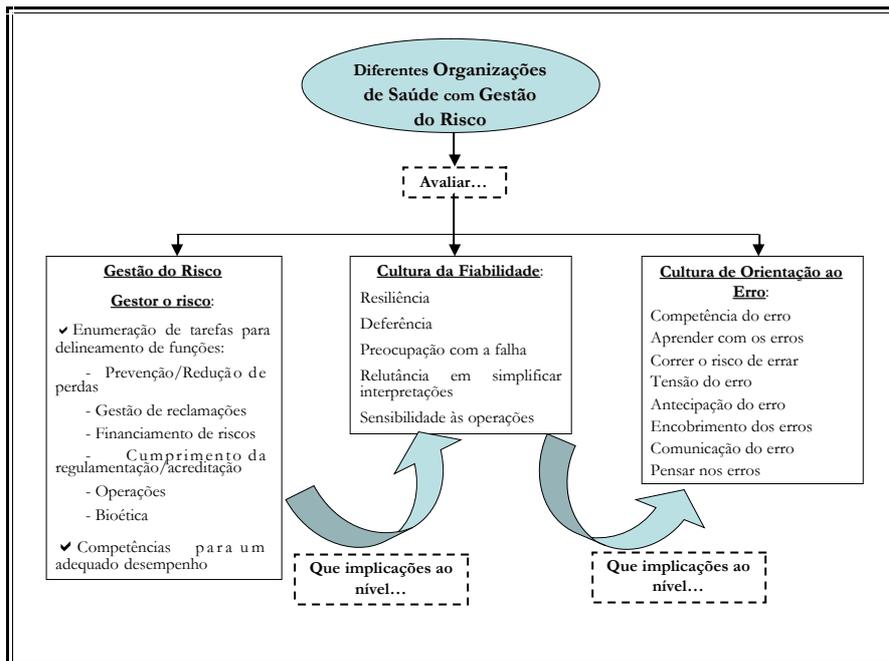
4.3.3 - Processamento e Análise da colheita de dados

Os dados obtidos decorrentes da colheita de dados foram tratados sob forma computadorizada com o apoio do software: processador de texto com o *Microsoft Office XP*, folha de cálculo com o *Microsoft Excel* e folha de estatística com o *SPSS*.

Para o seu tratamento e posterior análise foi utilizada a estatística descritiva e analítica: a primeira, pela distribuição de frequências absolutas, medidas de tendência central (média, moda e mediana) e de dispersão relativa (desvio padrão e coeficiente de variação) com que caracterizámos a amostra; a segunda, uma vez que a escala utilizada é nominal, pelos testes não paramétricos para testar as hipóteses formuladas e conhecer a natureza da distribuição (*Qui-quadrado para várias amostras*), e testes paramétricos para caracterizar o valor de parâmetros populacionais (*Análise de variâncias para uma ou mais dimensões*).

4.4 - Desenho do estudo

De seguida será apresentado um esquema do estudo proposto.



4.5 - Hipóteses em estudo

Para a presente investigação, foram definidas várias hipóteses que procurámos analisar de acordo com os dados recolhidos, sendo elas:

- **Hipótese A:** A cultura de orientação ao erro é mais evidente nos gestores de risco com mais de 5 anos de exercício.
- **Hipótese B:** A cultura da fiabilidade é mais evidente nos gestores de risco com mais de 5 anos de exercício;
- **Hipótese C:** A enumeração de tarefas para delineamento de funções é mais evidente nos gestores de risco com mais de 5 anos de exercício.
- **Hipótese D:** A cultura de orientação ao erro é mais evidente nos profissionais com mais de 20 anos de exercício profissional.
- **Hipótese E:** A cultura da fiabilidade é mais evidente nos profissionais com mais de 20 anos de exercício profissional.
- **Hipótese F:** A enumeração de tarefas para delineamento de funções é mais evidente nos profissionais com mais de 20 anos de exercício profissional.
- **Hipótese G:** A cultura de orientação ao erro não influencia a cultura da fiabilidade.
- **Hipótese H:** A cultura da fiabilidade é independente do tempo de exercício profissional nas organizações de saúde.
- **Hipótese I:** A cultura de orientação ao erro é independente do tempo de exercício profissional nas organizações de saúde.
- **Hipótese J:** A enumeração de tarefas para delineamento de funções é independente do tempo de exercício profissional nas organizações de saúde.
- **Hipótese K:** A enumeração de tarefas para delineamento de funções é independente da cultura da fiabilidade.
- **Hipótese L:** A enumeração de tarefas para delineamento de funções é independente da cultura de orientação ao erro.
- **Hipótese M:** A enumeração de tarefas para delineamento de funções não é influenciada pelas organizações de saúde onde os profissionais trabalham.
- **Hipótese N:** A cultura da fiabilidade não é influenciada pelas organizações de saúde onde os profissionais trabalham.
- **Hipótese O:** A cultura de orientação ao erro não é influenciada pelas organizações de saúde onde os profissionais trabalham.

- **Hipótese P:** A cultura da fiabilidade é influenciada pelo facto de as organizações serem alvo de processo de acreditação.
- **Hipótese Q:** A cultura de orientação ao erro é influenciada pelo facto de as organizações serem alvo de processo de acreditação.
- **Hipótese R:** O número médio de tarefas enumeradas para delineamento de funções pelos gestores de risco e não gestores de risco não tem diferença significativa.
- **Hipótese S:** O resultado das médias das tarefas enumeradas para delineamento de funções é homogéneo em ambos os sexos.
- **Hipótese T:** O resultado das médias das tarefas enumeradas para delineamento de funções é influenciado pela formação formal recebida pelos gestores de risco.

4.6 - Considerações éticas

Quando os alvos da nossa investigação são as pessoas torna-se importante assegurar o respeito e a garantia de que os seus direitos serão salvaguardados – são as considerações éticas de um estudo científico. Segundo FORTIN (1999: 114) a ética consiste na “*ciência da moral e a arte de dirigir a conduta (...) a avaliação crítica e a reconstituição dos conjuntos de preceitos e de leis que regem os julgamentos, as acções e as atitudes no contexto de uma teoria no âmbito da moralidade*”.

É necessário salvaguardar os direitos fundamentais das pessoas, especialmente o:

- Direito à auto-determinação – baseia-se no respeito pelas pessoas, na medida em que qualquer pessoa possui poder de decisão, sendo responsável pelas suas opções;
- Direito à intimidade – cada indivíduo tem o direito de escolher se quer ou não participar e até que ponto quer partilhar os seus dados, as suas experiências;
- Direito ao anonimato e à confidencialidade
- Direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo
- Direito a um tratamento justo e equitativo – no qual o indivíduo tem o direito de ser devidamente informado sobre a investigação em termos dos seus objectivos, duração, metodologia utilizada...

Outro dos princípios-chave neste tipo de investigação é que a participação dos indivíduos seja voluntária, mediante o seu consentimento livre e esclarecido. Por isso, o investigador encontra-se eticamente obrigado a obter o consentimento informado de todos

os futuros participantes, assim como a contribuir com conhecimentos científicos que, em última análise, irão melhorar o seu bem-estar (adaptado de POLIP; HUNGLER, 1985: 27). O que foi cumprido.

Para além de se obter o seu consentimento, tem ainda que se garantir que, da sua participação, não advêm danos de qualquer espécie, pelo que não serão alvo de qualquer tipo de coacção nem serão obrigados a participar, caso recusem, o que remete para o direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo. Consequentemente, a partir do momento em que estamos a recolher informação pessoal, tem que ser assegurado o seu direito à intimidade, anonimato e confidencialidade.

Neste estudo, procurámos assegurar que o desenho do estudo era sólido do ponto de vista ético e moral, encontrando-se para tal implicadas a responsabilidade pessoal e profissional, sendo os direitos humanos protegidos. Para tal, procurámos assegurar aos participantes, que da sua participação, não adviria qualquer tipo de prejuízo, respeitando-se assim o princípio da não maleficência. Consequentemente, garantimos que eram tratados com respeito e dignidade, sendo toda a informação confidencial e anónima, para fins exclusivos da investigação, tendo, por exemplo, toda a entrevista decorrido em ambiente privado. Um outro aspecto a salientar, prende-se com a utilização do gravador, para o qual pedimos a autorização dos participantes para a sua utilização, assegurando a sua desgravação no final do trabalho de forma a manter o anonimato do participante. Quanto aos questionários, foi assegurada a preservação do anonimato assim como a sua posterior destruição após o término do trabalho.

4.7 - Limitações do estudo e Implicações

Durante a realização de qualquer investigação científica, podem surgir limitações, as quais podem não ser ultrapassadas. No caso particular desta investigação, detectámos a existência de várias dificuldades que classificamos como limitações ao estudo, nomeadamente: o facto de ter de analisar várias áreas, dificultou o estudo em maior profundidade; a inexistência de estudos sobre o perfil do gestor do risco em organizações de saúde portuguesas de forma a poder realizar comparações; e a falta de participação por parte da população do estudo aliada à falta de conhecimentos sobre a matéria em questão.

5 - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos para o presente estudo foram conseguidos com a aplicação de dois instrumentos de investigação. Num primeiro momento, realizaram-se entrevistas semi-estruturadas a gestores de risco com o intuito de caracterizar o perfil do gestor do risco, e num segundo momento foram aplicados questionários em várias organizações de saúde do País. A análise tem como suporte um conjunto de indicadores sobre a gestão do risco, a cultura da fiabilidade e a gestão do erro, de forma a caracterizar o fenómeno em estudo: **Gestão do Risco nas Organizações de Saúde: percepção dos profissionais face ao papel do gestor do risco.**

5.1 - 1ª Parte: Entrevistas semi-estruturadas

Numa primeira fase procurou-se avaliar o perfil do gestor do risco realizando entrevistas semi-estruturadas a profissionais da área, com o intuito de obter dados que possibilitassem a produção de um questionário. Para o devido efeito foram entrevistados 5 gestores de risco a exercer funções. Para proceder à análise das entrevistas foi utilizada a análise de conteúdo, a qual consiste num método de descrição objectiva, sistemática e quantitativa de comunicações (adaptado de POLIP; HUNGLER, 1985: 317).

As entrevistas foram codificadas de E1 a E5 (anexo IV), enquanto que as unidades de análise foram codificados de 1 a 264, com o intuito de promover uma maior e melhor compreensão dos mesmos, encontrando-se estes no anexo V. A partir das unidades de análise foram identificadas várias unidades de categorias distribuídas em 14 categorias, de acordo com a esquematização nos quadros n.º 3, 6 e 14.

O quadro n.º 3 agrega as categorias e respectivas unidades de categoria elaboradas após a análise da primeira questão de investigação: “**Como define o papel do gestor do risco?**”. As unidades de categoria identificadas foram englobadas em 2 categorias:

características do gestor do risco e perfil do gestor do risco: actividades desenvolvidas, estando quantificada a sua frequência.

Quadro n.º 3: Agrupamento das categorias de acordo com a Primeira Questão

Categoria	Unidade de Categoria	
	Quant.	
Características do gestor do risco	1 -	Elemento-chave na organização
	1 -	Responsável pelo processo de gestão do risco
	1 -	Elo de interligação, facilitador das relações e dos processos
Perfil do gestor do risco: actividades desenvolvidas	1 -	Avaliação da probabilidade de ocorrência de eventos adversos
	3 -	Definição de critérios e análise de situações de risco real ou potencial para a organização
	2 -	Identificação e gestão de problemas reais e/ou potenciais
	3 -	Identificação, análise e tratamento dos riscos
	1 -	Implementação do processo de gestão do risco
	1 -	Implementação e monitorização de um programa de redução dos riscos para o utente
	2 -	Mobilização e motivação dos colaboradores
	2 -	Prevenção e minimização do impacto negativo do risco
	4 -	Prevenção, análise e melhoria do desempenho organizacional
	1 -	Promoção da correcção de falhas
	1 -	Promoção da qualidade dos cuidados de saúde
	1 -	Promoção da segurança
	1 -	Promoção do reporte do erro, evitando represálias

O quadro n.º 4 reproduz os aspectos que contribuem para caracterizar o gestor do risco, estando presente em 3 unidades de categoria. A primeira unidade de categoria remete para a caracterização do gestor do risco como elemento-chave na organização, sendo também responsável pelo processo de gestão do risco – segunda unidade de categoria. A terceira unidade de categoria remete para o facto de ser considerado elo de interligação, sendo por isso facilitador das relações e dos processos existentes.

Quadro n.º 4: Primeira Questão – Categoria: Características do Gestor do Risco

Unidade de Categoria	Unidade de Análise
Elemento-chave na organização	1 – Elemento-chave na organização
Responsável pelo processo de gestão do risco	3 – Responsável pelo processo de gestão do risco
Elo de interligação, facilitador das relações e dos processos	5 – Gestor do risco = elo de interligação, facilitador das relações/processos

O quadro n.º 5 reproduz os aspectos que contribuem para identificar as actividades do gestor do risco, estando presente em 13 unidades de categoria. São desenvolvidas inúmeras actividades, tendo sido identificadas as seguintes: avaliação da probabilidade de ocorrência de eventos adversos; definição de critérios e análise de situações de risco real ou potencial para a organização; identificação e gestão de problemas reais e/ou potenciais; identificação, análise e tratamento dos riscos; implementação do processo de gestão do risco; implementação e monitorização de um programa de redução dos riscos para o utente

e mobilização e motivação dos colaboradores. Actua ainda ao nível da prevenção e minimização do impacto negativo do risco; prevenção, análise e melhoria do desempenho organizacional; promoção da correcção de falhas, da qualidade dos cuidados de saúde, da segurança e ainda do reporte do erro, evitando represálias. De seguida são expostas as unidades de análise e respectivas frases significativas identificadas, que culminaram na obtenção das categorias referidas.

Quadro n.º 5: Primeira Questão – Categoria: Perfil do Gestor do Risco – Actividades Desenvolvidas

Unidade de Categoria	Unidade de Análise
Avaliação da probabilidade de ocorrência de eventos adversos	129 – Avaliar a probabilidade de ocorrência de eventos adversos
Definição de critérios e análise de situações de risco real ou potencial para a organização	102 – Pessoa que num determinado contexto organizacional define critérios e analisa situações anormais para o desenvolvimento da organização 103 – Define critérios 104 – Analisa situações anormais no desenvolvimento da organização
Identificação e gestão de problemas reais e/ou potenciais	127 – Indivíduo que compreende e gere potenciais problemas resultantes da incerteza dos acontecimentos 128 – Identificar potenciais problemas
Identificação, análise e tratamento dos riscos	2 – Áreas de actuação: Identificação, análise e controlo dos riscos 175 – Análise metódica dos riscos associados a cada actividade 176 – Identificação e tratamentos dos riscos
Implementação do processo de gestão do risco	174 – Implementação da gestão do risco clínico
Implementação e monitorização de um programa de redução dos riscos para o utente	177 – Missão: Assegurar a implementação e monitorização de um programa de redução dos riscos para o utente
Mobilização e motivação dos colaboradores	4 – Gestor do risco tem um papel activo na mobilização e motivação dos colaboradores 178 – Promover uma abordagem positiva, limitando-se o castigos dos erros excepto em casos de negligência
Prevenção e minimização do impacto negativo do risco	130 – Prever os impactos/consequências que advêm da ocorrência dos eventos adversos 189 – Profissional que deve prever e minimizar o eventual impacto resultado dos efeitos, erros e falhas que podem ser evitados ao nível da instituição e dos clientes
Prevenção, análise e melhoria do desempenho organizacional	105 – Analisa situações anormais no desenvolvimento da organização 106 – Promove a melhoria do desenvolvimento da organização 131 – Propor soluções/medidas que impulsionem o sucesso da organização 193 – Incentivar as melhorias que advêm do reporte dos erros tendo em conta a melhoria e correcção de falhas aquando da prestação de cuidados
Promoção da correcção de falhas	194 – Promover a correcção de falhas na prestação de cuidados
Promoção da qualidade dos cuidados de saúde	190 – Promover a qualidade dos cuidados no âmbito da saúde
Promoção da segurança	191 – Promover a segurança dos doentes no âmbito da saúde
Promoção do reporte do erro, evitando represálias	192 – Deve possuir capacidades para proteger os profissionais de represálias por reportarem o erro

O quadro n.º 6 agrega as categorias e respectivas unidades de categoria elaborados após a análise da segunda questão de investigação: “**Quais as suas principais áreas de actuação, e que actividades desenvolve em cada uma delas?**”

- a) **E na área da prevenção/redução de perdas?**
- b) **E na área da gestão das reclamações?**
- c) **E na área do financiamento de riscos?**
- d) **E na área do cumprimento da regulamentação/acreditação?**
- e) **E na área das operações?**
- f) **E na área da bioética?”.**

As unidades de categoria identificadas foram englobadas em 8 categorias: *áreas de actuação do gestor do risco; prevenção/redução de perdas: actividades desenvolvidas; gestão das reclamações: actividades desenvolvidas; financiamento de riscos: actividades desenvolvidas; cumprimento da regulamentação/acreditação: actividades desenvolvidas; operações: actividades desenvolvidas; bioética: actividades desenvolvidas e exemplos de projectos*, estando quantificada a frequência.

Quadro n.º 6: Agrupamento das categorias de acordo com a Segunda Questão

Categoria	Unidade de Categoria	
	Quant.	
Áreas de actuação do gestor do risco	4 –	Prevenção/redução de perdas
	4 –	Gestão das reclamações
	4 –	Financiamento de riscos
	4 –	Cumprimento da regulamentação/acreditação
	4 –	Operações
	4 –	Bioética
	Prevenção/Redução de perdas: Actividades desenvolvidas	1 –	Actualizar a base de dados, realizando relatórios estatísticos e qualitativos sobre gestão de risco
12 –		Assegurar a existência de políticas, procedimentos e mecanismos apropriados para o programa de gestão de risco
1 –		Assegurar a existência de políticas, procedimentos e mecanismos apropriados para a obtenção de um consentimento informado
1 –		Avaliar a eficácia das actividades de gestão de risco, tendo em vista a garantia da qualidade dos cuidados
4 –		Comunicar os resultados das análises relativamente a tendências/riscos e políticas estabelecidas
1 –		Comunicar resultados da análise relativamente a tendências/riscos
5 –		Conceber, implementar e manter programas de formação sobre assuntos relacionados com a gestão de risco
6 –		Conceber, implementar e manter um sistema de recolha de dados sobre riscos potenciais e/ou reais
1 –		Criar uma equipa multidisciplinar
3 –		Definir e implementar um programa de gestão de risco
1 –		Desenvolver actividades de investigação no âmbito da gestão de risco
1 –		Desenvolver e manter comunicações e relações com os departamentos, tornando-os participantes activos
1 –		Desenvolver um plano de acção que promova a diminuição de eventos adversos

	<ul style="list-style-type: none"> 4 – Desenvolver um plano de gestão de risco, definindo políticas e procedimentos, assim como os departamentos responsáveis Elaborar relatórios estatísticos e qualitativos sobre gestão de risco, tendo em conta um sistema de análise e verificação das 1 – tendências dos dados de todas as fontes pertinentes 1 – Fomentar a avaliação da prática 6 – Integrar projectos que visem a melhoria da qualidade dos serviços 1 – prestados 3 – Promover a gestão de recursos humanos 5 – Promover a gestão de serviços Promover a gestão do material 3 – Reportar os resultados das actividades de gestão de risco aos vários departamentos Supervisionar a eficácia e pertinência do programa de gestão de risco
Gestão das reclamações: Actividades desenvolvidas	<ul style="list-style-type: none"> 2 – Assegurar que a Administração é mantida informada sobre as áreas de alto risco e reclamações associadas 1 – Calcular reservas de despesas e de indemnizações 5 – Desenvolver normas e procedimentos para a gestão e resolução de reclamações 1 – Identificar as causas das reclamações 3 – Implementar estratégias e actividades de gestão específicas para reclamações 3 – 2 – Integrar no processo de resolução das reclamações todos os intervenientes 1 – 2 – Notificar de reclamações potenciais e/ou reais Preparar um arquivo de reclamações Proceder à análise das reclamações existentes, criando um arquivo de reclamações
Financiamento de riscos: Actividades desenvolvidas	<ul style="list-style-type: none"> 1 – Avaliar companhias/mercados alternativos e escolher a melhor opção para a organização 4 – Avaliar opções de financiamento de riscos para a organização 2 – Colaborar no levantamento das necessidades de financiamento e cobertura de riscos para a organização 1 – Definir e supervisionar o programa de financiamento 2 – Desenvolver estratégias completas de financiamento de riscos, para fazer face às áreas de exposição da organização 1 – Participar/colaborar no processo de financiamento de riscos 1 – Realizar um programa de monitorização e avaliação de financiamento de riscos
Cumprimento da regulamentação/acreditação: Actividades desenvolvidas	<ul style="list-style-type: none"> 1 – Colaborar com a implementação do processo de acreditação 1 – Colaborar no desenvolvimento do plano de cumprimento de regulamentos da organização 1 – Impulsionar para a mudança através da formação de todos os colaboradores segundo os princípios regulamentadores 1 – Formar o pessoal da organização em questões regulamentares relacionadas com a gestão de risco 1 – Incentivar o cumprimento dos requisitos pré-definidos pelo sistema de acreditação vigente 1 – Promover o cumprimento da confidencialidade dos dados 1 – Promover o cumprimento da legislação 1 – Reportar à Administração os resultados das actividades de gestão assim como as políticas e procedimentos definidos 1 – Reportar os resultados das actividades de gestão de risco assim como as políticas e procedimentos definidos a todos os departamentos
Operações: Actividades desenvolvidas	<ul style="list-style-type: none"> 1 – Avaliar a eficácia das actividades de gestão de risco 1 – Avaliar as necessidades de formação para redireccionar a 2 – formação facultada 1 – Coordenar/administrar equipas de gestão de risco

	<ul style="list-style-type: none"> 1 – Desempenhar tarefas de gestão/administração 1 – Desenvolver objectivos para o departamento de gestão de risco 3 – Desenvolver relatórios de gestão de risco da organização 4 – Desenvolver um plano de gestão de risco Desenvolver/manter políticas e procedimentos aplicados aos departamentos e modificá-los, se necessário 4 – Envolver a equipa multidisciplinar no programa de gestão de risco 1 – Facultar formação aos profissionais sobre gestão de risco Facultar informações sobre as políticas, procedimentos e actividades a desenvolver para dar resposta ao programa de gestão de risco 2 – Preparar orçamentos do departamento de gestão de risco 9 – Servir de elo de ligação entre todos os departamentos envolvidos na gestão do risco Supervisionar a equipa de gestão de risco e o trabalho por si desenvolvido
Bioética: Actividades desenvolvidas	<ul style="list-style-type: none"> 1 – Coordenar/facultar orientação para o comité de bioética 1 – Disponibilizar consultadoria de gestão para dilemas éticos específicos 1 – Divulgar boas práticas Facultar formação aos profissionais, utentes, familiares, entre outros, sobre os direitos dos utentes 3 – Preparar e divulgar normas e estudos impulsionadores de boas práticas 2 – Rever políticas, procedimentos e práticas da organização, tendo em conta a sua conformidade com os princípios éticos e regulamentos aplicáveis Supervisionar o cumprimento dos dilemas éticos
Exemplos de projectos	<ul style="list-style-type: none"> 1 – Protocolo universal para prevenir a cirurgia do local errado, o procedimento cirúrgico errado e o doente errado 1 – Identificação dos doentes 1 – Lavagem das mãos 1 – Notificação de incidentes e efeitos adversos 1 – Melhorar a segurança do doente

Esta questão foi analisada com base nas actividades descritas pela *American Society for Healthcare Risk Management* (ASHRM) assim como o instrumento de colheita por ele criado para identificar as principais actividades de um gestor do risco. Foram por isso identificadas e agregadas na categoria áreas de actuação do gestor do risco as 6 áreas identificadas pela ASHRM, ou seja, a prevenção/redução de perdas, gestão das reclamações, financiamento de riscos, cumprimento da regulamentação/acreditação, operações e bioéticas, como se identifica no quadro n.º 7. De seguida serão expostas as unidades de análise e respectivas frases significativas identificadas durante o processo de análise das entrevistas, que culminaram na obtenção das categorias expostas.

Quadro n.º 7: Segunda Questão – Categoria: Áreas de actuação do Gestor do Risco

Unidade de Categoria	Unidade de Análise
Prevenção/redução de perdas	<ul style="list-style-type: none"> 6 – Área de actuação = Prevenção de ocorrência de eventos adversos 7 – Área de actuação = Gestão das consequências após a ocorrência de eventos adversos 107 – Área de actuação: Prevenção/Redução das perdas 200 – Área de actuação: Prevenção/redução das perdas

Gestão das reclamações	24 – Área de actuação = Gestão das reclamações 111 – Área de actuação = Gestão das reclamações 149 – Área de actuação = Gestão das reclamações 210 – Área de actuação = Gestão das reclamações
Financiamento de riscos	39 – Área de actuação = Financiamento de riscos 114 – Área de actuação = Financiamento de riscos 152 – Área de actuação = Financiamento de riscos 217 – Área de actuação = Financiamento de riscos
Cumprimento da regulamentação/acreditação	34 – Área de actuação = Cumprimento da regulamentação/acreditação 117 – Área de actuação = Cumprimento da regulamentação/acreditação 155 – Área de actuação = Cumprimento da regulamentação/acreditação 222 – Área de actuação = Cumprimento da regulamentação/acreditação
Operações	45 – Área de actuação = Operações 120 – Área de actuação = Operações 132 – Área de actuação = Operações 227 – Área de actuação = Operações
Bioética	52 – Área de actuação = Bioética 122 – Área de actuação = Bioética 159 – Área de actuação = Bioética 232 – Área de actuação = Bioética

Dando seguimento à análise realizada anteriormente, procurou-se identificar as principais actividades desempenhadas no âmbito da categoria prevenção/redução de perdas, segundo os gestores de risco entrevistados. Foram identificadas várias unidades de categoria (ver quadro n.º 8), das quais se destacaram actividades como: assegurar a existência de políticas, procedimentos e mecanismos apropriados para o programa de gestão de risco; conceber, implementar e manter programas de formação sobre assuntos relacionados com a gestão de risco; promover a gestão de recursos humanos; conceber, implementar e manter um sistema de recolha de dados sobre riscos potenciais e/ou reais; reportar os resultados das actividades de gestão de risco aos vários departamentos; e elaborar relatórios estatísticos e qualitativos sobre gestão de risco, tendo em conta um sistema de análise e verificação das tendências dos dados de todas as fontes pertinentes. De seguida serão expostas as unidades de análise e respectivas frases significativas identificadas durante o processo de análise das entrevistas, que culminaram na obtenção das categorias já expostas.

Quadro n.º 8: Segunda Questão – Categoria: Prevenção/Redução de Perdas – Actividades desenvolvidas

Unidade de Categoria	Unidade de Análise
Assegurar a existência de políticas, procedimentos e mecanismos apropriados para o programa de gestão de risco	11 – Actividade: Definir um plano de acção, descrevendo todas as acções previstas 16 – Actividade: Criar metodologias de intervenção para cada evento adverso detectado 64 – Actividade: Implementar as metodologias de análise dos riscos 88 – Actividade: Avaliar as políticas e procedimentos, de acordo com as normas legais, identificar os desvios e definir medidas preventivas e correctivas 133 – São desenvolvidas actividades ao nível da gestão do pessoal, gestão do material, avaliação da prática e integração em projectos que aumentem a qualidade dos serviços prestados pela organização 146 – Actividade: Promover procedimentos que aumentem a qualidade 147 – Actividade: Promover procedimentos que promovam bons níveis de

	<p>qualidade</p> <p>148 – Actividade: Promover programas que contribuam para o sucesso da organização</p> <p>154 – Actividade: Promover actividades cujo objectivo máximo seja o maior benefício para a organização</p> <p>156 – Actividade: Elaborar normas e procedimentos que sejam o mais pormenorizadas e detalhadas possível</p> <p>157 – Actividade: Promover a standardização da prática</p> <p>158 – Actividade: Em qualquer projecto e/ou actividade ter como máxima a garantia da qualidade do produto final</p>
<p>Conceber, implementar e manter um sistema de recolha de dados sobre riscos potenciais e/ou reais</p>	<p>9 – Actividade: Realizar prévio levantamento dos riscos potenciais/reais</p> <p>59 – Actividade: Desenvolver o sistema de recolha de dados referente à gestão de risco</p> <p>63 – Actividade: Investigar a ocorrência de eventos atempadamente</p> <p>68 – Actividade: Identificar e avaliar potenciais riscos</p> <p>69 – Actividade: Identificar as áreas de maior risco e que necessitam de uma intervenção prioritária</p> <p>201 – Área de intervenção: Concepção, implementação e manutenção de um sistema de recolha de dados de gestão de riscos</p>
<p>Promover a gestão de recursos humanos</p>	<p>134 – São desenvolvidas actividades na área da gestão do pessoal</p> <p>138 – Actividade: Distribuir os profissionais de acordo com as actividades e as necessidades do serviço</p> <p>139 – Actividade: Elaborar horários</p> <p>140 – Actividade: Identificar, avaliar e resolver conflitos</p> <p>195 – Área de intervenção: Gerir recursos humanos</p> <p>197 – Actividade: Planeamento e organização dos recursos humanos</p>
<p>Conceber, implementar e manter programas de formação sobre assuntos relacionados com a gestão de risco</p>	<p>15 – Actividade: Promover núcleo de formação para todos os colaboradores e interessados</p> <p>20 – Actividade: Promover aprendizagem colectiva através da análise dos eventos adversos e dos riscos</p> <p>145 – Actividade: Promover a ocorrência de encontros de reflexão com os seus colaboradores com o intuito de aumentar a produtividade e manter bons níveis de qualidade</p> <p>208 – Área de intervenção: Manutenção de programas de formação</p> <p>209 – Actividade: Programação de acções de formação para os agentes de linha</p>
<p>Reportar os resultados das actividades de gestão de risco aos vários departamentos</p>	<p>14 – Actividade: Informar todos os colaboradores do trabalho desenvolvido</p> <p>18 – Actividade: Informar os colaboradores dos resultados obtidos após a análise dos eventos, solicitando o seu feedback</p> <p>21 – Actividade: Informar os colaboradores dos resultados obtidos, sem apontar erros, através de um programa de comunicação interna eficaz</p> <p>23 – Actividade: Informar a administração do trabalho desenvolvido, desde a ocorrência do evento até aos procedimentos desenvolvidos</p> <p>62 – Actividade: Reportar a ocorrência de eventos aos organismos competentes</p>
<p>Comunicar os resultados das análises relativamente a tendências/riscos e políticas estabelecidas</p>	<p>13 – Actividade: Criar um programa de comunicação interna para informar do trabalho desenvolvido e alertar para os riscos existentes e procedimentos estabelecidos</p> <p>70 – Actividade: Informar a administração dos potenciais riscos a que a organização está exposta, as áreas preventivas e correctivas</p> <p>74 – Actividade: Definir os meios de comunicação para dar o feedback aos colaboradores e serviços envolvidos na ocorrência do evento adverso</p> <p>76 – Actividade: Comunicar a ocorrência de eventos a doentes e familiares</p>
<p>Elaborar relatórios estatísticos e qualitativos sobre gestão de risco, tendo em conta um sistema de análise e verificação das tendências dos dados de todas as fontes pertinentes</p>	<p>22 – Actividade: Efectuar um correcto tratamento dos eventos, através de uma análise estatística do mesmo, frequência, áreas mais afectadas, entre outros aspectos</p> <p>61 – Actividade: Tratar estatisticamente os dados e reportá-los às entidades devidas</p> <p>150 – Actividade: Elaborar inquéritos e promover a sua análise para posterior apresentação e discussão dos resultados</p> <p>202 – Actividade: Produção de relatórios de incidentes por escrito</p>
<p>Definir e implementar um programa de gestão de risco</p>	<p>8 – Actividade: Definição e implementação de um programa de gestão de risco</p> <p>108 – Criar programas de melhoria do desempenho</p> <p>110 – Evitar ou minimizar as perdas</p>
<p>Promover a gestão do material</p>	<p>135 – São desenvolvidas actividades na área da gestão do material</p> <p>142 – Actividade: Gerir o tipo e a quantidade de material necessário, promovendo uma correcta gestão de stocks</p>

	143 – Actividade: Avaliar os vários materiais e equipamentos disponíveis segundo vários critérios, tendo em vista uma maior adequação e uma maior eficácia
Supervisionar a eficácia e pertinência do programa de gestão de risco	12 – Actividade: Supervisionar directamente a viabilidade do plano de acção definido 58 – Actividade: Avaliar o desenvolvimento do programa, identificar desvios e definir medidas preventivas e correctivas 219 – Actividade: Monitorização e análise dos processos que asseguram a globalidade na qualidade dos cuidados
Actualizar a base de dados, realizando relatórios estatísticos e qualitativos sobre gestão de risco	60 – Actividade: Actualizar a base de dados
Assegurar a existência de políticas, procedimentos e mecanismos apropriados para a obtenção de um consentimento informado	206 – Área de intervenção: Assegurar a existência das políticas, procedimentos e mecanismos apropriados para a obtenção de um consentimento informado
Avaliar a eficácia das actividades de gestão de risco, tendo em vista a garantia da qualidade dos cuidados	218 – Área de intervenção: Garantir a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos utentes
Comunicar resultados da análise relativamente a tendências/riscos	144 – Actividade: Observar e avaliar a actuação dos profissionais aquando do seu desempenho profissional para detectar situações de risco que possam influenciar os resultados da produção
Criar uma equipa multidisciplinar	10 – Actividade: Criar uma equipa multidisciplinar para o projecto de Gestão de risco
Desenvolver actividades de investigação no âmbito da gestão de risco	205 – Actividade: Actividade = Investigação
Desenvolver e manter comunicações e relações com os departamentos, tornando-os participantes activos	19 – Actividade: Colaborar activamente com os seus colaboradores envolvendo-os directamente no processo
Desenvolver um plano de acção que promova a diminuição de eventos adversos	17 – Actividade: Criar um plano de acção a fim de minimizar a ocorrência de eventos adversos
Desenvolver um plano de gestão de risco, definindo políticas e procedimentos, assim como os departamentos responsáveis	66 – Actividade: Definir um plano de acção, através da identificação as acções de melhoria, da sua calendarização e dos responsáveis por cada uma das acções.
Fomentar a avaliação da prática	136 – São desenvolvidas actividades ao nível da avaliação da prática
Integrar projectos que visem a melhoria da qualidade dos serviços prestados	137 – Actividade: Integrar projectos que visem a melhoria da qualidade dos serviços prestados
Promover a gestão de serviços	198 – Área de intervenção: gerir serviços

Outras das categorias avaliadas foi a gestão das reclamações, na qual se procurou igualmente identificar as principais actividades desempenhadas, segundo os gestores de risco entrevistados. Foram identificadas várias unidades de categoria (ver quadro n.º 9), das quais se destacaram actividades como: desenvolver normas e procedimentos para a gestão e resolução de reclamações; e integrar no processo de resolução de reclamações todos os intervenientes. De seguida serão expostas as unidades de análise e respectivas frases significativas identificadas durante o processo de análise das entrevistas, que culminaram na obtenção das categorias já expostas.

Quadro n.º 9: Segunda Questão – Categoria: Gestão das Reclamações – Actividades desenvolvidas

Unidade de Categoria	Unidade de Análise
-----------------------------	---------------------------

Desenvolver normas e procedimentos para a gestão e resolução de reclamações	26 – Actividade: Tratar de todas as reclamações que se referem à gestão de risco ou então promover a sua supervisão aquando do seu tratamento 27 – Actividade: Coordenar a análise e respectivo tratamento das análises referentes à gestão de risco 29 – Actividade: Intervir directamente no processo de análise das reclamações 30 – Actividade: Definir acções de melhoria e os intervenientes na mesma para a resolução das reclamações identificadas 109 – Analisar as reclamações e promover a sua redução para evitar minimizar perdas 213 – Actividade: Definição dos prazos de resposta
Integrar no processo de resolução das reclamações todos os intervenientes	28 – Actividade: Informar os intervenientes e escutá-los, integrando-os no processo de resolução das reclamações 32 – Actividade: Envolver os queixosos, informando-os das medidas correctivas adaptadas para a resolução da reclamação 112 – Responder aos visados aquando da análise das reclamações
Assegurar que a administração é mantida informada sobre as áreas de alto risco e reclamações associadas	33 – Actividade: Informar a Administração das áreas com maior número de reclamações e dos casos mais relevantes 77 – Actividade: Comunicar a ocorrência de eventos à administração
Notificar de reclamações potenciais e/ou reais	44 – Actividade: Perante a ocorrência de um evento estabelecer o contacto com a seguradora e com o serviço jurídico 216 – Actividade: Elaboração de relatórios
Proceder à análise das reclamações existentes, criando um arquivo de reclamações	25 – Actividade: Fazer uma análise de todas as reclamações existentes 203 – Actividade: Recolha e registo de reclamações de clientes
Implementar estratégias e actividades de gestão específicas para reclamações	31 – Actividade: Definir actividades a implementar para diminuir o número de reclamações 113 – Actividade: Criar meios de diminuir ou evitar o surgimento de novas reclamações 211 – Área de intervenção: Identificação, tratamento e análise das reclamações
Calcular reservas de despesas e de indemnizações	215 – Actividade: Definição de acções correctivas
Identificar as causas das reclamações	214 – Actividade: Identificação das causas das reclamações
Preparar um arquivo de reclamações	212 – Actividade: Tipificação das reclamações mais comuns

O financiamento de risco representa uma das categorias apresentadas por ASHRAM, pelo que foi nosso intuito proceder à identificação das principais actividades desempenhadas, segundo os gestores de risco entrevistados, repetindo o procedimento já anteriormente referido. Foram identificadas várias unidades de categoria (ver quadro n.º 10), das quais se destacaram actividades como: avaliar opções de financiamento de riscos para a organização; colaborar no levantamento das necessidades de financiamento e cobertura de riscos para a organização; e desenvolver estratégias completas de financiamento de riscos, para fazer face às áreas de exposição da organização. De seguida serão expostas as unidades de análise e respectivas frases significativas identificadas durante o processo de análise das entrevistas, que culminaram na obtenção das categorias já expostas.

Quadro n.º 10: Segunda Questão – Categoria: Financiamento de Riscos – Actividades desenvolvidas

Unidade de Categoria	Unidade de Análise
Avaliar opções de financiamento de riscos para a organização	42 – Actividade: Identificar as alternativas de financiamento que melhor se adaptam à realidade da organização, definindo pormenorizadamente todos os critérios 84 – Actividade: Avaliar as opções de financiamento e definir alterações sempre que

	considere necessário 85 – Actividade: Avaliar os produtos de financiamento existentes no mercado e definir os que melhor se adequam à organização 153 – Actividade: Promover a discussão das várias alternativas de financiamento com os colaboradores face ao possível benefício para a organização
Colaborar no levantamento das necessidades de financiamento e cobertura de riscos para a organização	40 – Actividade: Definir as necessidades de financiamento da organização com base na avaliação do risco efectuado e nos dados estatísticos 115 – Identificar verbas para promover a melhoria dos equipamentos
Desenvolver estratégias completas de financiamento de riscos, para fazer face às áreas de exposição da organização	220 – Actividade: Definição de acções de marketing 221 – Actividade: Identificação das questões ambientais, ocupacionais e operacionais promotoras da qualidade de cuidados de saúde
Avaliar companhias/mercados alternativos e escolher a melhor opção para a organização	41 – Actividade: Efectuar uma análise detalhada de todas as hipóteses de financiamento
Definir e supervisionar o programa de financiamento	83 – Actividade: Definir o programa de financiamento do risco e avaliar o seu desenvolvimento, definindo medidas preventivas e correctivas
Participar/colaborar no processo de financiamento de riscos	86 – Actividade: Colaborar com os diversos interlocutores no processo de financiamento
Realizar um programa de monitorização e avaliação de financiamento de riscos	43 – Actividade: Acompanhar o programa de financiamento do risco vigente, avaliando-o e implementando as alterações necessárias

Outras das categorias avaliadas foi o cumprimento da regulamentação/acreditação, na qual se procurou igualmente identificar as principais actividades desempenhadas, segundo os gestores de risco entrevistados. Foram identificadas várias unidades de categoria (ver quadro n.º 11), todas elas com o mesmo grau de importância. De seguida serão expostas as unidades de análise e respectivas frases significativas identificadas durante o processo de análise das entrevistas, que culminaram na obtenção das categorias já expostas.

Quadro n.º 11: Segunda Questão – Categoria: Cumprimento da Regulamentação/Acreditação – Actividades desenvolvidas

Unidade de Categoria	Unidade de Análise
Colaborar no desenvolvimento do plano de cumprimento de regulamentos da organização	225 – Actividade: Preparação de protocolos de actuação
Colaborar com a implementação do processo de acreditação	36 – Actividade: Acompanhar e supervisionar todo o processo de acreditação, tendo em atenção a área da segurança
Impulsionar para a mudança através da formação de todos os colaboradores segundo os princípios regulamentadores	38 – Actividade: Impulsionar para a mudança todos os colaboradores
Formar o pessoal da organização em questões regulamentares relacionadas com a gestão de risco	224 – Actividade: Divulgação de informação sobre procedimentos normalizados
Incentivar o cumprimento dos requisitos pré-definidos pelo sistema de acreditação vigente	87 – Actividade: Promover a conformidade das políticas e procedimentos com as normas e requisitos da acreditação
Promover o cumprimento da confidencialidade dos dados	75 – Actividade: Definir medidas que garantam a confidencialidade dos dados
Promover o cumprimento da legislação	226 – Actividade: Promoção e acompanhamento do cumprimento da legislação
Reportar à Administração os resultados das	35 – Actividade: Informar o organismo regulamentador dos eventos

actividades de gestão assim como as políticas e procedimentos definidos	adversos ocorridos e actividades desenvolvidas para promover a sua melhoria
Reportar os resultados das actividades de gestão de risco assim como as políticas e procedimentos definidos a todos os departamentos	37 – Actividade: Colaborar na divulgação das melhorias e actividades associadas a todos os colaboradores

Dando continuidade à análise já desenvolvida, continuámos a avaliar cada uma das categorias identificadas. No âmbito da categoria das operações, foi nosso objectivo identificar as principais actividades desempenhadas. Foram identificadas várias unidades de categoria (ver quadro n.º 12), das quais se destacaram actividades como: supervisionar a equipa de gestão de risco e o trabalho por si desenvolvido; desenvolver/manter políticas e procedimentos aplicados aos departamentos e modificá-los, se necessário; facultar formação aos profissionais sobre gestão de risco; e desenvolver um plano de gestão de risco. De seguida serão expostas as unidades de análise e respectivas frases significativas identificadas durante o processo de análise das entrevistas, que culminaram na obtenção das categorias já expostas.

Quadro n.º 12: Segunda Questão – Categoria: Operações – Actividades desenvolvidas

Unidade de Categoria	Unidade de Análise
Supervisionar a equipa de gestão de risco e o trabalho por si desenvolvido	48 – Actividade: Acompanhar o trabalho desenvolvido e avaliá-lo 50 – Actividade: Coordenar as actividades do departamento e avaliar a sua eficácia 82 – Actividade: Coordenar o trabalho dos colaboradores afectos à sua área de responsabilidade 118 – Incentivar o correcto desempenho das funções de todos os seus colaboradores face aos padrões e normas definidos previamente 196 – Actividade: Coordenação de equipas 199 – Actividade: Monitorização e acompanhamento da execução das actividades prestadas 204 – Actividade: Monitorização de conflitos 207 – Actividade: Monitorização do desempenho 228 – Área de intervenção: Assegurar o desempenho
Desenvolver/manter políticas e procedimentos aplicados aos departamentos e modificá-los, se necessário	67 – Actividade: Avaliar o desenvolvimento das acções de melhoria, identificar os desvios e definir acções preventivas e correctivas 71 – Actividade: Analisar e avaliar as políticas e procedimentos dos diversos serviços e definir medidas preventivas e correctivas 121 – Sistematizar procedimentos 230 – Actividade: Desenvolvimento de políticas e procedimentos instituídos
Facultar formação aos profissionais sobre gestão de risco	65 – Actividade: Formar os colaboradores quanto à implementação das mesmas 78 – Actividade: Definir acções de formação na área da gestão de risco, tendo em linha de conta os diversos destinatários 116 – Promover a formação e actualização de saberes dos seus colaboradores 223 – Área de intervenção: Divulgação de normas e de legislação oficial
Desenvolver um plano de gestão de risco	49 – Actividade: Definir medidas que diminuam os desvios identificados no desenvolvimento do trabalho estipulado 57 – Actividade: Desenvolver um programa de gestão de risco adequado à organização em causa 81 – Actividade: Definir os objectivos do serviço de gestão de risco, identificar desvios e definir medidas preventivas e correctivas
Coordenar/administrar equipas de gestão de risco	46 – Actividade: Criar uma equipa de trabalho e promover a sua coordenação 80 – Actividade: Coordenar as actividades do serviço de gestão de risco
Servir de elo de ligação entre todos os departamentos envolvidos na gestão do risco	72 – Actividade: Estabelecer um programa de comunicação interna, de acordo com os diversos destinatários, a mensagem, os canais de comunicação e os recursos disponíveis na organização 141 – Actividade: Promover a articulação entre os vários grupos profissionais e

	níveis hierárquicos
Avaliar a eficácia das actividades de gestão de risco	51 – Actividade: Avaliar a eficácia do trabalho desenvolvido
Avaliar as necessidades de formação para redireccionar a formação facultada	79 – Actividade: Avaliar a eficácia das acções de formação e definir melhorias
Desempenhar tarefas de gestão/administração	229 – Actividade: Realização de tarefas de gestão
Desenvolver objectivos para o departamento de gestão de risco	47 – Actividade: Definir objectivos do departamento de gestão de risco
Desenvolver relatórios de gestão de risco da organização	73 – Actividade: Avaliar as acções de comunicação, a eficácia das mesmas e definir acções futuras
Envolver a equipa multidisciplinar no programa de gestão de risco	151 – Actividade: Implementar actividades pró-activas junto de toda a equipa
Facultar informações sobre as políticas, procedimentos e actividades a desenvolver para dar resposta ao programa de gestão de risco	119 – Sistematizar o desempenho de funções e de sistemas
Preparar orçamentos do departamento de gestão de risco	231 – Actividade: Preparação de orçamentos

A última das categorias analisada foi a categoria da bioética, na qual se procurou perceber quais as principais actividades desenvolvidas nesta área. Foram identificadas várias unidades de categoria (ver quadro n.º 13), das quais se destacaram actividades como: rever políticas, procedimentos e práticas da organização, tendo em conta a sua conformidade com os princípios éticos e regulamentos aplicáveis; e supervisionar o cumprimento dos dilemas éticos. De seguida serão expostas as unidades de análise e respectivas frases significativas identificadas durante o processo de análise das entrevistas, que culminaram na obtenção das categorias já expostas.

Quadro n.º 13: Segunda Questão – Categoria: Bioética – Actividades desenvolvidas

Unidade de Categoria	Unidade de Análise
Rever políticas, procedimentos e práticas da organização, tendo em conta a sua conformidade com os princípios éticos e regulamentos aplicáveis	56 – Actividade: Participar na revisão das políticas e procedimentos vigentes relacionados com os princípios éticos, os direitos humanos e do doente 90 – Actividade: Avaliar as políticas e procedimentos, de acordo com os direitos humanos e do doente, identificar os desvios e definir medidas preventivas e correctivas 123 – Salvar todas as questões éticas aquando do desempenho organizacional para que a organização não seja beneficiada em detrimento de terceiros
Supervisionar o cumprimento dos dilemas éticos	55 – Actividade: Verificar se os princípios fundamentais da bioética são respeitados 89 – Actividade: Promover a conformidade das políticas e procedimentos com os direitos humanos e do doente
Coordenar/facultar orientação para o comité de bioética	53 – Actividade: Colaborar com o comité de bioética na resolução dos casos identificados
Disponibilizar consultadoria de gestão para dilemas éticos específicos	160 – Actividade: Promover espaços de reflexão para debater assuntos de cariz ético tendo em vista a sua compreensão pelos profissionais envolvidos
Divulgar boas práticas	233 – Área de intervenção: Divulgação de boas práticas
Facultar formação aos profissionais, utentes, familiares, entre outros, sobre	54 – Actividade: Promover a formação de todos os intervenientes face aos direitos do doente

os direitos dos utentes	
Preparar e divulgar normas e estudos impulsionadores de boas práticas	234 – Actividade: Preparação e publicitação de normas e estudos enquadradores das boas práticas

No decorrer das entrevistas, ainda no âmbito da identificação das principais actividades desenvolvidas pelos gestores de risco, foi ainda possível obter informações sobre projectos existentes no âmbito da gestão do risco. São exemplo, os seguintes projectos apresentados: p protocolo universal para prevenir a cirurgia do local errado, o procedimento cirúrgico errado e o doente errado; identificação dos doentes; lavagem das mãos; notificação de incidentes e efeitos adversos; e melhorar a segurança do doente.

Por último, apresentamos a análise da terceira questão, na qual se agregam as categorias e respectivas unidades de categorias elaboradas após a sua análise: “**Que competências considera fundamentais para o exercício da função de gestor do risco?**”. As unidades de categoria identificadas (quadro n.º 14) foram englobadas em 4 categorias: *formação*; *competências*; *habilidades pessoais* e *habilidades profissionais*, estando quantificada a sua frequência.

Quadro n.º 14: Agrupamento das categorias de acordo com a Terceira Questão

Categoria	Unidade de Categoria	
	Quant.	
Formação	2 –	Licenciatura / Mestrado
	3 –	Formação na área da Gestão do Risco
	3 –	Experiência profissional
Competências	1 –	Competências de concepção, gestão e avaliação de projectos
	1 –	Competências instrumentais
	1 –	Competências interpessoais
	1 –	Competências sistemáticas
	1 –	Competências de eficácia e controlo
	1 –	Competências financeiras
	1 –	Competências ao nível da medida de desempenho
	1 –	Competências ao nível da informação e tecnologia da informação
Habilidades pessoais	2 –	Liderança
	1 –	Disponibilidade
	2 –	Perseverança
	1 –	Determinação
	2 –	Destreza
	4 –	Estratégia
	2 –	Imparcialidade
	2 –	Sentido crítico e autocrítico, de forma construtiva e adequada
	1 –	Capacidade de análise
	1 –	Organização
	1 –	Persuasão
	1 –	Sistematização
	1 –	Rigor
	1 –	Relacionamento interpessoal
	1 –	Ponderação
	2 –	Comunicação eficaz

	<ul style="list-style-type: none"> 1 – Flexibilidade 1 – Autoridade delegada 1 – Gestão do tempo 1 – Planeamento da carreira
Habilidades profissionais	<ul style="list-style-type: none"> 1 – Compreensão dos conceitos fundamentais na área de projecto 1 – Capacidade de organização e planificação de projectos 1 – Capacidade de análise e síntese 1 – Trabalhar em grupo de forma integrada 1 – Relacionamento interpessoal cordial 1 – Princípios éticos mantidos 1 – Adequação dos conhecimentos 1 – Concepção e gestão de projectos 1 – Mobilização e articulação de saberes interdisciplinares 1 – Produção de novas ideias 1 – Avaliação e desenvolvimento de habilidades para a tomada de decisão 1 – Maximização do desempenho organizacional, das políticas e dos recursos 1 – Gestão estratégica e tomada de decisão financeira 1 – Avaliação e desenvolvimento organizacional 1 – Avaliação de necessidades de informação 1 – Desenvolvimento e utilização de tecnologias da informação <p>Habilidades profissionais/pessoais</p>

Quando questionados sobre quais as competências fundamentais para o exercício da função de gestor de risco, decorrente da análise efectuada às entrevistas, emerge a necessidade de existir formação, a qual deverá ser constantemente actualizada, seja através da frequência de cursos, seminários, entre outros, ou mesmo decorrente dos processos de aprendizagem existentes na licenciatura ou em mestrados, por exemplo. Outro elemento considerado fulcral prende-se com a experiência profissional dos indivíduos que exercem estas funções, na medida em que requer alguma sensibilidade para as questões do risco e para a compreensão da dinâmica inerente às organizações de saúde.

Foram ainda enumeradas várias categorias de competências, nomeadamente: de concepção, gestão, e avaliação de projectos; instrumentais; interpessoais; sistemáticas; de eficácia e de controlo; financeiras; a o nível da medida de desempenho; e a o nível da informação e tecnologia da informação.

Segundo TETT ET AL (2000: 219), existem competências com diferentes significados segundo os indivíduos e as organizações, podendo esta envolver na sua concepção várias outras competências, o que realça o facto de a gestão de competências não é exacta, podendo originar várias interpretações. Tomemos o exemplo da liderança, a qual poderá significar motivação, direcção e *team building*, entre outras possibilidades. O mesmo se passa com as competências referidas, englobadas na categoria habilidades pessoais, para as quais foram referidas competências como: liderança, disponibilidade, perseverança, determinação, destreza, estratégia, imparcialidade, sentido crítico e autocrítico, capacidade

de análise, organização, persuasão, sistematização, rigor, relacionamento interpessoal, ponderação, comunicação eficaz, flexibilidade, autoridade delegada, gestão do tempo e planeamento da carreira.

Tentando realizar a concordância entre as competências referidas e as utilizadas pela Taxinomia de Gestão de Competências adoptada, elaborada por TETT ET AL (2000), deparamos com a dificuldade de fazer coincidi-las. Por exemplo, a competência autoridade delegada poderá estar implícita nas competências direcção, coordenação e tomada de decisão, o mesmo se passando igualmente com a competência planeamento da carreira, a qual poderá traduzir desenvolvimento pessoal e enriquecimento profissional. Foi por isso considerado incorrecto fazer esta conversão, por correremos o risco de limitar a interpretação.

Em termos da categoria habilidades profissionais, várias foram as unidades de categorias identificadas, como é possível constatar no quadro n.º 14, realçando-se o facto de a ênfase se centrar quer ao nível da gestão e operacionalização do programa de gestão de risco, quer ao nível da capacidade de relacionamento com os vários elos do mesmo, embora com menor ênfase. São focados aspectos relacionados com a compreensão do projecto/programa, ao nível dos objectivos, conceitos e organização dos mesmos, assim como com a aplicação e rentabilização desses conhecimentos, de forma a promover a sua adequação e articulação tendo em vista o desenvolvimento organizacional. Aspectos relacionados com a manutenção dos princípios éticos e com as necessidades de formação, não só em termos da adequação dos conhecimentos, como também da rentabilização das tecnologias da informação não foram esquecidos. As questões relacionadas com a mobilização de saberes, aperfeiçoamento e desenvolvimento pessoal não foram esquecidas, uma vez que estamos num processo de aprendizagem contínua, da qual todos poderão tirar proveitos.

A metodologia adoptada apresenta 2 momentos de análise, sendo o segundo, referente à análise dos questionários, apresentada de seguida.

5.2 - 2ª Parte: Questionários

Para poder proceder à aplicação dos questionários, foram efectuados vários contactos em várias organizações de saúde, dispersas por Portugal, com o intuito de obter a autorização que permitisse a sua implementação. Foi solicitada autorização para a implementação do estudo em 18 organizações de saúde, das quais apenas 13 deram o seu parecer, sendo que 8 autorizaram a sua aplicação. Para facilitar o contacto com todos os possíveis colaboradores, foi solicitada a existência de um elo de ligação, o qual serviria de elo interlocutor ficando encarregue de divulgar o estudo, solicitar a colaboração e recolher os questionários para posterior reenvio dos dados recolhidos.

Tabela n.º 2: Caracterização da amostra quanto à variável sexo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Variáveis:	Feminino	117	59,7	59,7	59,7
	Masculino	79	40,3	40,3	100,0
	Total:	196	100,0	100,0	

Foram enviados aproximadamente 600 questionários distribuídos pelas várias organizações, dos quais foram recebidas 196 respostas. A amostra resultante é constituída por 196 profissionais, dos quais 117 são do sexo feminino e 79 do sexo masculino (tabela n.º 2). Dos 117 profissionais do sexo feminino, 65 estão no grupo etário dos 41-50 anos, 25 no grupo etário dos 51-60 anos, identificando-se ainda 4 indivíduos no grupo etário superior aos 61 anos e 2 indivíduos no grupo etário inferior aos 30 anos. Quando aos profissionais do sexo masculino, 55 encontram-se no grupo etário dos 41-50 anos, 15 no grupo etário dos 51-60 nos e os restante 9 elementos possuem uma idade compreendida entre 31-40 anos (tabela n.º 3).

Tabela n.º 3: Caracterização da amostra quanto às variáveis sexo e grupo etário

		Sexo:		Total:
		Feminino	Masculino	
Grupos Etários:	< 30 anos	2	0	2
	31-40 anos	25	9	34
	41-50 anos	65	55	120
	51-60 anos	21	15	36
	> 61 anos	4	0	4
	Total:		117	79	196

A maioria dos participantes possui assim uma idade compreendida entre os 41-50 anos de idade, o que traduz 61,2% dos indivíduos inquiridos (tabela n.º 4).

Tabela n.º 4: Caracterização da amostra quanto à variável grupo etário

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Grupos Etários:	< 30 anos	2	1,0	1,0	1,0
	31-40 anos	34	17,3	17,3	18,4
	41-50 anos	120	61,2	61,2	79,6
	51-60 anos	36	18,4	18,4	98,0
	> 61 anos	4	2,0	2,0	100,0
Total:		196	100,0	100,0	

Os 196 profissionais possuem uma média de idades de 45,78 anos, com uma mediana de 46,00 anos, uma moda de 50 com um desvio padrão de 6,911. A idade máxima é de 64 anos e a mínima de 24 anos, com uma amplitude de 40 valores (tabela n.º 5).

Tabela n.º 5: Medidas de tendência central e de dispersão face à variável idade

Variável: IDADE			
Mean	45,78	Std. Error of Skewness	0,174
Median	46,00	Kurtosis	0,417
Mode	50	Std. Error of Kurtosis	0,346
Std. Deviation	6,911	Range	40
Variance	47,765	Minimum	24
Skewness	-0,238	Maximum	64
N: Valid = 196 Missing = 0			

Dos 196 profissionais, 74% encontram-se casados, 12,2% divorciados, 11,7% são solteiros, encontrando-se os restantes 2% presentes na viuvez e na união de facto (outro) (tabela n.º 6).

Tabela n.º 6: Caracterização da amostra quanto à variável estado civil

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Solteiro(a)	23	11,7	11,7	11,7
Casado(a)	145	74,0	74,0	85,7
Divorciado(a)	24	12,2	12,2	98,0
Viúvo(a)	2	1,0	1,0	99,0
Outro	2	1,0	1,0	100,0
Total:	196	100,0	100,0	

Dos indivíduos casados, 38 são do sexo feminino e estão no grupo etário dos 41-50 anos, enquanto que do sexo masculino 54 indivíduos cumprem os mesmos requisitos (tabela n.º 7). Relativamente ao sexo feminino e ao estado civil casado(a), temos ainda 18 indivíduos com idade compreendida entre os 31-40 anos, 11 entre os 51-60, estando os restantes no grupo etário abaixo os 30 anos (1 indivíduo) e acima dos 61 anos (1 indivíduo). Quanto ao sexo masculino, dos restantes indivíduos 14 têm idade compreendida entre os 51-60 anos e 8 encontram-se na faixa etária dos 31-40 anos.

Para o sexo feminino contabilizamos ainda 22 indivíduos solteiras, dos quais se destacam 11 na faixa etária dos 41-50 anos, e 22 indivíduos divorciadas, dos quais se destacam 14 indivíduos na faixa etária dos 41-50 anos. Para o sexo masculino, a maioria dos indivíduos pertence ao estado civil dos casados, sendo 1 indivíduo solteiro e 2 divorciados.

Tabela n.º 7: Relação entre as variáveis sexo, grupo etário e estado civil

		Grupo Etário:					
		<30 anos	31-40 anos	41-50 anos	51-60 anos	>61 anos	Total:
Sexo: Feminino	Estado Civil:						
	Solteiro(a)	1	5	11	3	2	22
	Casado(a)	1	18	38	11	1	69
	Divorciado(a)	0	1	14	6	1	22
	Viúvo(a)	0	1	1	0	0	2
	Outro	0	0	1	1	0	2
Total:		2	25	65	21	4	117
Sexo: Masculino	Estado Civil:						
	Solteiro(a)	0	1	0	0	0	1
	Casado(a)	0	8	54	14	0	76
	Divorciado(a)	0	0	1	1	0	2
	Viúvo(a)	0	0	0	0	0	0
	Outro	0	0	0	0	0	0
Total:		0	9	15	15	0	79

Estes profissionais encontram-se distribuídos por 8 organizações de saúde, cujo vínculo laboral reside essencialmente no facto de os profissionais pertencerem ao quadro da função pública (93,4%), estando os restantes 6,6% distribuídos pelo Contrato de Trabalho por Termo Indeterminado (5,1%), Outro (1% que revela a celebração de um Contrato por Cedência Especial) e o Contrato Administrativo de Provisamento (0,5%) – Tabela n.º 8.

Tabela n.º 8: Caracterização da amostra quanto à variável vínculo à instituição

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Quadro – Função Pública	183	93,4	93,4	93,4
Contrato Administrativo de Provisamento	1	0,5	0,5	93,9
Contrato de Trabalho por Termo Indeterminado	10	5,1	5,1	99,0
Outro	2	1,0	1,0	100,0
Total:	196	100,0	100,0	

Estes profissionais possuem maioritariamente um horário laboral fixo (181 indivíduos - 92,3%) e somente 7,7% (15 profissionais) têm horário rotativo (tabela n.º 9).

Tabela n.º 9: Caracterização da amostra quanto à variável horário

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Horário:	Fixo	181	92,3	92,3	92,3
	Rotativo	15	7,7	7,7	100,0

Total:	196	100,0	100,0	
---------------	-----	-------	-------	--

Quanto à variável habilitações académicas, a sua maioria é detentora do grau de licenciado (150 profissionais), nos quais a sua maioria assenta em 85 enfermeiros-chefes, 31 enfermeiros especialistas e 27 enfermeiros graduados. O grau de licenciado representa por isso 76,5%, enquanto que grau o bacharel está representado em 9,7% e o grau de mestre está presente em 13,8% dos inquiridos.

A maioria dos participantes é enfermeiro-chefe com 53,6%, seguindo-se os enfermeiros especialistas com 18,9% e os enfermeiros graduados com 18,4%. Os restantes 9,1% são enfermeiros de nível I, enfermeiros supervisores, médicos e outros profissionais, os quais representam gestores a exercer funções de gestores do risco (tabela n.º 10 e 11).

Tabela n.º 10: Relação entre as variáveis habilitações académicas e habilitações profissionais

		Habilitações Académicas:			Total:
		Bacharelato	Licenciatura	Mestrado	
Habilitações Profissionais:	Enfermeiro Nível I	5	1	0	6
	Enfermeiro Graduado	8	27	1	36
	Enfermeiro Especialista	2	31	4	37
	Enfermeiro Chefe	4	85	16	105
	Enfermeiro Supervisor	0	2	2	4
	Médico	0	4	1	5
	Outro	0	0	3	3
Total:		19	150	27	196

Tabela n.º 11: Caracterização da amostra quanto às variáveis habilitações académicas e habilitações profissionais

Variável: HABILITAÇÕES ACADÉMICAS				
	Frequência	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Bacharelato	19	9,7	9,7	9,7
Licenciatura	150	76,5	76,5	86,2
Mestrado	27	13,8	13,8	100,0
Total:	196	100,0	100,0	
Variável: HABILITAÇÕES PROFISSIONAIS				
	Frequência	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Enfermeiro Nível I	6	3,1	3,1	3,1
Enfermeiro Graduado	36	18,4	18,4	21,4
Enfermeiro Especialista	37	18,9	18,9	40,3
Enfermeiro Chefe	105	53,6	53,6	93,9
Enfermeiro Supervisor	4	2,0	2,0	95,9
Médico	5	2,6	2,6	98,5
Outro	3	1,5	1,5	100,0
Total:	196	100,0	100,0	

Optámos por avaliar a variável tempo de exercício profissional em meses e não em anos por ser mais fácil o seu tratamento estatístico. Da sua análise realça-se o facto de 60,2% dos profissionais ter um tempo de exercício profissional compreendido entre os 240 e os 360 meses (20-30 anos). Seguidamente, temos os profissionais com um tempo de exercício profissional compreendido entre os 181-240 meses (15-20 anos) com uma percentagem de 11,7%, seguido do grupo que compreende os 30-35 anos (361-420 meses). Os restantes 16,9% encontram-se abaixo dos 15 anos ou acima dos 35 anos de exercício profissional, como verificamos na tabela n.º 12 e no gráfico n.º 2.

Gráfico n.º 1: Distribuição da amostra face à variável tempo de exercício profissional

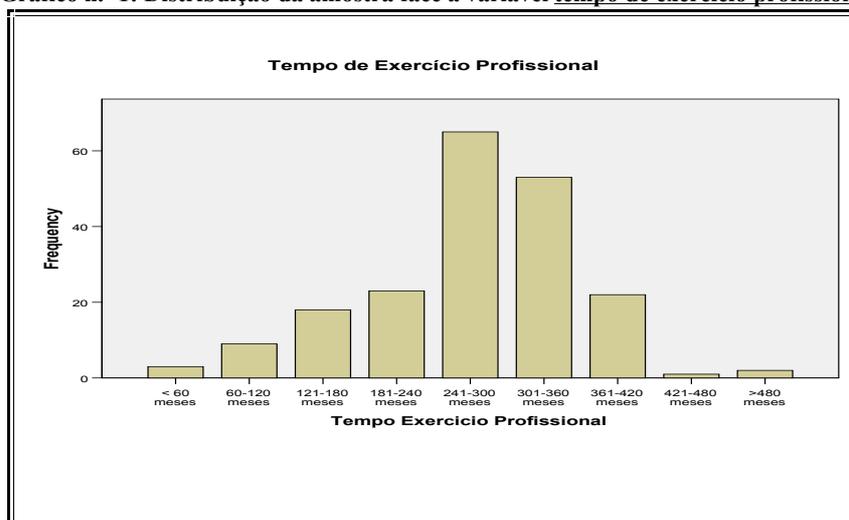


Tabela n.º 12: Caracterização da amostra quanto à variável tempo de exercício profissional

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tempo de exercício profissional:	< 60 meses	3	1,5	1,5	1,5
	60-120 meses	9	4,6	4,6	6,1
	121-180 meses	18	9,2	9,2	15,3
	181-240 meses	23	11,7	11,7	27,0
	241-300 meses	65	33,2	33,2	60,2
	301-360 meses	53	27,0	27,0	87,2
	361-420 meses	22	11,2	11,2	98,5
	421-480 meses	1	,5	,5	99,0
	>480 meses	2	1,0	1,0	100,0
Total:		196	100,0	100,0	

Outra variável importante de caracterização é a variável gestor de risco, para a qual iremos apresentar os dados. Dos 196 profissionais que responderam ao questionário, 34 são gestores do risco, o que representa 17,3% (tabela n.º 13).

Dos 34 gestores do risco, 21 são do sexo masculino, tendo a sua maioria idade compreendida entre os 41-50 anos, 3 profissionais idade compreendida entre os 51-60 anos e 2 profissionais com idade compreendida entre os 31-40 anos. Quanto aos gestores do

risco do sexo feminino, num total de 13, e que 7 profissionais têm idade compreendida entre os 51-60 ano, 3 profissionais entre os 41-50 anos, 2 têm idade inferior a 30 anos e 1 profissional tem idade compreendida entre os 31-40 anos (tabela n.º 14).

Tabela n.º 13: Caracterização da amostra quanto à variável gestor do risco

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Gestor do Risco	34	17,3	17,3	17,3
Não é Gestor do Risco	162	82,7	82,7	100,0
Total:	196	100,0	100,0	

Tabela n.º 14: Caracterização da amostra quanto às variáveis gestor do risco, sexo e idade

Gestor do Risco:		Grupo Etário:					Total:
		<30 anos	31-40 anos	41-50 anos	51-60 anos	>61 anos	
Sexo:	Feminino	2	1	3	7	0	13
	Masculino	0	2	16	3	0	21
Total:		2	3	19	10	0	34

Quanto às habilitações académicas, constatamos que 26 profissionais são licenciados, dos quais 17 exercem a função de enfermeiro-chefe, 3 enfermeiros graduados, 3 médicos, 2 enfermeiros especialistas e 1 enfermeiro de nível I. Quanto aos grau de mestre, apenas 7 indivíduos são detentores do mesmo, dos quais 3 são gestores (outro), 3 são enfermeiros especialistas e 1 é enfermeiro-chefe. Com o grau de bacharelato apenas temos 1 profissional que exerce a função de enfermeiro graduado (tabela n.º 15).

Tabela n.º 15: Caracterização da amostra quanto às variáveis gestor do risco, habilitações académicas e habilitações profissionais

Gestor do Risco:		Habilitações Académicas:			
		Bacharelato	Licenciatura	Mestrado	Total:
Habilitações Profissionais:	Enfermeiro Nível I	0	1	0	1
	Enfermeiro Graduado	1	3	0	4
	Enfermeiro Especialista	0	2	3	5
	Enfermeiro Chefe	0	17	1	18
	Enfermeiro Supervisor	0	0	0	0
	Médico	0	3	0	3
	Outro	0	0	3	3
Total:		1	26	7	34

Procuramos ainda avaliar se estavam apenas a exercer a função de gestor do risco ou se paralelamente exerciam actividades noutras áreas, ao que constatamos uma sobreposição de dados face às suas habilitações profissionais. Ou seja, os profissionais que são gestores do risco desenvolvem ainda funções como enfermeiros de nível I, enfermeiros graduados, enfermeiros especialistas, enfermeiros-chefes, enfermeiros supervisores, como médicos, ou então como gestores a exercer funções de gestão do risco.

Em termos do tempo de exercício profissional dos gestores do risco (tabela n.º 16), 15 profissionais apresentam um tempo de exercício profissional entre os 20-30 anos (241-360 meses), dos quais 7 profissionais são gestores de risco à menos de 5 anos (<60 meses), 7 exercem funções de gestor do risco entre os 5-10 anos (60-120 meses) e 1 apenas à cerca de 10-15 anos (121-180 meses). Os gestores de risco com um tempo de exercício profissional entre os 30-40 anos (361-480 meses) exercem funções de gestor de risco à menos de 5 anos (5 indivíduos) ou então há cerca de 5-10 anos (5 indivíduos).

Ao analisar a tabela constatamos ainda que os 5 profissionais que trabalham há cerca de 10-20 anos (120-240 meses) exercem funções de gestor de risco à menos de 5 anos (<60 meses), os 3 profissionais que trabalham há menos de 10 anos (< 120 meses) exercem funções há menos de 5 anos (<60 meses) e o único profissional que trabalha há mais de 40 anos trabalha igualmente na área da gestão do risco como gestor de risco há mais de 20 anos (>241 meses).

Dos gestores de risco que responderam aos questionários, 20 profissionais desempenham funções nesta área à menos de 5 anos (<60 meses), 12 profissionais desempenham funções há cerca de 5-10 anos (60-120 meses) e apenas 1 profissional o faz há cerca de 10-15 anos e 1 há mais de 20 anos.

Tabela n.º 16: Caracterização da amostra quanto às variáveis gestor do risco, tempo de exercício profissional e tempo de exercício profissional na área da gestão do risco

Gestor do Risco:		Tempo de Exercício Profissional (meses):					Total:
		<120	120-240	241-360	361-480	> 481	
Tempo de Exercício Profissional na área da Gestão do Risco:	< 60 meses	3	5	7	5	0	20
	60-120 meses	0	0	7	5	0	12
	121-180 meses	0	0	1	0	0	1
	181-240 meses	0	0	0	0	0	0
	> 241 meses	0	0	0	0	1	1
Total:		3	5	15	10	1	34

A formação na área da gestão do risco (tabela n.º 17) centra-se ao nível da frequência de seminários/programas científicos com 35,3% dos inquiridos e na frequência de cursos de desenvolvimento profissional com 29,4% dos inquiridos. Somente 5,9% dos gestores de risco referiram ter recebido formação nesta área na faculdade, chegando inclusivamente a ser referida a inexistência de formação por 2 indivíduos, o que nos leva a questionar o porquê. Os restantes profissionais tiveram formação nos vários níveis referidos.

Tabela n.º 17: Caracterização da amostra quanto à variável formação na área da gestão do risco

Formação na área da Gestão do Risco	Frequência	Percentagem
Cursos de Desenvolvimento Profissional	10	29,4 %
Seminários/Programas Científicos	12	35,3 %

Cursos na Faculdade	2	5,9 %
Cursos de Desenvolvimento Profissional + Seminários / Programas Científicos	3	8,8 %
Cursos de Desenvolvimento Profissional + Seminários / Programas Científicos + Cursos na Faculdade	3	8,8 %
Seminários/Programas Científicos + Cursos na Faculdade	2	5,9 %
Sem formação	2	5,9 %
Total:	34	100%

Com a implementação do questionário procuramos inquirir se a organização de saúde foi alvo de processo de acreditação, e se a resposta fosse positiva, qual a entidade. Os resultados obtidos (tabela n.º 18) evidenciam que 74% respondeu afirmativamente.

Tabela n.º 18: Caracterização da amostra quanto à variável organização alvo de processo de acreditação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Organização alvo de processo de acreditação?	Sim	145	74,0	74,0	74,0
	Não	39	19,9	19,9	93,9
	Não responde	12	6,1	6,1	100,0
Total:		196	100,0	100,0	

Para os que responderam afirmativamente, foram identificadas as seguintes organizações: Kings Fund com 35,2%, Health Quality Service com 23% e Join Comission com 5,6%, sendo de destacar que 10,2% dos indivíduos não referiu qual a organização que procedeu ao processo de acreditação da sua instituição (tabela n.º 19). Os restantes 19,9% referiram que a sua organização não havia sido alvo de processo de acreditação. 6,1% dos respondentes não respondem.

Gráfico n.º 2: Caracterização da amostra quanto à variável processo de acreditação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Processo de Acreditação:	Kings Fund	69	35,2	35,2	35,2
	Join Comission	11	5,6	5,6	40,8
	Health Quality Service	45	23,0	23,0	74,0
	Não refere	20	10,2	10,2	51,0
	Não foi alvo de acreditação	39	19,9	19,9	93,9
	Não responde	12	6,1	6,1	100,0
Total:		196	100,0	100,0	

Foi avaliada a consistência interna do questionário utilizando o *alfa cronbach*, revelando os seguintes resultados:

- Enumeração de tarefas: $\alpha = 0,989$;
- Cultura da orientação do erro: $\alpha = 1,000$; e
- Cultura da Fiabilidade: $\alpha = 0,830$.

Face aos resultados obtidos, o questionário apresenta boa consistência interna.

Seguidamente, analisamos as partes constituintes do questionário assim como as hipóteses definidas para o estudo.

5.2.1 - Enumeração das tarefas do Gestor do Risco

A secção n.º II do questionário pretende enumerar as tarefas para delimitação das funções do Gestor do Risco, tendo em conta as 6 grandes áreas de actuação: prevenção/redução das perdas, gestão das reclamações, financiamento de riscos, cumprimento da regulamentação/acreditação, operações e bioética.

Da análise da correlação entre os indicadores constituintes da variável enumeração de tarefas para a função de gestor de risco (quadro n.º 15) pode constatar-se uma associação positiva mais evidente ao nível da prevenção/redução de perdas e da gestão das reclamações, para um nível de significância de 0,01. Contudo, esta associação positiva é encontrada para todos os indicadores para o mesmo nível de significância, embora não de forma tão significativa.

Quadro n.º 15: Enumeração de tarefas para a função de Gestor do risco – Correlações

		Correlations						
		Total de Tarefas da Gestão do Risco	Prev_Red_Perdas	Gestão de reclamações	Financiamento do risco	Cumprim_Regul_acredit	Operacao	Bioética
Total de Tarefas da Gestão do Risco	Pearson Correlation	1	,709**	,737**	,627**	,667**	,630**	,498**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	190	190	190	190	190	190	190
Prev_Red_Perdas	Pearson Correlation	,709**	1	,163*	,041	,111	,130	,116
	Sig. (2-tailed)	,000		,024	,573	,126	,074	,112
	N	190	196	190	190	190	190	190
Gestão de reclamações	Pearson Correlation	,737**	,163*	1	,803**	,600**	,648**	,434**
	Sig. (2-tailed)	,000	,024		,000	,000	,000	,000
	N	190	190	190	190	190	190	190
Financiamento do risco	Pearson Correlation	,627**	,041	,803**	1	,548**	,508**	,325**
	Sig. (2-tailed)	,000	,573	,000		,000	,000	,000
	N	190	190	190	190	190	190	190
Cumprim_Regul_acredit	Pearson Correlation	,667**	,111	,600**	,548**	1	,672**	,485**
	Sig. (2-tailed)	,000	,126	,000	,000		,000	,000
	N	190	190	190	190	190	190	190
Operacao	Pearson Correlation	,630**	,130	,648**	,508**	,672**	1	,416**
	Sig. (2-tailed)	,000	,074	,000	,000	,000		,000
	N	190	190	190	190	190	190	190
Bioética	Pearson Correlation	,498**	,116	,434**	,325**	,485**	,416**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,112	,000	,000	,000	,000	
	N	190	190	190	190	190	190	190

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

5.2.2 - Competências para o desempenho da função do Gestor do risco

A secção n.º III do questionário procurava avaliar a opinião dos profissionais inquiridos sobre o perfil de competências mais adequado para um gestor do risco, tendo todos os inquiridos respondido no total de 196 profissionais. Analisando cada uma das competências de forma detalhada obtemos a distribuição inserta na tabela n.º 20.

Tabela n.º 19: Competências para o desempenho da função de Gestor do risco - Caracterização

Competências:	Freq.	Competências:	Freq.
Preocupação com a segurança	172	Lealdade	93
Tomada de Decisão	162	Produtividade	91
Consciência do problema	162	Adaptabilidade	89
Profissionalismo	162	Avaliação de desempenho	86
Preocupação com a qualidade	159	Orientação segundo regras	85
Planeamento estratégico	155	Cooperação	83
Assertividade	154	Planeamento a curto prazo	81
Responsabilidade pessoal	150	Tolerância	80
Definição de objectivos	143	Motivação pela persuasão	79
Ser digno de confiança	140	Sociabilidade	67
Consciência organizacional	140	Procura de contributos	63
Determinação	139	Enriquecimento profissional	63
Iniciativa	137	Desenvolvimento pessoal	62
Monitorização	132	Apresentação pública	62
Capacidade de escuta	130	Direcção	62
Comunicação oral	127	Cortesia	61
Satisfação do cliente	125	Resiliência	60
Coordenação	120	Ordem	59
Cumprimento de prazos/oportunidade	113	Foco nas tarefas	48
Fornecimento de feedback	109	Preocupação com a quantidade	43
Pensamento criativo	108	Team building	43
Comunicação escrita	108	Avaliação cultural	40
Desenvolvimento de metas	108	Astúcia política	29
Capacidade de delegar decisões	106	Motivação pela autoridade	28
Preocupação financeira	101	Urgência	24
Gestão do stress	97	Compaixão	11
Capacidades técnicas	95		

Com mais de 147 referências (o que equivale a mais de 75% dos inquiridos) identificamos as seguintes competências: preocupação com a segurança (172 enumerações), tomada de decisão, consciência do problema e profissionalismo (com 162 enumerações cada), preocupação com a qualidade (159 enumerações), planeamento

estratégico (155 enumerações), assertividade (154 enumerações) e responsabilidade pessoal (com 150 enumerações.)

Com uma representação entre 50-75% (entre 98 e 147 referências) identificamos as seguintes competências: definição de objetivos (143 enumerações), ser digno de confiança e consciência organizacional (com 140 enumerações cada), logo seguindo de determinação (139 enumerações), iniciativa (137 enumerações), monitorização (132 enumerações), capacidade de escuta (130 enumerações), comunicação oral (127 enumerações), satisfação do cliente (125 enumerações) e coordenação (com 120 enumerações). Com menos de 120 referências identificamos cumprimento de prazos/oportunidade (113 enumerações), fornecimento de feedback (109), pensamento criativos, comunicação escrita e desenvolvimento de metas (com 108 enumerações cada), logo seguido da capacidade de delegar decisões (com 106 enumerações) e preocupação financeira (com 101 enumerações).

Com poucas referências (abaixo de 25 %) identificamos as competências relacionadas com foco nas tarefas (48 enumerações), preocupação com a quantidade e *team building* (com 43 enumerações cada), avaliação cultural (com 40 enumerações), astúcia políticas (29 enumerações), motivação pela autoridade (apenas enumerado por 28 indivíduos), urgência (com 24 enumerações) e compaixão (apenas referida por 11 profissionais).

Ao analisarmos as opiniões dadas pelos gestores de risco com a dos restantes profissionais (tabela n.º 21) constatamos que existe alguma concordância entre as competências consideradas fulcrais. Para os 34 gestores de risco, com mais de 75% das respostas (mais de 25 enumerações), identificamos as seguintes competências: profissionalismo (28 respostas), planeamento estratégico (28 respostas), preocupação com a qualidade (26 respostas), iniciativa (26 respostas), comunicação oral (26 respostas), assertividade (25 respostas), preocupação com a segurança (25 respostas) e consciência organizacional (25 respostas).

Tabela n.º 20: Competências para o desempenho da função do Gestor do risco – Comparação entre gestor do risco e restantes profissionais

Competências:	Frequência:		Competências:	Frequência:	
	Prof ^s	G.Risco		Prof ^s	G.Risco
Preocupação com a segurança	123	25	Lealdade	80	13
Tomada de Decisão	138	24	Produtividade	78	13
Consciência do problema	138	24	Adaptabilidade	67	22
Profissionalismo	134	28	Avaliação de desempenho	73	13

Preocupação com a qualidade	133	26	Orientação segundo regras	71	14
Planeamento estratégico	127	28	Cooperação	68	15
Assertividade	129	25	Planeamento a curto prazo	67	14
Responsabilidade pessoal	130	20	Tolerância	65	15
Definição de objectivos	128	15	Motivação pela persuasão	67	12
Ser digno de confiança	116	24	Sociabilidade	55	12
Consciência organizacional	115	25	Procura de contributos	57	6
Determinação	135	4	Enriquecimento profissional	55	8
Iniciativa	111	26	Desenvolvimento pessoal	53	9
Monitorização	111	21	Apresentação pública	54	8
Capacidade de escuta	107	23	Direcção	54	8
Comunicação oral	101	26	Cortesia	59	2
Satisfação do cliente	105	20	Resiliência	57	3
Coordenação	102	18	Ordem	45	14
Cumprimento de prazos/oportunidade	100	13	Foco nas tarefas	43	5
Fornecimento de feedback	83	23	Preocupação com a quantidade	35	8
Pensamento criativo	97	11	<i>Team building</i>	42	1
Comunicação escrita	91	17	Avaliação cultural	36	4
Desenvolvimento de metas	98	10	Astúcia política	28	1
Capacidade de delegar decisões	90	16	Motivação pela autoridade	27	1
Preocupação financeira	86	15	Urgência	2	4
Gestão do stress	79	18	Compaixão	9	2
Capacidades técnicas	79	16			

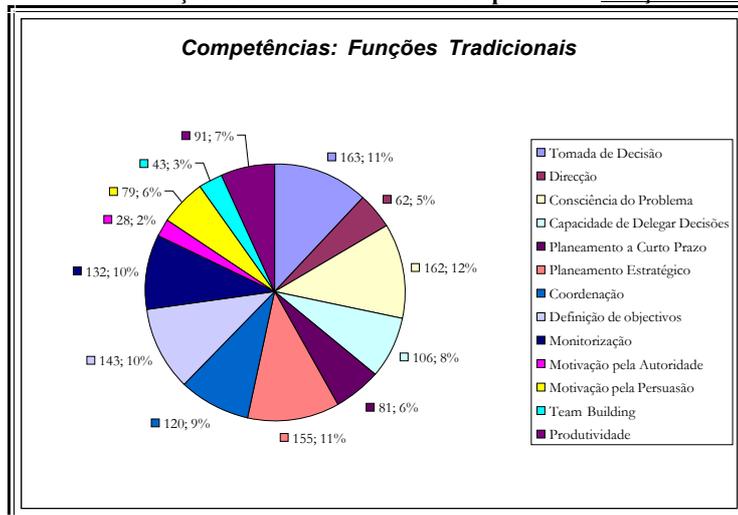
Com uma percentagem entre os 50-75% (entre as 17 e 24 enumerações) são referidas as referidas competências: tomada de decisão (24 respostas), consciência do problema (24 respostas), ser digno de confiança (24 respostas), capacidade de escuta (23 respostas), fornecimento de *feedback* (23 respostas), adaptabilidade (22 respostas), monitorização (21 respostas), responsabilidade pessoal (20 respostas), satisfação do cliente (20 respostas), coordenação (18 respostas), gestão de stress (18 respostas) e comunicação escrita (17 respostas).

Segundo TETT ET AL (2000: 214), no seu estudo subordinado ao tema “*Development and content validation of a “Hyperdimensional” Taxonomy of Managerial Competence*”, foram identificadas 9 categorias. Iremos de seguida analisar cada uma delas, identificando as competências com maior relevância.

Para a categoria Funções Tradicionais (gráfico n.º 3), as competências mais enumeradas foram “consciência do problema” com 12% das respostas, “tomada de decisão e planeamento estratégico” com 11% cada, seguidos das competências definição de “objectivos e monitorização” com 10%. Segue-se, com 9%, a competência coordenação, com 8% a capacidade de delegar decisões e com 7% a produtividade. Com percentagem

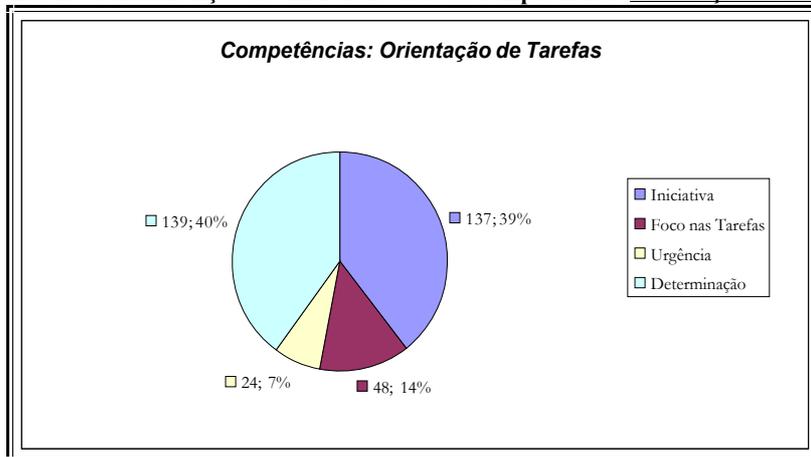
inferior a 6% identificamos a motivação pela persuasão, o planeamento a curto prazo, a direcção, *team building* e a motivação pela autoridade.

Gráfico n.º 3: Distribuição dos indivíduos face às competências: Funções Tradicionais



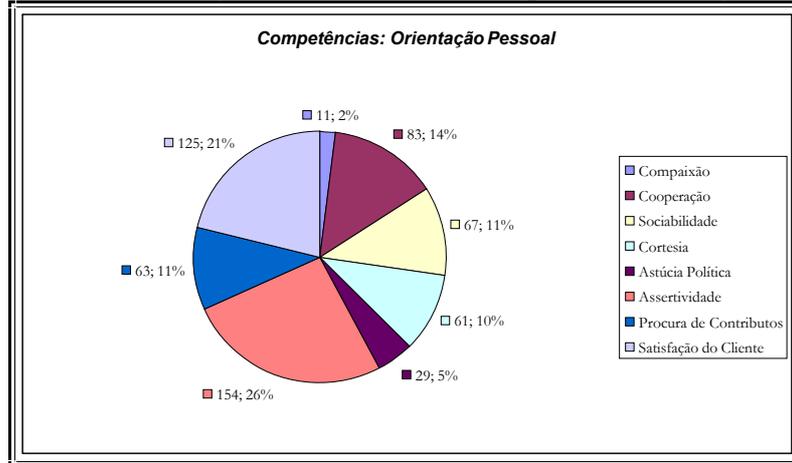
Na categoria Orientação de Tarefas (gráfico n.º 4), as competências mais enumeradas foram a determinação com 40% e a iniciativa com 39% das respostas. As competências foco nas tarefas e urgência somam um total de 21%, tendo a primeira sido referenciada por 14% e a segunda por 7% dos profissionais.

Gráfico n.º 4: Distribuição dos indivíduos face às competências: Orientação de Tarefas



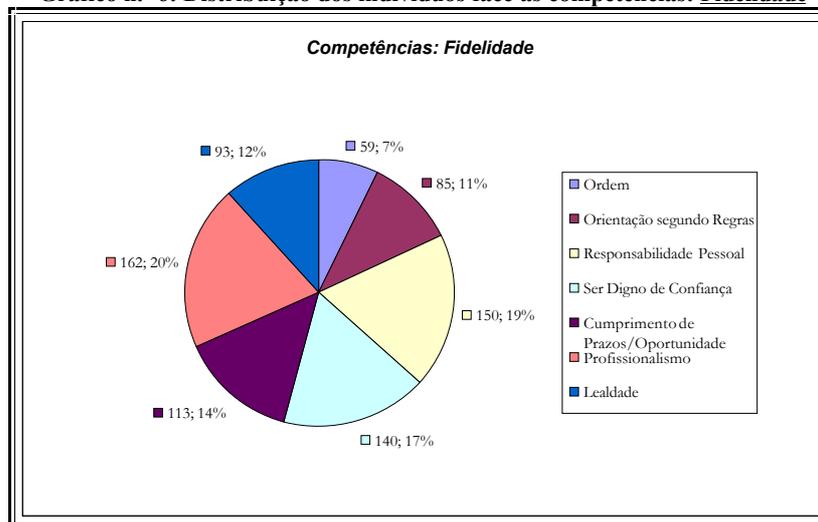
Quanto à categoria Orientação Pessoal (gráfico n.º 5), ao analisar o gráfico verificamos que as competências mais referidas foram a assertividade com 26% e a satisfação do cliente com 21%, logo seguida da cooperação com 14%. Com 11% em unísono identificamos as competências sociabilidade e procura de contributos, seguido da cortesia com 10%, sendo as menos referidas a astúcia política (5%) e a compaixão (com apenas 2%).

Gráfico n.º 5: Distribuição dos indivíduos face às competências: Orientação Pessoal



A Fidelidade (gráfico n.º 6), outras das categorias enumeradas, revela que o profissionalismo (com 20%) e a responsabilidade pessoal (19%) foram as competências mais relevantes, sendo seguidas da competência ser digno de confiança (17%), cumprimento de prazos/oportunidade (14%), lealdade (12%) e orientação segundo regras (com 11%). Considerada como menos relevante identificou-se a competência ordem, apenas referida por 7% dos inquiridos.

Gráfico n.º 6: Distribuição dos indivíduos face às competências: Fidelidade



A categoria Abertura a Novas Ideias (gráfico n.º 7), apresenta uma maior uniformização, destacando-se o pensamento criativo (34%), seguido da adaptabilidade (28%), tolerância (25%) e por fim a avaliação cultural com 13%.

O Controlo Emocional (gráfico n.º 8), categoria que engloba apenas 2 competências, revela uma maior preocupação com a gestão do stress (62%) em detrimento da resiliência (38%).

Gráfico n.º 7: Distribuição dos indivíduos face às competências: Abertura a Novas Ideias

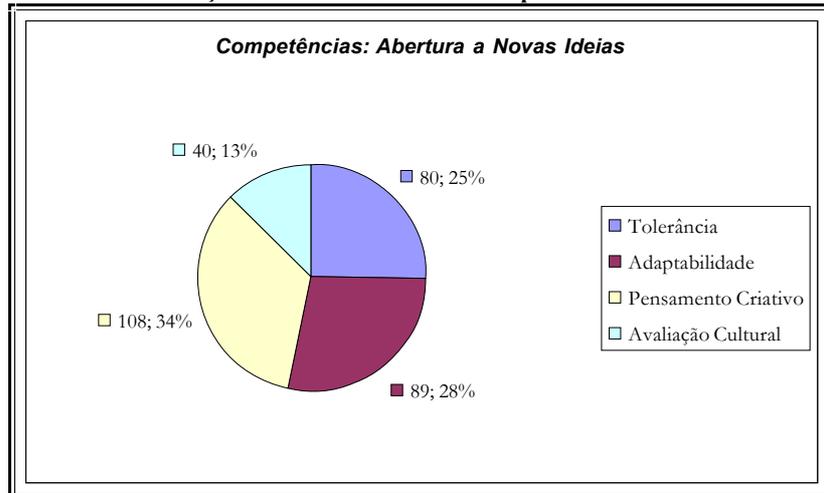
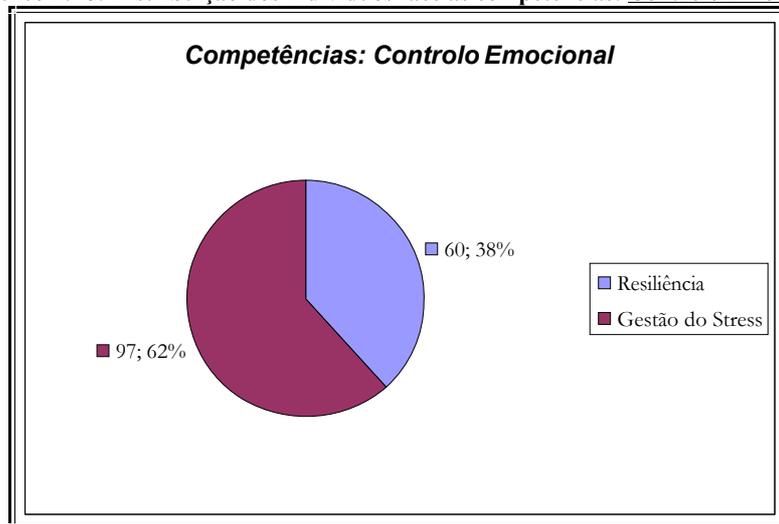
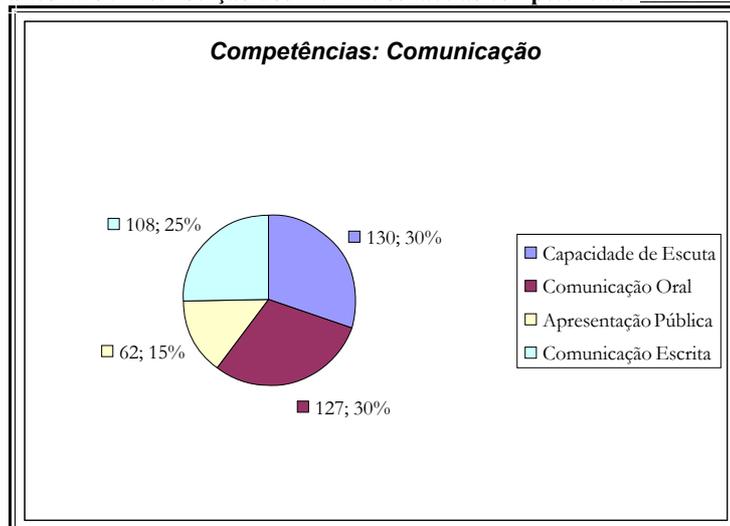


Gráfico n.º 8: Distribuição dos indivíduos face às competências: Controlo Emocional



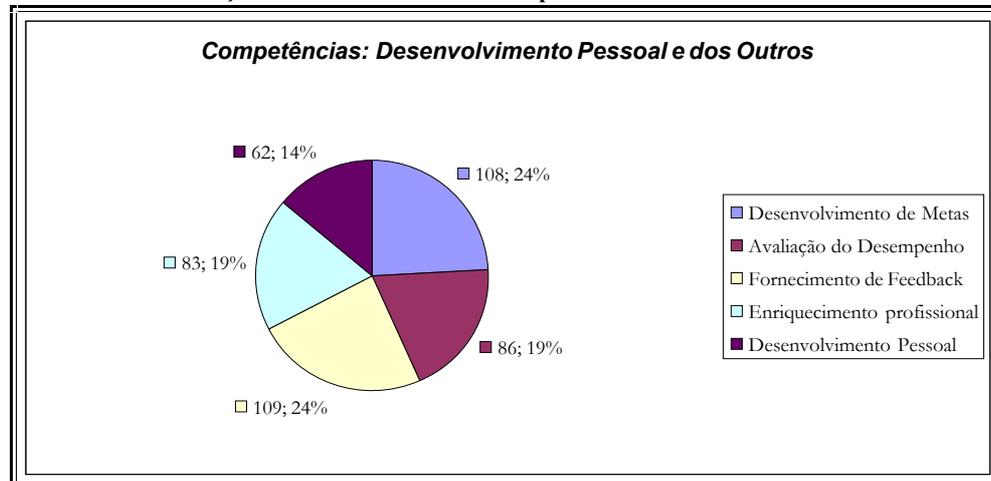
Para a categoria Comunicação (gráfico n.º 9), voltamos a constatar um uniformização de valores, tendo sido considerada menos relevante os aspectos relacionados com a apresentação pública (referidas apenas por 15% dos inquiridos). Quanto às restantes competências que incorporam este grupo, todos eles apresentam valores muito próximos, com 30%, 30% e 25% das respostas dos inquiridos, sendo as competências a capacidade de escuta, a comunicação oral, logo seguida da comunicação escrita. Parece existir uma preocupação com a capacidade de entendimento entre todos os intervenientes de uma organização, sendo fulcral que todos os elementos se entendam e que as mensagens importantes assim como o programa de gestão de risco seja facilmente compreendida por todos os interveniente.

Gráfico n.º 9: Distribuição dos indivíduos face às competências: Comunicação



Na necessidade de Desenvolvimento Pessoal e dos Outros (gráfico n.º 10), a preocupação reside ao nível do fornecimento de *feedback* (24%) e do desenvolvimento de metas (24%), sendo seguida da necessidade de avaliação do desempenho (19%) e pelo enriquecimento pessoal (igualmente com 19%). Por fim, mas não menos importante, surge o desenvolvimento pessoal referenciado por 14% dos inquiridos.

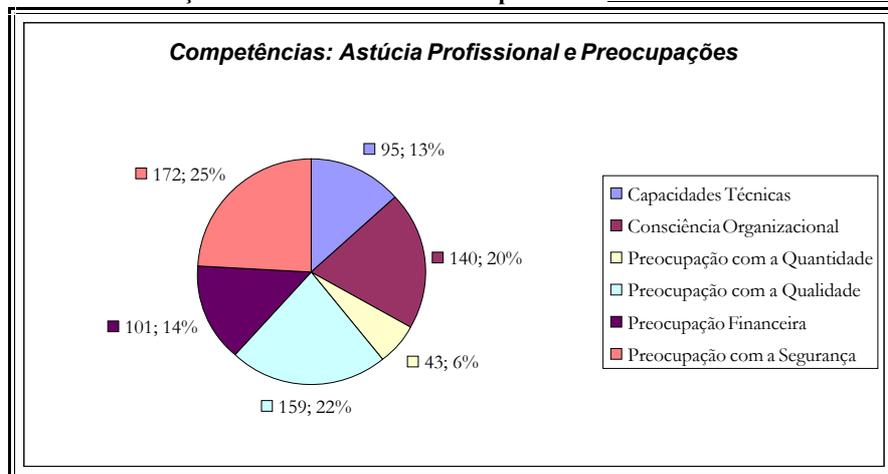
Gráfico n.º 10: Distribuição dos indivíduos face às competências: Desenvolvimento Pessoal e dos Outros



A última categoria referida associa-se à Astúcia Profissional e Preocupações (gráfico n.º 11), para a qual é notória a pouca relevância dada à competência preocupação com a qualidade (com 6% apenas). As mais relevantes foram a preocupação com a segurança (25%) e a consciência organizacional (20%), elementos integrantes do programa de gestão do risco de qualquer organização. Temos ainda que referir a preocupação financeira (que representa 14%) e as capacidades técnicas com 13% das respostas, aspectos que devem ser

igualmente considerados no programa de gestão de risco, ou não fizessem parte das principais áreas de actuação do gestor de risco, ao nível do financiamento do risco e das operações.

Gráfico n.º 11: Distribuição dos indivíduos face às competências: Astúcia Profissional e Preocupações



5.2.3 - Cultura de Orientação ao Erro

A secção n.º IV do questionário, procurava avaliar a Cultura de Orientação ao Erro das organizações de saúde e dos seus profissionais. Neste âmbito será abordado cada um dos aspectos utilizados para a descrever, como sejam, a competência do erro, aprender com os erros, correr o risco de errar, tensão do erro, antecipação do erro, encobrimento dos erros, comunicação do erro e pensar dos erros. Os resultados obtidos serão de seguida apresentados, assim como uma análise comparativa da opinião do gestor do risco e do não gestor do risco.

Ao analisarmos as afirmações que caracterizam a competência do erro (tabela n.º 21), verificamos que existe uma acentuada preocupação para com este aspecto, na medida em que a moda e a mediana de todas as afirmações se encontra no ponto 4, ou seja, “bastante”. Analisando os dois grupos profissionais é notória a existência de homogeneidade de opinião entre os mesmos (tabela n.º 22).

Tabela n.º 21: Medidas de tendência central e de dispersão face à característica Competência do Erro

	Competência do Erro 1: <i>Quando cometo um erro, sei como corrigi-lo de imediato.</i>	Competência do Erro 2: <i>Quando faço algo mal no trabalho, corrijo imediatamente.</i>	Competência do Erro 3: <i>Se de todo é possível corrigir um erro, então sei normalmente o que fazer para o corrigir.</i>	Competência do Erro 4: <i>Não deixo fugir o objectivo, embora possa cometer erros.</i>
N – Valid	196	196	196	196

N – Missing	0	0	0	0
Mean	3,55	4,14	4,10	3,64
Median	4,00	4,00	4,00	4,00
Mode	4	4	4	4
Std Deviation	0,824	0,661	0,801	1,079
Variance	0,679	0,437	0,642	1,164

Tabela n.º 22: Competência do Erro – Análise comparativa entre o gestor do risco e o não gestor do risco

	Competência do Erro 1		Competência do Erro 2		Competência do Erro 3		Competência do Erro 4	
	GR	Não GR	GR	Não GR	GR	Não GR	GR	Não GR
De modo algum	0	8	0	0	1	5	1	15
Um pouco	1	8	0	2	0	1	0	10
Nem muito nem pouco	13	42	8	17	3	12	8	27
Bastante	17	98	19	94	17	103	20	82
Totalmente	3	6	7	49	13	41	5	28
Total:	34	162	34	162	34	162	34	162

Ao nível de aprender com os erros (tabela n.º 23), outra característica avaliada, o comportamento é semelhante ao anterior, existindo uma acentuada preocupação, dados comprovados por os mesmos apresentarem uma moda e mediana de 4, que significa “bastante”.

Tabela n.º 23: Medidas de tendência central e de dispersão face à característica aprender com os Erros

	Aprender com os Erros 5: <i>Os erros ajudam a melhorar o meu trabalho.</i>	Aprender com os Erros 6: <i>Os erros fornecem informação útil para poder continuar o meu trabalho.</i>	Aprender com os Erros 7: <i>Os meus erros ajudam-me a melhorar o meu trabalho.</i>	Aprender com os Erros 8: <i>Os meus erros ajudaram-me a melhorar o meu trabalho.</i>
N – Valid	196	196	196	196
N – Missing	0	0	0	0
Mean	3,89	3,74	3,87	3,97
Median	4,00	4,00	4,00	4,00
Mode	4	4	4	4
Std Deviation	1,027	1,112	1,049	0,971
Variance	1,054	1,237	1,100	0,943

Ao comparar os dois grupos profissionais identifica-se novamente uma similaridade de valores para todas as afirmações pertencentes ao indicador aprender com os erros (tabela n.º 24).

Tabela n.º 24: Aprender com os Erros – Análise comparativa entre o gestor do risco e o não gestor do risco

	Aprender com os Erros 5		Aprender com os Erros 6		Aprender com os Erros 7		Aprender com os Erros 8	
	GR	Não	GR	Não GR	GR	Não GR	GR	Não GR

		GR						
De modo algum	0	8	5	10	0	8	0	6
Um pouco	0	14	0	12	5	9	5	6
Nem muito nem pouco	1	24	2	24	3	29	3	23
Bastante	21	73	19	79	14	70	15	78
Totalmente	12	43	8	37	12	46	11	49
Total:	34	162	34	162	34	162	34	162

Em termos da característica correr o risco de errar (tabela n.º 25), identifica-se uma dissociação de valores, existindo para alguns aspectos uma atitude de pouca ou nenhuma consideração até a adoção de atitudes que revelam concordância com o exposto. Para algumas afirmações temos uma moda de 4 (que significa “bastante”) ou então de 1 (que significa “de modo algum ou nada”).

Tabela n.º 25: Medidas de tendência central e de dispersão face à característica Correr o Risco de Errar

	Correr o Risco de Erro 9: <i>Se alguém quer alcançar algo no trabalho, tem de arriscar cometer erros.</i>	Correr o Risco de Erro 10: <i>É melhor correr o risco de cometer erros do que "sentar-se atrás de alguém".</i>	Correr o Risco de Erro 11: <i>Para continuar com o meu trabalho, motivo-me com coisas que podem correr mal.</i>	Correr o Risco de Erro 12: <i>Prefiro errar do que não fazer nada.</i>
N – Valid	196	196	196	196
N – Missing	0	0	0	0
Mean	2,99	3,56	2,36	3,25
Median	3,00	4,00	3,00	4,00
Mode	3	4	1	4
Std Deviation	1,190	1,329	1,255	1,287
Variance	1,415	1,765	1,574	1,655

Para este indicador, existe alguma discrepância de opiniões entre os gestores de risco e os não gestores de risco, evidente por exemplo na afirmação 9, 10 e 12 nas quais as suas opiniões diferem na importância atribuída (tabela n.º 26).

Tabela n.º 26: Correr o Risco de Erro – Análise comparativa entre o gestor do risco e o não gestor do risco

	Correr o Risco de Erro 9		Correr o Risco de Erro 10		Correr o Risco de Erro		Correr o Risco de Erro 12	
	GR	Não GR	GR	Não GR	GR	Não GR	GR	Não GR
De modo algum	12	18	4	18	15	61	1	28
Um pouco	12	19	6	19	5	16	7	17
Nem muito nem pouco	5	59	5	22	10	50	10	34
Bastante	3	50	6	59	4	27	9	58
Totalmente	2	16	13	44	0	8	7	25
Total:	34	162	34	162	34	162	34	162

Para a tensão do erro (tabela n.º 27), das cinco afirmações que a caracterizam, três delas possuem uma moda de 4, apresentando as restantes uma moda de 3 e de 1, apesar de a mediana apresentar valor superior a 3.

Tabela n.º 27: Medidas de tendência central e de dispersão face à característica Tensão do Erro

	Tensão do Erro 13: <i>Fico stressado quando erro.</i>	Tensão do Erro 14: <i>Normalmente tenho medo de errar.</i>	Tensão do Erro 15: <i>Fico embaraçado quando cometo erros.</i>	Tensão do Erro 16: <i>Quando erro no trabalho, perco a calma e fico zangado.</i>	Tensão do Erro 17: <i>Enquanto trabalho estou preocupado por poder fazer algo errado.</i>
N – Valid	196	196	196	196	196
N – Missing	0	0	0	0	0
Mean	3,60	2,98	3,22	2,69	2,85
Median	4,00	3,00	3,50	3,00	3,00
Mode	4	4	4	3	1
Std Deviation	1,069	1,219	1,072	1,215	1,408
Variance	1,143	1,487	1,149	1,477	1,983

Ao avaliarmos a opinião dada entre os dois grupos de profissionais (tabela n.º 28) existe novamente diferença de valores, por exemplo, como se constata ao nível da afirmação 13 para a qual os gestores de risco referem ficar pouco stressados quando erram em oposição aos restantes profissionais que referem ficar bastante stressados. Situações idênticas identificam-se nas restantes afirmações.

Tabela n.º 28: Tensão do Erro – Análise comparativa entre o gestor do risco e o não gestor do risco

	Tensão do Erro 13		Tensão do Erro 14		Tensão do Erro 15		Tensão do Erro 16		Tensão do Erro 17	
	GR	Não GR	GR	Não GR	GR	Não GR	GR	Não GR	GR	Não GR
De modo algum	4	1	5	29	10	5	14	34	15	37
Um pouco	12	21	9	21	4	33	3	25	8	20
Nem muito nem pouco	8	29	11	42	8	38	14	55	8	31
Bastante	7	74	9	55	11	74	2	37	2	49
Totalmente	3	37	0	15	1	12	1	11	1	25
Total:	34	162	34	162	34	162	34	162	34	162

Para a antecipação do erro (tabela n.º 29), de acordo com os valores presentes, é notório o conhecimento da existência de erro eminente, apresentando essas questões uma moda de 4, contudo, não parece existir uma preocupação com a antecipação do mesmo.

Tabela n.º 29: Medidas de tendência central e de dispersão face à característica Antecipação do Erro

	Antecipação do Erro 18: <i>No desenvolvimento das minhas tarefas, a probabilidade de errar é elevada.</i>	Antecipação do Erro 19: <i>Quando começo algum trabalho estou ciente de que os erros podem ocorrer.</i>	Antecipação do Erro 20: <i>A maior parte das vezes não fico admirado com os meus erros, pois já os espero.</i>	Antecipação do Erro 21: <i>Antecipo a ocorrência de erros no meu trabalho.</i>	Antecipação do Erro 22: <i>Espero que algo corra mal de tempos a tempos.</i>
--	---	---	--	--	--

N – Valid	196	196	196	196	196
N – Missing	0	0	0	0	0
Mean	3,03	3,56	2,06	2,64	2,26
Median	3,00	4,00	2,00	3,00	2,00
Mode	4	4	1	1	1
Std Deviation	1,176	1,043	1,144	1,342	1,180
Variance	1,384	1,089	1,309	1,801	1,393

Ao avaliarmos a opinião dada entre os dois grupos de profissionais (tabela n.º 30) existe novamente uma diferença de valores, por exemplo, como se constata ao nível da afirmação 18 para a qual os gestores de risco consideram ser muito reduzida a probabilidade de errar durante o desenvolvimento das suas tarefas em oposição aos restantes profissionais. Situações idênticas identificam-se nas afirmações 19 e 22, sendo as respostas muito semelhantes nas afirmações 20 e 21.

Tabela n.º 30: Antecipação do Erro – Análise comparativa entre o gestor do risco e o não gestor do risco

	Antecipação do Erro 18		Antecipação do Erro 19		Antecipação do Erro 20		Antecipação do Erro 21		Antecipação do Erro 22	
	GR	Não GR	GR	Não GR	GR	Não GR	GR	Não GR	GR	Não GR
De modo algum	13	10	1	2	23	69	17	44	16	55
Um pouco	7	38	14	27	4	23	4	22	11	32
Nem muito nem pouco	6	43	5	22	6	47	6	41	4	44
Bastante	8	53	8	85	0	21	6	41	3	25
Totalmente	0	18	6	26	1	2	1	14	0	6
Total:	34	162	34	162	34	162	34	162	34	162

Apesar de não parecer existir uma acentuada preocupação com a antecipação do erro, o encobrimento dos erros (tabela n.º 31) é uma característica para a qual os profissionais parecem demonstrar alguma preocupação. A título de exemplo, consideram que expor o erro é vantajoso para todos os intervenientes, sendo incorrecto escondê-lo e não o aproveitar para o processo de melhoria contínua. Contudo, seria necessário aprofundar um pouco mais estas questões, para poder validar estes dados e os poder justificar.

Tabela n.º 31: Medidas de tendência central e de dispersão face à característica Encobrimento dos Erros

	Encobrimento dos Erros 23: <i>Porquê mencionar um erro quando ele não é óbvio?</i>	Encobrimento dos Erros 24: <i>Não é vantajoso tornar público um erro.</i>	Encobrimento dos Erros 25: <i>Não considero útil discutir os meus erros.</i>	Encobrimento dos Erros 26: <i>Pode ser útil encobrir os meus erros</i>	Encobrimento dos Erros 27: <i>Prefiro manter os meus erros só para mim.</i>	Encobrimento dos Erros 28: <i>Os colaboradores que admitem os seus erros, cometem um grande erro.</i>
N – Valid	195	196	196	196	196	196
N – Missing	1	0	0	0	0	0
Mean	1,97	2,02	1,87	1,45	1,54	1,85

Median	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Mode	1	1	1	1	1	1
Std Deviation	1,137	1,076	1,211	0,746	0,787	1,358
Variance	1,293	1,159	1,466	0,557	0,619	1,843

Ao avaliarmos a opinião dada entre os dois grupos de profissionais (tabela n.º 32) existe uma homogeneidade de valores, principalmente em termos da frequência das respostas mais seleccionadas em todas as afirmações que pertencem ao grupo.

Tabela n.º 32: Encobrimento dos Erros – Análise comparativa entre o gestor do risco e o não gestor do risco

	Encobrimento dos Erros 23		Encobrimento dos Erros 24		Encobrimento dos Erros 25		Encobrimento dos Erros 26		Encobrimento dos Erros 27		Encobrimento dos Erros 28	
	GR	Não GR	GR	Não GR	GR	Não GR	GR	Não GR	GR	Não GR	GR	Não GR
De modo algum	17	82	14	71	19	90	23	113	25	98	24	102
Um pouco	8	21	7	39	3	40	5	27	2	43	7	18
Nem muito nem pouco	6	42	12	31	4	8	6	21	5	19	2	12
Bastante	3	12	1	19	3	21	0	1	2	2	1	10
Totalmente	0	5	0	2	5	3	0	0	0	0	0	20
Total:	34	162	34	162	34	162	34	162	34	162	34	162

Se o encobrimento dos erros não é defendido, a comunicação do erro (tabela n.º 33) é estimulada e defendida pelos indivíduos, existindo uma necessidade de aprender com o mesmo através da partilha de experiências com o objectivo de melhorar a sua prestação. Todas as afirmações possuem modas de 4 e 5 com mediana de 4.

Tabela n.º 33: Medidas de tendência central e de dispersão face à característica Comunicação do Erro

	Comunicação do Erro 29: <i>Quando cometo um erro no trabalho, comunico-o aos meus colegas para que não cometam os mesmos erros.</i>	Comunicação do Erro 30: <i>Se não consigo corrigir sozinho os meus erros, peço ajuda aos meus colegas.</i>	Comunicação do Erro 31: <i>Se não consigo gerir a correcção de um erro, posso confiar nos outros.</i>	Comunicação do Erro 32: <i>Quando faço algo errado, questiono os outros como posso fazer melhor.</i>
N – Valid	196	196	196	196
N – Missing	0	0	0	0
Mean	4,15	4,35	3,87	4,26
Median	4,00	4,00	4,00	4,00
Mode	4	5	4	5
Std Deviation	0,875	0,787	0,871	0,881
Variance	0,766	0,619	0,758	0,776

Ao avaliarmos a opinião dada entre os dois grupos de profissionais (tabela n.º 34) existe uma similaridade de valores, excepto nas afirmações 30 e 32, nas quais os valores das respostas com maior frequência se encontram invertidos.

Tabela n.º 34: Comunicação do Erro – Análise comparativa entre o gestor do risco e o não gestor do risco

	Comunicação do Erro 29		Comunicação do Erro 30		Comunicação do Erro 31		Comunicação do Erro 32	
	GR	Não GR	GR	Não GR	GR	Não GR	GR	Não GR
De modo algum	0	2	0	4	5	0	5	0
Um pouco	7	3	1	0	1	5	1	2
Nem muito nem pouco	2	18	5	6	5	35	2	16
Bastante	15	73	16	70	19	84	15	66
Totalmente	10	66	12	82	4	38	11	78
Total:	34	162	34	162	34	162	34	162

Dada a necessidade de aprender com os erros, evitando encobri-los de todos os profissionais e estimulando a sua comunicação no seio de toda a equipa, urge a necessidade de pensar nos erros, de forma a compreendê-los e a poder evitar ou antecipar a sua ocorrência (tabela n.º 35). Desta forma, é possível dar uma resposta mais rápida e eficaz perante a ocorrência do mesmo.

Tabela n.º 35: Medidas de tendência central e de dispersão face à característica Pensar nos Erros

	Pensar nos Erros 33: <i>Depois de cometer um erro, penso como é que aconteceu.</i>	Pensar nos Erros 34: <i>Normalmente penso: "Como podia ter previsto isto?"</i>	Pensar nos Erros 35: <i>Se algo correr mal no trabalho, penso cuidadosamente nele.</i>	Pensar nos Erros 36: <i>Depois de um erro ocorrer, penso durante bastante tempo o que fazer para o corrigir.</i>	Pensar nos Erros 37: <i>Quando um erro ocorre, analiso-o minuciosamente.</i>
N – Valid	196	196	196	196	196
N – Missing	0	0	0	0	0
Mean	4,41	4,48	4,47	4,09	4,33
Median	4,50	5,00	5,00	4,00	4,00
Mode	5	5	5	5	5
Std Deviation	0,707	0,644	0,628	0,996	0,742
Variance	0,499	0,415	0,394	0,992	0,551

Ao avaliarmos a opinião dada entre os dois grupos de profissionais (tabela n.º 36) constata-se novamente uma inversão dos valores em termos da frequência das respostas em todas as afirmações, apesar de se centrarem no mesmo nível e de serem muito semelhantes.

Tabela n.º 36: Pensar nos Erros – Análise comparativa entre o gestor do risco e o não gestor do risco

	Pensar nos Erros 33		Pensar nos Erros 34		Pensar nos Erros 35		Pensar nos Erros 36		Pensar nos Erros 37	
	GR	Não GR	GR	Não GR	GR	Não GR	GR	Não GR	GR	Não GR
De modo algum	0	2	0	0	0	0	4	1	0	0
Um pouco	1	0	1	1	1	2	1	11	5	1
Nem muito nem pouco	1	9	2	8	2	3	3	20	2	12
Bastante	24	61	19	56	18	66	17	60	21	64
Totalmente	8	90	12	97	13	91	9	70	6	85
Total:	34	162	34	162	34	162	34	162	34	162

Da análise da correlação entre os indicadores constituintes da variável cultura de orientação ao erro (quadro n.º 16) pode constatar-se uma associação positiva mais evidente ao nível da competência do erro, do pensar nos erros e no aprender com os erros, para um nível de significância de 0,01. Contudo, o indicador comunicação do erro revela uma associação fraca para um nível de significância de 0,05.

Quadro n.º 16: Cultura de Orientação ao Erro – Correlações

		Correlations								
		Somatório Cultura Orientação do Erro	Competência do erro	Aprender com os erros	Correr o risco de errar	Tensão do erro	Antecipação do erro	Encobrimento dos erros	Comunicação do erro	Pensar nos erros
Somatório Cultura Orientação do Erro	Pearson Correlation	1	,767**	,659**	,554**	,485**	,635**	,254**	,178*	,767**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,013	,000
	N	196	196	196	196	196	196	196	196	196
Competência do erro	Pearson Correlation	,767**	1	,386**	,226**	,092	,185**	-,092	,111	1,000**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,001	,198	,010	,200	,121	,000
	N	196	196	196	196	196	196	196	196	196
Aprender com os erros	Pearson Correlation	,659**	,386**	1	,436**	,178*	,403**	,126	,117	,386**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,013	,000	,078	,101	,000
	N	196	196	196	196	196	196	196	196	196
Correr o risco de errar	Pearson Correlation	,554**	,226**	,436**	1	,138	,453**	,101	,008	,226**
	Sig. (2-tailed)	,000	,001	,000		,054	,000	,157	,917	,001
	N	196	196	196	196	196	196	196	196	196
Tensão do erro	Pearson Correlation	,485**	,092	,178*	,138	1	,472**	,205**	,017	,092
	Sig. (2-tailed)	,000	,198	,013	,054		,000	,004	,813	,198
	N	196	196	196	196	196	196	196	196	196
Antecipação do erro	Pearson Correlation	,635**	,185**	,403**	,453**	,472**	1	,271**	,013	,185**
	Sig. (2-tailed)	,000	,010	,000	,000	,000		,000	,855	,010
	N	196	196	196	196	196	196	196	196	196
Encobrimento dos erros	Pearson Correlation	,254**	-,092	,126	,101	,205**	,271**	1	-,252**	-,092
	Sig. (2-tailed)	,000	,200	,078	,157	,004	,000		,000	,200
	N	196	196	196	196	196	196	196	196	196
Comunicação do erro	Pearson Correlation	,178*	,111	,117	,008	,017	,013	-,252**	1	,111
	Sig. (2-tailed)	,013	,121	,101	,917	,813	,855	,000		,121
	N	196	196	196	196	196	196	196	196	196
Pensar nos erros	Pearson Correlation	,767**	1,000**	,386**	,226**	,092	,185**	-,092	,111	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,001	,198	,010	,200	,121	
	N	196	196	196	196	196	196	196	196	196

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

5.2.4 - Cultura da Fiabilidade

A Cultura da Fiabilidade segundo os respondentes das organizações de saúde foi avaliada na secção n.º V do questionário. Segundo WEICK, SUTCLIFFE (2001: 10-17), a cultura da fiabilidade apresenta 5 características fulcrais, sendo elas, a preocupação com a falha, a relutância para simplificar as interpretações, a sensibilidade às operações, a resiliência e a deferência com a *expertise*. Iremos analisar cada uma delas isoladamente, realizando uma análise comparativa com os profissionais, gestores de risco, e os que não são.

A primeira característica avaliada no questionário foi resiliência (tabela n.º 37), para a qual foram utilizadas 4 afirmações, as quais serão codificadas de resiliência 1-4 para tornar mais fácil a sua análise. Em termos da resiliência, não é notória uma elevada

preocupação, uma vez que a média de respostas se centra nos 3 (entre 3,11-3,42), sendo a moda de 3, o que revelam não concordam nem discordam.

Tabela n.º 37: Medidas de tendência central e de dispersão face à característica Resiliência

	Resiliência 1: <i>Temos processos de trabalho preparados para dar resposta a situações inesperadas que actuam de forma independente da hierarquia.</i>	Resiliência 2: <i>A organização está preparada para analisar e responder a situações inesperadas.</i>	Resiliência 3: <i>As pessoas chamadas a lidar com situações inesperadas são as melhor preparadas para isso, mesmo se essa não era a sua função habitual.</i>	Resiliência 4: <i>Quando surgem situações inesperadas, são mobilizadas para as resolver as pessoas certas, sejam quais forem as tarefas que elas executem no seu dia a dia.</i>
N – Valid	196	196	196	196
N – Missing	0	0	0	0
Mean	3,42	3,22	3,11	3,12
Median	4,00	3,00	3,00	3,00
Mode	4	3	3	3
Std Deviation	0,933	0,893	0,927	0,844
Variance	0,871	0,798	0,859	0,713

Quanto à característica resiliência, ao avaliarmos a opinião dada entre os dois grupos de profissionais (tabela n.º 38) constata-se uma homogeneidade em termos das respostas dadas e conseqüentemente dos valores obtidos.

Tabela n.º 38: Resiliência – Análise comparativa entre o gestor do risco e o não gestor do risco

	Resiliência 1		Resiliência 2		Resiliência 3		Resiliência 4	
	GR	Não GR	GR	Não GR	GR	Não GR	GR	Não GR
Discordo totalmente	1	4	0	1	1	3	0	0
Discordo	1	28	2	44	2	50	2	51
Não concordo nem discordo	10	47	10	60	14	54	14	58
Concordo	15	73	15	52	12	50	16	49
Concordo totalmente	7	10	7	5	5	5	2	4
Total:	34	162	34	162	34	162	34	162

A segunda característica avaliada no questionário foi a deferência (tabela n.º 39), para a qual foram utilizadas 4 afirmações, tendo as mesmas sido codificadas de deferência 1-4 para tornar mais fácil a sua análise. Constatamos uma maior preocupação, na medida em que em 3 das afirmações, a moda se centra nos 4, concordando os inquiridos com as afirmações apresentadas, excepto na questão n.º 4.

Tabela n.º 39: Medidas de tendência central e de dispersão face à característica Deferência

	Deferência 1: <i>Os colaboradores com melhor reputação são os melhores profissionais, e não necessariamente os que desempenham cargos hierarquicamente superiores.</i>	Deferência 2: <i>Os melhores profissionais são os mais respeitados.</i>	Deferência 3: <i>As pessoas confiam nas soluções encontradas pelos profissionais mais competentes.</i>	Deferência 4: <i>Quando surgem situações inesperadas, as decisões dos melhores profissionais prevalecem sobre as das chefias.</i>
--	--	---	--	---

N – Valid	196	196	196	196
N – Missing	0	0	0	0
Mean	3,54	3,15	4,07	3,08
Median	4,00	3,00	4,00	3,00
Mode	4	4	4	3
Std Deviation	1,025	1,061	0,657	0,992
Variance	1,050	1,125	0,431	0,984

Em termos da característica deferência, ao avaliarmos a opinião dada entre os dois grupos de profissionais (tabela n.º 40) constata-se novamente uma homogeneidade em termos das respostas dadas e consequentemente dos valores obtidos.

Tabela n.º 40: Deferência – Análise comparativa entre o gestor do risco e o não gestor do risco

	Deferência 1		Deferência 2		Deferência 3		Deferência 4	
	GR	Não GR	GR	Não GR	GR	Não GR	GR	Não GR
Discordo totalmente	0	5	4	5	0	0	0	3
Discordo	4	27	6	45	0	4	13	48
Não concordo nem discordo	11	35	7	49	2	22	10	59
Concordo	15	67	12	49	27	96	5	39
Concordo totalmente	4	28	5	14	5	40	6	13
Total:	34	162	34	162	34	162	34	162

Para a terceira característica avaliada no questionário foi a preocupação com a falha (tabela n.º 41), para a qual foram utilizadas 4 afirmações. Pode-se inferir uma preocupação por parte de todos os profissionais em não falhar, tendo em vista a optimização dos seus recursos e a prestação de serviços com qualidade, em concordância com os objectivos organizacionais.

Tabela n.º 41: Medidas de tendência central e de dispersão face à característica Preocupação com a Falha

	Preocupação com a Falha 1: <i>Quando surgem falhas ou incidentes as pessoas preocupam-se em registá-los e comunicá-los.</i>	Preocupação com a Falha 2: <i>As equipas procuram analisar as causas das falhas ou incidentes que surgem.</i>	Preocupação com a Falha 3: <i>As pessoas preocupam-se em detectar eventuais falhas, enganos ou erros.</i>	Preocupação com a Falha 4: <i>As pessoas são incentivadas a detectar, reportar e analisar falhas, enganos ou erros.</i>
N – Valid	196	196	196	196
N – Missing	0	0	0	0
Mean	3,59	3,73	3,60	3,62
Median	4,00	4,00	4,00	4,00
Mode	4	4	4	4
Std Deviation	0,809	0,745	0,820	0,836
Variance	0,654	0,555	0,673	0,699

Em termos da preocupação com a falha, a opinião dada entre os dois grupos de profissionais (tabela n.º 42) revela homogeneidade em termos das respostas dadas.

Tabela n.º 42: Preocupação com a Falha – Análise comparativa entre o gestor do risco e o não gestor do risco

	Preocupação com a Falha 1		Preocupação com a Falha 2		Preocupação com a Falha 3		Preocupação com a Falha 4	
	GR	Não GR	GR	Não GR	GR	Não GR	GR	Não GR
Discordo totalmente	0	0	0	1	0	7	0	5
Discordo	2	23	1	16	0	8	1	11
Não concordo nem discordo	6	40	6	24	10	45	9	45
Concordo	19	91	20	113	16	97	15	92
Concordo totalmente	7	8	7	8	8	5	9	9
Total:	34	162	34	162	34	162	34	162

A quarta característica avaliada no questionário foi a relutância em simplificar interpretações (tabela n.º 43), para a qual foram utilizadas 4 afirmações. Surge novamente uma notória preocupação em compreender o porquê dos acontecimentos, encontrando-se os indivíduos relutantes em simplificar as interpretações, para poder assim fazer face à falha, elementos realçados por apresentar mediana e moda de 4.

Tabela n.º 43: Medidas de tendência central e de dispersão face à característica Relutância em Simplificar Interpretações

	Relutância em Simplificar Interpretações 1: <i>Perante situações inesperadas as pessoas valorizam o aparecimento de mais do que uma interpretação da situação.</i>	Relutância em Simplificar Interpretações 2: <i>Quando surgem situações imprevistas, as pessoas preocupam-se em discutir todas as soluções possíveis e não apenas as que habitualmente se utilizam nesses casos.</i>	Relutância em Simplificar Interpretações 3: <i>Em situações inesperadas, as pessoas procuram o máximo de informação possível de maneira a escolher a melhor de entre as soluções possíveis.</i>	Relutância em Simplificar Interpretações 4: <i>Perante situações inesperadas, são bem vindas mais diversas interpretações sobre o que se está a passar.</i>
N – Valid	196	196	196	196
N – Missing	0	0	0	0
Mean	3,46	3,43	3,56	3,60
Median	4,00	4,00	4,00	4,00
Mode	4	4	4	4
Std Deviation	0,856	0,791	0,779	0,768
Variance	0,732	0,626	0,607	0,591

A opinião dada pelos dois grupos de profissionais, para a característica relutância em simplificar interpretações (tabela n.º 44), revela mais uma vez homogeneidade nas respostas dadas.

Tabela n.º 44: Relutância em Simplificar Interpretações – Análise comparativa entre o gestor do risco e o não gestor do risco

	Relutância em Simplificar	Relutância em Simplificar	Relutância em Simplificar	Relutância em Simplificar
--	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

	Interpretações 1		Interpretações 2		Interpretações 3		Interpretações 4	
	GR	Não GR	GR	Não GR	GR	Não GR	GR	Não GR
Discordo totalmente	4	2	1	1	0	0	0	3
Discordo	4	17	5	22	3	23	2	15
Não concordo nem discordo	6	47	15	41	9	35	8	36
Concordo	17	91	12	95	17	100	22	102
Concordo totalmente	3	5	1	3	5	4	2	6
Total:	34	162	34	162	34	162	34	162

A quinta e última característica avaliada no questionário foi sensibilidade às operações (tabela n.º 45), para a qual foram utilizadas 4 afirmações, em que uma das questões se mostrou menos relevante, em detrimento das restantes, as quais denotam a importância dada à sensibilidade das operações por parte dos seus profissionais.

Tabela n.º 45: Medidas de tendência central e de dispersão face à característica Sensibilidade às Operações

	Sensibilidade às operações 1 e 2: <i>Os profissionais têm as competências (conhecimento, experiências) necessárias para dar resposta às situações inesperadas que acontecem.</i>	Sensibilidade às operações 3: <i>Perante situações inesperadas, os profissionais têm capacidade para pôr em prática as decisões que tomaram para resolver a solução.</i>	Sensibilidade às operações 4: <i>Os profissionais sentem que a organização apoia as decisões que tomam para resolver situações inesperadas.</i>
N – Valid	196	196	196
N – Missing	0	0	0
Mean	3,62	3,42	3,14
Median	4,00	4,00	3,00
Mode	4	4	4
Std Deviation	0,759	0,701	0,900
Variance	0,576	0,492	0,810

Para a última característica avaliada – sensibilidade às operações – a opinião dada pelos dois grupos de profissionais (tabela n.º 46) demonstra mais uma vez homogeneidade em termos das respostas dadas.

Tabela n.º 46: Sensibilidade às Operações – Análise comparativa entre o gestor do risco e o não gestor do risco

	Sensibilidade às operações 1 e 2		Sensibilidade às operações 3		Sensibilidade às operações 4	
	GR	Não GR	GR	Não GR	GR	Não GR
Discordo totalmente	1	0	0	1	0	8
Discordo	2	17	1	17	2	37
Não concordo nem discordo	8	37	9	68	13	57
Concordo	23	97	24	73	18	57
Concordo totalmente	0	11	0	3	1	3
Total:	34	162	34	162	34	162

Da análise da correlação entre os indicadores constituintes da variável cultura da fiabilidade (quadro n.º 17) constata-se uma associação positiva mais forte para a resiliência e a preocupação com a falha, para um nível de significância de 0,01. Embora exista uma associação positiva para todos os outros indicadores, para o mesmo nível de significância.

Quadro n.º 17: Cultura da Fiabilidade – Correlações

Correlations							
		Somatório da Cultura da Fiabilidade	Resiliência	Deferência	Preocupação com a falha	Cult_fiab_relut_simplificar	Sensibilidade às operações
Somatório da Cultura da Fiabilidade	Pearson Correlation	1	,796**	,520**	,669**	,617**	,661**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000
	N	196	196	196	196	196	196
Resiliência	Pearson Correlation	,796**	1	,428**	,423**	,313**	,409**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000
	N	196	196	196	196	196	196
Deferência	Pearson Correlation	,520**	,428**	1	,118	,093	,063
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,100	,195	,378
	N	196	196	196	196	196	196
Preocupação com a falha	Pearson Correlation	,669**	,423**	,118	1	,256**	,386**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,100		,000	,000
	N	196	196	196	196	196	196
Cult_fiab_relut_simplificar	Pearson Correlation	,617**	,313**	,093	,256**	1	,337**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,195	,000		,000
	N	196	196	196	196	196	196
Sensibilidade às operações	Pearson Correlation	,661**	,409**	,063	,386**	,337**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,378	,000	,000	
	N	196	196	196	196	196	196

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

5.2.5 - Análise da variância dos gestores e não gestores de risco relativamente ao risco

Vai analisar-se a importância dada à cultura de orientação ao erro, cultura da fiabilidade e às tarefas do gestor do risco de cuidado de saúde na opinião dos profissionais gestores de risco e não gestores de risco.

A tabela n.º 47 mostra que nos gestores de risco a média observada é superior à dos profissionais não gestores de risco excepto ao nível da cultura de orientação do erro.

Para se apurar se as diferenças observadas nas médias e nos desvios-padrões são estatisticamente significativos, aplica-se o teste T para a igualdade de médias, apresentado na tabela n.º 48, aparecendo em primeiro lugar o teste de Levene para a igualdade das variâncias. As hipóteses do teste são:

H_0 : μ Tarefas gestão do risco dos gestores de risco = μ Tarefas gestão do risco dos não gestores de risco

H_1 : μ Tarefas gestão do risco dos gestores de risco \neq μ Tarefas gestão do risco dos não gestores de risco

H_0 : μ Cultura de orientação ao erro dos gestores de risco = μ Cultura de orientação ao erro dos não gestores de risco

H_1 : μ Cultura de orientação ao erro dos gestores de risco \neq μ Cultura de orientação ao erro dos não gestores de risco

H_0 : μ Cultura da fiabilidade dos gestores de risco = μ Cultura da fiabilidade dos não gestores de risco

H_1 : μ Cultura da fiabilidade dos gestores de risco \neq μ Cultura da fiabilidade dos não gestores de risco

Quando o teste T leva à não rejeição da hipótese nula, tal significa que a diferença nas médias dos dois grupos é zero pelo que o intervalo de confiança para a diferença de médias contém a diferença nula, ou seja, o valor zero.

Tabela n.º 47: Médias, desvios padrões e estimativas do erro amostral

Group Statistics					
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Tarefas da Gestão do Risco	Gestor de Risco	34	727,7647	106,89334	18,33206
	Não é GR	156	700,0192	93,67194	7,49976
Cultura Orientação do Erro	Gestor de Risco	34	169,9706	21,84586	3,74653
	Não é GR	162	177,7963	19,48375	1,53079
Cultura da Fiabilidade	Gestor de Risco	34	72,6471	8,26047	1,41666
	Não é GR	162	68,2840	8,14196	,63969

Na avaliação com os testes T simultâneos (quadro n.º 18) foi definido um intervalo de confiança simultâneo de 98,34%.

A diferença de 27,74 observada nos dois grupos quanto às tarefas de gestão de risco não é estatisticamente significativa ($T_{\text{Equal variances assumed}} = 1,525$; $\alpha = 0,129 \times 3$). Ambos os grupos consideram importantes as funções dos gestores de risco. Assim, não se rejeita H_0 pelo que as médias referidas para as tarefas de gestão de risco é igual nos gestores de risco e não gestores de risco.

Quanto à diferença de -7,82 observada nos dois grupos quanto à cultura de orientação do erro é estatisticamente significativa ($T_{\text{Equal variances assumed}} = -2,084$; $\alpha = 0,038 \times 3$). Enquanto os gestores de risco consideram pouco importante ($mean = 169,97$), os do grupo de não gestores de risco consideram importante ($mean = 177,79$). Deste modo, rejeita-se H_0 pelo que a cultura de orientação do erro é diferente nos gestores de risco e não gestores de risco.

A diferença de 4,36 observada nos dois grupos quanto à cultura da fiabilidade é estatisticamente significativa ($T_{\text{Equal variances assumed}} = 2,834$; $\alpha = 0,005 \times 3$). Enquanto o

grupo dos gestores de risco considera importante ($mean = 72,64$), o grupo de não gestores de risco consideram pouco importante ($mean = 68,28$). Igualmente, rejeita-se H_0 pelo que a cultura da fiabilidade é diferente nos gestores de risco e não gestores de risco.

Quadro n.º 18: Testes T Simultâneos

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					98.34% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Tarefas da Gestão do Risco	Equal variances assumed	,343	,559	1,525	188	,129	27,74548	18,19318	-16,22923	71,72018
	Equal variances not assumed			1,401	44,704	,168	27,74548	19,80683	-21,55463	77,04558
Cultura Orientação do Erro	Equal variances assumed	1,492	,223	-2,084	194	,038	-7,82571	3,75492	-16,89919	1,24777
	Equal variances not assumed			-1,934	44,683	,060	-7,82571	4,04720	-17,89956	2,24814
Cultura da Fiabilidade	Equal variances assumed	,156	,694	2,834	194	,005	4,36311	1,53972	,64250	8,08371
	Equal variances not assumed			2,807	47,425	,007	4,36311	1,55439	,50280	8,22342

Tests of Normality							
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Total de Tarefas da Gestão do Risco	Gestor de Risco	,148	34	,056	,878	34	,001
	Não é GR	,100	156	,001	,969	156	,001
Somatório Cultura Orientação do Erro	Gestor de Risco	,178	34	,008	,923	34	,019
	Não é GR	,089	156	,004	,964	156	,000
Somatório da Cultura da Fiabilidade	Gestor de Risco	,147	34	,062	,929	34	,028
	Não é GR	,094	156	,002	,978	156	,013

a. Lilliefors Significance Correction

5.2.6 - Análise comparativa entre as Organizações de Saúde

Outro aspecto importante a estudar visa a análise isolada de cada organização de saúde, comparando a opinião dada pelos seus profissionais nas várias áreas avaliadas, nomeadamente entre os gestores de risco e os não gestores de risco, dados apresentados conforme:

Organização A

Para análise da variabilidade observada na amostra da *Organização A* toma-se a comparação entre os valores estimados da variabilidade entre grupos e dentro grupo para os gestores de risco e os outros profissionais.

Se a variabilidade entre grupos for suficientemente grande face à variabilidade dentro dos grupos, pode rejeitar-se a hipótese nula que afirma que todas as médias da população são iguais.

Na presente organização, a relação entre essas variabilidades para tarefas de gestão do risco é de 0,05 e o nível de significância é de 0,947, pelo que se conclui pela rejeição da hipótese nula.

Para as restantes variáveis também não existe significância estatística, rejeitando-se a hipótese nula.

Quadro n.º 19: Análise comparativa da Organização A

Descriptives									
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Tarefas da Gestão do Risco	Gestor de Risco	1	736,0000	.	.	.	.	736,00	736,00
	Não é GR	20	730,3000	82,61267	18,47275	691,6361	768,9639	612,00	882,00
	Total	21	730,5714	80,53047	17,57319	693,9144	767,2285	612,00	882,00
Cultura Orientação do Erro	Gestor de Risco	1	201,0000	.	.	.	.	201,00	201,00
	Não é GR	26	178,9231	19,03875	3,73381	171,2332	186,6130	146,00	218,00
	Total	27	179,7407	19,14638	3,68472	172,1667	187,3148	146,00	218,00
Cultura da Fiabilidade	Gestor de Risco	1	70,0000	.	.	.	.	70,00	70,00
	Não é GR	26	68,3846	8,20281	1,60870	65,0714	71,6978	51,00	84,00
	Total	27	68,4444	8,04953	1,54913	65,2602	71,6287	51,00	84,00

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Tarefas da Gestão do Risco	Between Groups	30,943	1	30,943	,005	,947
	Within Groups	129672,2	19	6824,853		
	Total	129703,1	20			
Cultura Orientação do Erro	Between Groups	469,339	1	469,339	1,295	,266
	Within Groups	9061,846	25	362,474		
	Total	9531,185	26			
Cultura da Fiabilidade	Between Groups	2,513	1	2,513	,037	,848
	Within Groups	1682,154	25	67,286		
	Total	1684,667	26			

Organização B

Análise da variabilidade observada na amostra da *Organização B*:

Quadro n.º 20: Análise comparativa da Organização B

Descriptives									
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Tarefas da Gestão do Risco	Gestor de Risco	1	651,0000	.	.	.	.	651,00	651,00
	Não é GR	11	700,9091	100,13436	30,19165	633,6379	768,1803	480,00	854,00
	Total	12	696,7500	96,55533	27,87312	635,4017	758,0983	480,00	854,00
Cultura Orientação do Erro	Gestor de Risco	1	162,0000	.	.	.	.	162,00	162,00
	Não é GR	11	177,7273	15,08702	4,54891	167,5917	187,8629	154,00	202,00
	Total	12	176,4167	15,08436	4,35448	166,8325	186,0008	154,00	202,00
Cultura da Fiabilidade	Gestor de Risco	1	79,0000	.	.	.	.	79,00	79,00
	Não é GR	11	70,1818	11,27669	3,40005	62,6060	77,7576	51,00	89,00
	Total	12	70,9167	11,04913	3,18961	63,8964	77,9370	51,00	89,00

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Tarefas da Gestão do Risco	Between Groups	2283,341	1	2283,341	,228	,643
	Within Groups	100268,9	10	10026,891		
	Total	102552,3	11			
Cultura Orientação do Erro	Between Groups	226,735	1	226,735	,996	,342
	Within Groups	2276,182	10	227,618		
	Total	2502,917	11			
Cultura da Fiabilidade	Between Groups	71,280	1	71,280	,561	,471
	Within Groups	1271,636	10	127,164		
	Total	1342,917	11			

Na presente organização, a relação entre essas variabilidades para tarefas de gestão do risco é de 0,228 e o nível de significância é de 0,643, pelo que se conclui pela rejeição da hipótese nula. O mesmo acontece nas restantes variáveis.

Organização C

Análise da variabilidade observada na amostra da *Organização C*:

Quadro n.º 21: Análise comparativa da Organização C

Descriptives										
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum		
					Lower Bound	Upper Bound				
Tarefas da Gestão do Risco	Gestor de Risco	12	730,7500	61,09475	17,63653	691,9322	769,5678	646,00	818,00	
	Não é GR	18	679,7778	103,25614	24,33771	628,4297	731,1258	488,00	902,00	
	Total	30	700,1667	91,16415	16,64422	666,1254	734,2079	488,00	902,00	
Cultura Orientação do Erro	Gestor de Risco	12	163,0000	19,19754	5,54185	150,8025	175,1975	136,00	207,00	
	Não é GR	18	181,8333	14,31679	3,37450	174,7138	188,9529	150,00	211,00	
	Total	30	174,3000	18,65504	3,40593	167,3341	181,2659	136,00	211,00	
Cultura da Fiabilidade	Gestor de Risco	12	73,6667	8,99832	2,59759	67,9494	79,3839	58,00	85,00	
	Não é GR	18	69,4444	7,39811	1,74375	65,7655	73,1234	52,00	83,00	
	Total	30	71,1333	8,19896	1,49692	68,0718	74,1949	52,00	85,00	

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Tarefas da Gestão do Risco	Between Groups	18706,806	1	18706,806	2,356	,136
	Within Groups	222309,4	28	7939,620		
	Total	241016,2	29			
Cultura Orientação do Erro	Between Groups	2553,800	1	2553,800	9,485	,005
	Within Groups	7538,500	28	269,232		
	Total	10092,300	29			
Cultura da Fiabilidade	Between Groups	128,356	1	128,356	1,973	,171
	Within Groups	1821,111	28	65,040		
	Total	1949,467	29			

Na organização C, a relação entre variâncias para tarefas de gestão do risco é de 2,356 e o nível de significância é de 0,136, pelo que se conclui pela rejeição da hipótese nula, ocorrendo o mesmo com a cultura da fiabilidade.

Para a cultura da orientação do erro identificamos que a média total é de 174,300 e que nos grupos varia entre 163,000 para o gestor de risco e 181,833 para os não gestores de risco. Assim, podemos constatar que a variabilidade é de 9,485 para um nível de significância de 0,005 pelo que se conclui que apenas 5 vezes em 1000, quando a hipótese nula é verdadeira esperamos encontrar um rácio maior ou igual ao obtido. Não rejeitamos a hipótese nula dado ser provável que o número médio para esta variável seja igual para os grupos estudados.

Organização D

Análise da variabilidade observada na amostra da *Organização D*:

Na presente organização, a relação entre essas variabilidades para tarefas de gestão do risco é de 0,401 e o nível de significância é de 0,532, pelo que se conclui pela rejeição da hipótese nula. Para as restantes variáveis também não existe significância estatística, rejeitando-se a hipótese nula.

Quadro n.º 22: Análise comparativa da Organização D

Descriptives									
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	
					Lower Bound	Upper Bound			
Tarefas da Gestão do Risco	Gestor de Risco	7	735,0000	204,20007	77,18037	546,1464	923,8536	320,00	921,00
	Não é GR	22	702,5000	78,05660	16,64172	667,8916	737,1084	539,00	849,00
	Total	29	710,3448	117,06905	21,73918	665,8141	754,8755	320,00	921,00
Cultura Orientação do Erro	Gestor de Risco	7	171,4286	18,75151	7,08740	154,0863	188,7708	150,00	201,00
	Não é GR	22	174,9091	21,91740	4,67280	165,1915	184,6267	128,00	210,00
	Total	29	174,0690	20,92663	3,88598	166,1089	182,0290	128,00	210,00
Cultura da Fiabilidade	Gestor de Risco	7	68,4286	7,13809	2,69795	61,8269	75,0302	59,00	77,00
	Não é GR	22	66,2273	6,33908	1,35150	63,4167	69,0379	52,00	78,00
	Total	29	66,7586	6,47884	1,20309	64,2942	69,2230	52,00	78,00

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Tarefas da Gestão do Risco	Between Groups	5609,052	1	5609,052	,401	,532
	Within Groups	378135,5	27	14005,019		
	Total	383744,6	28			
Cultura Orientação do Erro	Between Groups	64,330	1	64,330	,142	,709
	Within Groups	12197,532	27	451,760		
	Total	12261,862	28			
Cultura da Fiabilidade	Between Groups	25,732	1	25,732	,604	,444
	Within Groups	1149,578	27	42,577		
	Total	1175,310	28			

Organização E

Análise da variabilidade observada na amostra da *Organização E*:

Quadro n.º 23: Análise comparativa da Organização E

Descriptives									
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	
					Lower Bound	Upper Bound			
Tarefas da Gestão do Risco	Gestor de Risco	6	728,0000	82,39175	33,63629	641,5352	814,4648	611,00	818,00
	Não é GR	18	702,9444	97,09696	22,88597	654,6593	751,2296	539,00	849,00
	Total	24	709,2083	92,55785	18,89329	670,1246	748,2921	539,00	849,00
Cultura Orientação do Erro	Gestor de Risco	6	176,1667	28,15256	11,49323	146,6224	205,7110	136,00	207,00
	Não é GR	18	182,8889	20,76447	4,89423	172,5630	193,2148	128,00	211,00
	Total	24	181,2083	22,35675	4,56355	171,7679	190,6488	128,00	211,00
Cultura da Fiabilidade	Gestor de Risco	6	74,0000	7,48331	3,05505	66,1467	81,8533	63,00	85,00
	Não é GR	18	67,2222	6,56690	1,54783	63,9566	70,4879	52,00	78,00
	Total	24	68,9167	7,28260	1,48655	65,8415	71,9918	52,00	85,00

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Tarefas da Gestão do Risco	Between Groups	2825,014	1	2825,014	,320	,577
	Within Groups	194214,9	22	8827,952		
	Total	197040,0	23			
Cultura Orientação do Erro	Between Groups	203,347	1	203,347	,396	,536
	Within Groups	11292,611	22	513,301		
	Total	11495,958	23			
Cultura da Fiabilidade	Between Groups	206,722	1	206,722	4,489	,046
	Within Groups	1013,111	22	46,051		
	Total	1219,833	23			

Na presente organização, a relação entre essas variabilidades para tarefas de gestão do risco é de 0,320 e o nível de significância é de 0,577, pelo que se conclui pela rejeição da hipótese nula. Para as restantes variáveis também não existe significância estatística, rejeitando-se a hipótese nula.

Organização F

Análise da variabilidade observada na amostra da *Organização F*:

Quadro n.º 24: Análise comparativa da Organização F

Descriptives									
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	
					Lower Bound	Upper Bound			
Tarefas da Gestão do Risco	Gestor de Risco	1	753,0000	.	.	.	.	753,00	753,00
	Não é GR	12	688,9167	59,62528	17,21234	651,0326	726,8008	574,00	782,00
	Total	13	693,8462	59,78970	16,58268	657,7156	729,9767	574,00	782,00
Cultura Orientação do Erro	Gestor de Risco	1	175,0000	.	.	.	.	175,00	175,00
	Não é GR	12	170,7500	21,63803	6,24636	157,0018	184,4982	128,00	205,00
	Total	13	171,0769	20,75035	5,75511	158,5376	183,6162	128,00	205,00
Cultura da Fiabilidade	Gestor de Risco	1	83,0000	.	.	.	.	83,00	83,00
	Não é GR	12	68,1667	9,92548	2,86524	61,8603	74,4730	53,00	80,00
	Total	13	69,3077	10,35523	2,87202	63,0501	75,5653	53,00	83,00

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Tarefas da Gestão do Risco	Between Groups	3790,776	1	3790,776	1,066	,324
	Within Groups	39106,917	11	3555,174		
	Total	42897,692	12			
Cultura Orientação do Erro	Between Groups	16,673	1	16,673	,036	,854
	Within Groups	5150,250	11	468,205		
	Total	5166,923	12			
Cultura da Fiabilidade	Between Groups	203,103	1	203,103	2,062	,179
	Within Groups	1083,667	11	98,515		
	Total	1286,769	12			

Na presente organização, a relação entre essas variabilidades para tarefas de gestão do risco é de 1,066 e o nível de significância é de 0,324, pelo que se conclui pela rejeição da hipótese nula. O mesmo acontece nas restantes variáveis, rejeitando-se a hipótese nula.

Organização G

Análise da variabilidade observada na amostra da *Organização G*:

Quadro n.º 25: Análise comparativa da Organização G

Descriptives									
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	
					Lower Bound	Upper Bound			
Tarefas da Gestão do Risco	Gestor de Risco	5	741,4000	88,26268	39,47227	631,8074	850,9926	646,00	849,00
	Não é GR	24	712,8750	108,11802	22,06950	667,2208	758,5292	391,00	881,00
	Total	29	717,7931	104,09247	19,32949	678,1984	757,3878	391,00	881,00
Cultura Orientação do Erro	Gestor de Risco	5	166,2000	27,11457	12,12601	132,5328	199,8672	136,00	210,00
	Não é GR	24	180,2917	20,34801	4,15352	171,6995	188,8839	128,00	211,00
	Total	29	177,8621	21,78257	4,04492	169,5764	186,1477	128,00	211,00
Cultura da Fiabilidade	Gestor de Risco	5	70,4000	10,08960	4,51221	57,8721	82,9279	63,00	85,00
	Não é GR	24	68,5000	9,93019	2,02699	64,3068	72,6932	48,00	87,00
	Total	29	68,8276	9,80185	1,82016	65,0992	72,5560	48,00	87,00

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Tarefas da Gestão do Risco	Between Groups	3366,934	1	3366,934	,303	,587
	Within Groups	300019,8	27	11111,845		
	Total	303386,8	28			
Cultura Orientação do Erro	Between Groups	821,690	1	821,690	1,780	,193
	Within Groups	12463,758	27	461,621		
	Total	13285,448	28			
Cultura da Fiabilidade	Between Groups	14,938	1	14,938	,151	,701
	Within Groups	2675,200	27	99,081		
	Total	2690,138	28			

Na presente organização, a relação entre essas variabilidades para tarefas de gestão do risco é de 0,303 e o nível de significância é de 0,587, pelo que se conclui pela rejeição da hipótese nula. O mesmo acontece nas restantes variáveis.

Organização H

Análise da variabilidade observada na amostra da *Organização H*:

Quadro n.º 26: Análise comparativa da Organização H

Descriptives									
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Tarefas da Gestão do Risco	Gestor de Risco	1	615,0000					615,00	615,00
	Não é GR	31	682,8065	101,98282	18,31665	645,3989	720,2141	399,00	821,00
	Total	32	680,6875	101,03798	17,86116	644,2594	717,1156	399,00	821,00
Cultura Orientação do Erro	Gestor de Risco	1	197,0000					197,00	197,00
	Não é GR	31	174,4194	20,10767	3,61144	167,0438	181,7949	128,00	212,00
	Total	32	175,1250	20,17944	3,56725	167,8495	182,4005	128,00	212,00
Cultura da Fiabilidade	Gestor de Risco	1	79,0000					79,00	79,00
	Não é GR	31	68,8065	7,46735	1,34118	66,0674	71,5455	52,00	90,00
	Total	32	69,1250	7,56371	1,33709	66,3980	71,8520	52,00	90,00

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Tarefas da Gestão do Risco	Between Groups	4454,036	1	4454,036	,428	,518
	Within Groups	312014,8	30	10400,495		
	Total	316468,9	31			
Cultura Orientação do Erro	Between Groups	493,952	1	493,952	1,222	,278
	Within Groups	12129,548	30	404,318		
	Total	12623,500	31			
Cultura da Fiabilidade	Between Groups	100,661	1	100,661	1,805	,189
	Within Groups	1672,839	30	55,761		
	Total	1773,500	31			

Na presente organização, a relação entre essas variabilidades para tarefas de gestão do risco é de 0,428 e o nível de significância é de 0,518, pelo que se conclui pela rejeição da hipótese nula. O mesmo se verifica nas restantes variáveis.

Em síntese, na avaliação efectuada em cada instituição em que se avaliou se a opinião dada pelo gestores de risco e os outros profissionais era concordante ou não ao nível do delineamento de funções, bem como se existia consequências ao nível da cultura da fiabilidade e da cultura da orientação ao erro, pode constatar-se significâncias estatísticas que não permitem aceitar a existência de valores médios iguais para os grupos estudados. A excepção encontrada na organização C para a cultura da orientação do erro remete-nos para a possibilidade de se encontrarem valores médios iguais nos grupos.

5.2.7 - Hipóteses em estudo

Seguidamente será apresentada a análise das hipóteses criadas para o estudo, num total de vinte, tal como foram apresentadas anteriormente.

Hipótese A:

A cultura de orientação ao erro é mais evidente nos gestores de risco com mais de 5

anos de exercício.

Para esta hipótese utilizámos o teste de Qui-Quadrado para várias amostras.

H_1 – *A cultura de orientação ao erro é menos evidente nos gestores de risco com mais de 5 anos de exercício.*

Quadro n.º 27: Distribuição da relação cultura de orientação ao erro e tempo de exercício profissional do gestor do risco

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Cultura Orientação do Erro * Tempo de exercício profissional do Gestor de Risco	34	17,3%	162	82,7%	196	100,0%

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	25,330 ^a	17	0,088
Likelihood Ratio	33,289	17	0,010
Linear-by-Linear Association	9,934	1	0,002
N of Valid Cases	34		

a) 36 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,41.

A revisão bibliográfica efectuada demonstrou que a criação, implementação e supervisão de um programa de gestão de risco pressupõe por parte dos profissionais responsáveis formação e experiência face ao mesmo, o mesmo se constatando quanto à cultura de orientação ao erro ou à cultura da fiabilidade. Todavia, não foi referenciado um tempo mínimo a partir do qual os profissionais pudessem ser consideradas mais aptos e capazes para um adequado desempenho profissional. Através da avaliação da hipótese A foi possível verificar que existe diferença em termos da experiência profissional no âmbito da cultura de orientação ao erro, pelo que **rejeitamos** a possibilidade de *a cultura de orientação ao erro ser menos evidente nos gestores de risco com mais de 5 anos de exercício*, dado constatar-se um nível de significância para o teste de *Pearson Chi-Square* superior a 0,005.

Hipótese B:

A cultura da fiabilidade é mais evidente nos gestores de risco com mais de 5 anos de exercício.
--

Para esta hipótese utilizámos o teste Qui-Quadrado para várias amostras.

H_1 – A cultura da fiabilidade é menos evidente nos gestores de risco com mais de 5 anos de exercício.

Quadro n.º 28: Distribuição da relação cultura da fiabilidade e tempo de exercício profissional do gestor do risco

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Cultura da Fiabilidade * Tempo de exercício profissional do Gestor de Risco	34	17,3%	162	82,7%	196	100,0%

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,320 ^a	12	0,281
Likelihood Ratio	18,013	12	0,115
Linear-by-Linear Association	2,050	1	0,152
N of Valid Cases	34		

a) 26 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,41.

Ao **rejeitar H_1** verifica-se que as variáveis não são independentes, e que os respondentes não dão respostas iguais independentemente do tempo de exercício profissional, constatando-se que a cultura da fiabilidade é mais evidente nos gestores de risco com mais de 5 anos de exercício.

Hipótese C:

A enumeração de tarefas para delineamento de funções é mais evidente nos gestores de risco com mais de 5 anos de exercício.

Para esta hipótese utilizámos o teste Qui-Quadrado para várias amostras.

H_1 – A enumeração de tarefas para delineamento de funções é menos evidente nos gestores de risco com mais de 5 anos de exercício.

Quadro n.º 29: Distribuição da relação enumeração de tarefas para delineamento de funções e tempo de exercício profissional do gestor do risco

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Enumeração de tarefas para delineamento de funções para a gestão de risco * Tempo de exercício profissional do Gestor de Risco	34	17,3%	162	82,7%	196	100,0%

Chi-Square Tests			
	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22,440 ^a	19	0,263
Likelihood Ratio	29,296	19	0,061
Linear-by-Linear Association	0,271	1	0,603
N of Valid Cases	34		

a) 40 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,41.

Rejeitamos H_1 , ou seja, as variáveis não são independentes, pelo que a enumeração de tarefas para delimitação de funções é mais evidente nos gestores de risco com mais de 5 anos de exercício.

Hipótese D:

A cultura de orientação ao erro é mais evidente nos profissionais com mais de 20 anos de exercício profissional.

Para esta hipótese utilizámos o teste Qui-Quadrado para várias amostras.

H_1 – *A cultura de orientação ao erro é menos evidente nos profissionais com mais de 20 anos de exercício profissional.*

Quadro n.º 30: Distribuição da relação cultura de orientação ao erro e tempo de exercício profissional

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Cultura de Orientação do Erro * Tempo de exercício profissional dos profissionais	196	100,0%	0	0,0%	196	100,0%

Chi-Square Tests			
	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	88,020 ^a	55	0,003
Likelihood Ratio	103,413	55	0,000
Linear-by-Linear Association	3,658	1	0,056
N of Valid Cases	196		

a) 106 cells (94,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,27.

Rejeitamos que a cultura de orientação ao erro é mais evidente nos profissionais com mais de 20 anos de exercício profissional, dado o nível de significância ser de 0,003. De facto, verifica-se que as respostas não têm a mesma tendência em todos os grupos de exercício profissional, o que leva a concluir que os profissionais com menos de 20 anos têm um entendimento diferente o que resulta em *scores* diferentes dos restantes sobre este tipo de cultura.

Hipótese E:

A cultura da fiabilidade é mais evidente nos profissionais com mais de 20 anos de

exercício profissional.

Para esta hipótese utilizámos o teste Qui-Quadrado para várias amostras.

H_1 – *A cultura da fiabilidade é menos evidente nos profissionais com mais de 20 anos de exercício profissional.*

Quadro n.º 31: Distribuição da relação cultura da fiabilidade e tempo de exercício profissional

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Cultura da Fiabilidade * Tempo de exercício profissional dos profissionais	196	100,0%	0	0,0%	196	100,0%

Chi-Square Tests			
	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	53,543 ^a	33	0,013
Likelihood Ratio	60,467	33	0,002
Linear-by-Linear Association	0,031	1	0,859
N of Valid Cases	196		

a) 55 cells (80,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,27.

Não rejeitamos H_1 , constatando-se que a cultura da fiabilidade é menos evidente nos profissionais com mais de 20 anos de exercício profissional.

Hipótese F:

A enumeração de tarefas para delineamento de funções é mais evidente nos profissionais com mais de 20 anos de exercício profissional.

Para esta hipótese utilizámos o teste Qui-Quadrado para várias amostras.

H_1 – *A enumeração de tarefas para delineamento de funções é menos evidente nos profissionais com mais de 20 anos de exercício profissional.*

Quadro n.º 32: Distribuição da relação enumeração de tarefas para delineamento de funções e tempo de exercício profissional

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Enumeração de tarefas para delineamento de funções para a gestão de risco * Tempo de exercício profissional dos profissionais	190	96,9%	6	3,1%	196	100,0%

Chi-Square Tests			
	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	162,280 ^a	90	0,000

Likelihood Ratio	187,117	90	0,000
Linear-by-Linear Association	8,124	1	0,004
N of Valid Cases	190		

a) 181 cells (99,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,26.

Não rejeitamos H_1 , constatando-se que a enumeração de tarefas para delineamento de funções é menos evidente nos profissionais com mais de 20 anos de exercício profissional.

Hipótese G:
A cultura de orientação ao erro não influencia a cultura da fiabilidade.

Para esta hipótese utilizámos o teste Qui-Quadrado para várias amostras.

H_1 – *A cultura de orientação ao erro influencia a cultura da fiabilidade.*

Quadro n.º 33: Distribuição das médias obtidas na relação cultura de orientação ao erro e cultura da fiabilidade

Descriptive Statistics					
	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Cultura de Orientação ao Erro	196	176,4388	20,07528	128,00	218,00
Cultura da Fiabilidade	196	69,0408	8,30807	48,00	90,00

Test Statistics		
	Cultura da Orientação ao Erro	Cultura da Fiabilidade
Chi-Square (a,b)	165,714	145,735
df	55	33
Asymp. Sig.	0,000	0,000

a) 56 cells (100,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 3,5.

b) 0 cells (0,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 5,8.

A cultura da fiabilidade presente nas organizações de saúde deve realçar por parte das mesmas, uma postura de total abertura face ao inesperado, o que a dota de capacidades que promovem o desenvolvimento de estratégias que contribuem para a sua resolução de forma rápida e com mínimo de consequências para a mesma. Para tal, centra as suas atenções, como já foi referido anteriormente, ao nível da preocupação com a falha, na relutância para simplificar as interpretações, na sensibilidade às operações, na resiliência e na deferência com a *expertise*. Estão assim presentes os aspectos relacionados com a cultura de orientação ao erro que procura não só realizar uma conveniente gestão do mesmo, como também utilizá-lo como processo de aprendizagem.

Através da hipótese em estudo, e tendo por base os grupos estudados, constatamos que existe significância estatística para aceitar que a cultura da fiabilidade é influenciada pela cultura de orientação ao erro.

Hipótese H:

A cultura da fiabilidade é independente do tempo de exercício profissional nas instituições de saúde.

Para esta hipótese utilizamos o teste Qui-Quadrado para várias amostras.

H_1 – *A cultura da fiabilidade é dependente do tempo de exercício profissional nas instituições de saúde.*

Quadro n.º 34: Distribuição das médias obtidas na relação cultura da fiabilidade e tempo de exercício profissional nas instituições de saúde

Descriptive Statistics					
	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Cultura da Fiabilidade	196	69,0408	8,30807	48,00	90,00
Tempo de Exercício Profissional nas Instituições de Saúde	196	274,15	89,630	0	510

Test Statistics		
	Cultura da Fiabilidade	Tempo de Exercício Profissional nas Instituições de Saúde
Chi-Square (a,b)	145,735	119,918
df	33	85
Asymp. Sig.	0,000	0,008

a) 86 cells (100,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 2,3.

b) 0 cells (0,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 5,8.

No presente estudo, pode encontrar-se significado estatístico para que o tempo de exercício profissional nas instituições de saúde influencie a cultura da fiabilidade dos profissionais. Este dado, reforça a importância do processo de aprendizagem e de melhoria contínua adoptado pelas organizações que possuem na sua essência os princípios da cultura da fiabilidade, o qual tem maior expressão quanto maior a nossa experiência e sensibilidade para o mesmo.

Hipótese I:

A cultura de orientação ao erro é independente do tempo de exercício profissional nas instituições de saúde.

Para esta hipótese utilizámos o teste Qui-quadrado para várias amostras.

H_1 – *A cultura de orientação ao erro é dependente do tempo de exercício profissional nas instituições de saúde.*

Quadro n.º 35: Distribuição das médias obtidas na relação cultura de orientação ao erro e tempo de exercício profissional nas instituições de saúde

Descriptive Statistics					
	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Cultura da Orientação ao Erro	196	176,4388	20,07528	128,00	218,00
Tempo de Exercício Profissional nas Instituições de Saúde	196	274,15	89,630	0	510

Test Statistics		
	Cultura da Orientação ao	Tempo de Exercício Profissional nas Instituições de Saúde
Chi-Square (a,b)	165,714	119,918
df	55	85
Asymp. Sig.	0,000	0,008

a) 56 cells (100,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 3,5.

b) 86 cells (100,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 2,3.

Pela análise efectuada, encontrou-se significado estatístico para que o tempo de exercício profissional nas instituições de saúde influencie a cultura de orientação ao erro. A gestão do erro, com o decorrer do tempo, sofre processos de melhoria contínua no qual são desenvolvidas novas estratégias que visam não só o seu controlo como também a aprendizagem como o objectivo de evitar e/ou diminuir as consequências negativas dos erros e promover as suas consequências positivas. Estamos por isso perante um processo de aprendizagem contínuo não só para a organização mas principalmente para os seus profissionais.

Hipótese J:

A enumeração de tarefas para delineamento de funções é independente do tempo de exercício profissional nas instituições de saúde.

Para esta hipótese utilizámos o teste Qui-Quadrado para várias amostras.

H_1 – *A enumeração de tarefas para delineamento de funções é dependente do tempo de exercício profissional nas instituições de saúde.*

Quadro n.º 36: Distribuição das médias obtidas na relação enumeração de tarefas para delineamento de funções de gestão do risco e tempo de exercício profissional nas instituições de saúde

Descriptive Statistics					
------------------------	--	--	--	--	--

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Enumeração de tarefas para delineamento de funções para a gestão de risco	190	704,9842	96,46095	320,00	921,00
Tempo de Exercício Profissional nas Instituições de Saúde	196	274,15	89,630	0	510

Test Statistics		
	Enumeração de tarefas para delineamento de funções para a gestão de risco	Tempo de Exercício Profissional nas Instituições de Saúde
Chi-Square (a,b)	105,989	119,918
df	90	85
Asymp. Sig.	0,120	0,008

a) 91 cells (100,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 2,1.

b) 86 cells (100,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 2,3.

A implementação de um programa de gestão do risco é efectuado de forma faseada, tendo por base a identificação dos erros/problemas de forma a poderem ser criados procedimentos que os eliminem ou reduzam e conseqüentemente formação sobre o mesmo, nas várias áreas passíveis de actuação. Trata-se de um processo moroso, como várias etapas de desempenho, que visam não só a concepção e implementação das estratégias definidas assim como a sensibilização de todos os profissionais da organização. Desta forma, quanto maior a formação e sensibilidade dos profissionais para a gestão do risco, mais facilmente estes poderão compreender quais as funções e competências atribuídas. A análise da hipótese J leva à **rejeição de H_1** , constatando-se que a enumeração de tarefas para delineamento de funções é dependente do tempo de exercício profissional nas instituições de saúde.

Hipótese K:

A enumeração de tarefas para delineamento de funções é independente da cultura da fiabilidade.

Para esta hipótese utilizámos o teste Qui-Quadrado para várias amostras.

H_1 – *A enumeração de tarefas para delineamento de funções é dependente da cultura da fiabilidade.*

Quadro n.º 37: Distribuição da medida na relação enumeração de tarefas para delineamento de funções de gestão do risco e cultura da fiabilidade

Descriptive Statistics					
	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum

Enumeração de tarefas para delineamento de funções para a gestão de risco	190	704,9842	96,46095	320,00	921,00
Cultura da Fiabilidade	196	69,0408	8,30807	48,00	90,00

Test Statistics		
	Enumeração de tarefas para delineamento de funções para a gestão de risco	Cultura da Fiabilidade
Chi-Square (a,b)	105,989	145,735
df	90	33
Asymp. Sig.	0,120	0,000

a) 91 cells (100,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 2,1.
 b) 0 cells (0,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 5,8.

Verificando-se no enquadramento teórico uma ausência de referência à possibilidade de a enumeração de tarefas ser influenciada pela cultura da fiabilidade, procurámos avaliar possível relação no presente estudo, tendo verificado um nível de significância superior a 0,005, que nos sugere a independência entre as variáveis em estudo.

Hipótese L:

A enumeração de tarefas para delineamento de funções é independente da cultura de orientação ao erro.

Para esta hipótese utilizámos o teste de Qui-Quadrado para várias amostras.

H_1 – *A enumeração de tarefas para delineamento de funções é dependente da cultura de orientação ao erro.*

Quadro n.º 38: Distribuição da medida na relação enumeração de tarefas para delineamento de funções de gestão do risco e cultura de orientação ao erro

Descriptive Statistics					
	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Enumeração de tarefas para delineamento de funções para a gestão de risco	190	704,9842	96,46095	320,00	921,00
Cultura de Orientação ao Erro	196	176,4388	20,07528	128,00	218,00

Test Statistics		
	Enumeração de tarefas para delineamento de funções para a gestão de risco	Cultura de Orientação ao Erro
Chi-Square (a,b)	105,989	165,714
df	90	55
Asymp. Sig.	0,120	0,000

a) 91 cells (100,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 2,1.
 b) 56 cells (100,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 3,5.

Também para as variáveis enumeração de tarefas e cultura de orientação ao erro, foi avaliada a possível influência de uma em relação à outra, tendo-se verificado um nível de significância superior a 0,005, que nos sugere a independência entre as variáveis.

Hipótese M:

A enumeração de tarefas para delineamento de funções não é influenciada pelas instituições de saúde onde os profissionais trabalham.

Para esta hipótese utilizámos o teste Qui-Quadrado para várias amostras.

H_1 – *A enumeração de tarefas para delineamento de funções é influenciada pelas instituições de saúde onde os profissionais trabalham.*

Quadro n.º 39: Distribuição da relação enumeração de tarefas para delineamento de funções de gestão do risco e instituições de saúde

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Enumeração de tarefas para delineamento de funções para a gestão de risco * Instituições de saúde	190	96,9%	6	3,1%	196	100,0%

Chi-Square Tests			
	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	630,322 ^a	630	0,489
Likelihood Ratio	453,206	630	1,000
N of Valid Cases	190		

a) 728 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,06.

Existe um nível de significância superior a 0,005 que nos leva a aceitar que as respostas são diferentes entre os respondentes, independentemente das instituições de saúde onde os profissionais trabalham. Ou seja, a enumeração de tarefas para delineamento de funções não é influenciada pelas instituições de saúde onde os profissionais trabalham.

Hipótese N:

A cultura da fiabilidade não é influenciada pelas instituições de saúde onde os profissionais trabalham.

Para esta hipótese utilizámos o teste de Qui-Quadrado para várias amostras.

H_1 – A cultura da fiabilidade é influenciada pelas instituições de saúde onde os profissionais trabalham.

Quadro n.º 40: Distribuição da relação cultura da fiabilidade e instituições de saúde

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Cultura da Fiabilidade * Instituições de saúde	196	100,0%	0	0,0%	196	100,0%

Chi-Square Tests			
	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	224,137 ^a	231	0,615
Likelihood Ratio	192,321	231	0,970
N of Valid Cases	196		

a) 272 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,06.

Rejeitamos H_1 para um nível de significância superior a 0,005, dado a cultura da fiabilidade não ser influenciada pelas instituições de saúde onde os profissionais trabalham.

Hipótese O:

A cultura de orientação ao erro não é influenciada pelas instituições de saúde onde os profissionais trabalham.

Para esta hipótese utilizámos o teste de Qui-quadrado para várias amostras.

H_1 – A cultura de orientação ao erro é influenciada pelas instituições de saúde onde os profissionais trabalham.

Quadro n.º 41: Distribuição da relação cultura de orientação ao erro e instituições de saúde

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Cultura de Orientação ao Erro * Instituições de saúde	196	100,0%	0	0,0%	196	100,0%

Chi-Square Tests			
	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	368,366 ^a	385	0,720
Likelihood Ratio	313,248	385	0,997
N of Valid Cases	196		

a) 448 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,06.

Aceitamos H_0 , constatando-se que a cultura de orientação ao erro não é influenciada pelas instituições de saúde onde os profissionais trabalham.

Hipótese P:

A cultura da fiabilidade é influenciada pelo facto de as organizações serem alvo de processo de acreditação.

Para esta hipótese utilizámos o teste de Qui-Quadrado para várias amostras.

H_1 – *A cultura de fiabilidade não é influenciada pelo facto de as organizações serem alvo de processo de acreditação.*

Quadro n.º 42: Distribuição da relação cultura da fiabilidade e organização alvo de processo de acreditação

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Cultura da Fiabilidade * Organização Alvo de Processo de Acreditação	196	100,0%	0	0,0%	196	100,0%

Chi-Square Tests			
	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	50,446 ^a	66	0,922
Likelihood Ratio	54,218	66	0,850
Linear-by-Linear Association	1,273	1	0,259
N of Valid Cases	196		

a) 90 cells (88,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,06.

Rejeitamos H_1 , constatando-se que a cultura da fiabilidade é influenciada pelo facto de as organizações serem alvo de processo de acreditação. Ou seja, qualquer organização de saúde, quando submetida a um processo de acreditação procura atingir a excelência dos seus serviços, criando standards obrigatórios, os quais assentam nos princípios definidos pela cultura da fiabilidade. Surge assim o desafio de fazer face às novas exigências por intermédio de procedimentos e de equipamentos cada vez mais complexos, com o intuito de promover a qualidade dos serviços prestados, perante o qual poderão surgir novas exigências e como tal novas necessidades. As organizações de saúde devem por isso estar dotas de uma adequada cultura de segurança e de gestão do risco adaptadas à nova realidade e às novas exigências definidas pelo processo de acreditação vigente.

Hipótese Q:

A cultura de orientação ao erro é influenciada pelo facto de as organizações serem alvo de processo de acreditação.

Para esta hipótese utilizámos o teste de Qui-Quadrado para várias amostras.

H_1 – A cultura de orientação ao erro não é influenciada pelo facto de as organizações serem alvo de processo de acreditação.

Quadro n.º 43: Distribuição da relação cultura de orientação ao erro e organização alvo de processo de acreditação

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Cultura de Orientação ao Erro * Organização Alvo de Processo de Acreditação	196	100,0%	0	0,0%	196	100,0%

Chi-Square Tests			
	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	124,607 ^a	110	0,161
Likelihood Ratio	116,252	110	0,323
Linear-by-Linear Association	0,625	1	0,429
N of Valid Cases	196		

a) 163 cells (97,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,06.

Rejeitamos H_1 , constatando-se que a cultura de orientação ao erro é influenciada pelo facto de as organizações serem alvo de processo de acreditação, dado igualmente verificado para a cultura da fiabilidade.

Hipótese R:

O número médio de tarefas enumeradas para delineamento de funções pelos gestores de risco e não gestores de risco não tem diferença significativa.

Para esta hipótese utilizámos o teste de Qui-Quadrado para várias amostras.

H_1 – O número médio de tarefas enumeradas para delineamento de funções pelos gestores de risco e não gestores de risco tem diferença significativa.

Quadro n.º 44: Distribuição da média na relação número médio de tarefas enumeradas para delineamento de funções de gestão do risco, gestores de risco e não gestores do risco

Descriptive Statistics					
	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Enumeração de tarefas para delineamento de funções para a gestão de risco	190	704,9842	96,46095	320,00	921,00
Gestor de Risco	196	1,83	0,380	1	2

Test Statistics		
	Enumeração de tarefas para delineamento de funções para a gestão de risco	Gestor de Risco
Chi-Square (a,b)	105,989	83,592
df	90	1

Asymp. Sig.	0,120	0,000
--------------------	-------	-------

- a) 91 cells (100,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 2,1.
 b) 0 cells (0,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 98,0.

A gestão do risco deve ser realizada por profissionais competentes e sensibilizados para a mesma, sendo por isso fundamental promover um processo de aprendizagem e melhoria contínua, sendo por isso total conhecedores do programa de gestão do risco criado. Como tal, na presente hipótese, e tal como o enquadramento teórico sugere, as funções dos gestores de risco deveriam representar nos *scores* obtidos diferenças significativas, devido à especificidade das tarefas exigidas aos mesmos. Todavia, os resultados obtidos levaram-nos a **aceitar H_0** , pelo que não existe diferença significativa para o número médio de tarefas enumeradas para delineamento de funções entre a opinião dos gestores de risco e dos não gestores de risco.

Hipótese S:

O resultado das médias das tarefas enumeradas para delineamento de funções é homogéneo em ambos os sexos.

Para esta hipótese utilizámos o teste de Qui-Quadrado para várias amostras.

H_1 – *O resultado das médias das tarefas enumeradas para delineamento de funções é diferente em ambos os sexos.*

Quadro n.º 45: Distribuição da relação média da enumeração de tarefas para delineamento de funções para a gestão do risco e sexo

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Média da enumeração de tarefas para delineamento de funções para a gestão de risco * Sexo	190	96,9%	6	3,1%	196	100,0%

Chi-Square Tests			
	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	144,120 ^a	90	0,000
Likelihood Ratio	192,397	90	0,000
N of Valid Cases	190		

- a) 182 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,41.

Rejeitamos a hipótese nula porque se verifica que em ambos os sexos o resultado das médias das tarefas enumeradas para delineamento de funções é diferente para um nível de significância de 0,000.

Hipótese T:

O resultado das médias das tarefas enumeradas para delineamento de funções é influenciada pela formação formal recebida pelos gestores de risco.

Para esta hipótese utilizámos o teste de Qui-Quadrado para várias amostras.

H_1 – *Os resultados da média das tarefas enumeradas para delineamento de funções não é influenciada pela formação formal recebida pelos gestores de risco.*

Quadro n.º 46: Distribuição da relação medida da enumeração de tarefas para delineamento de funções para a gestão do risco e formação formal recebida pelos gestores do risco

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Média da enumeração de tarefas para delineamento de funções para a gestão de risco * Formação na área da Gestão do Risco	34	17,3%	162	82,7%	196	100,0%

Chi-Square Tests			
	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	74,931 ^a	57	0,056
Likelihood Ratio	73,170	57	0,073
Linear-by-Linear Association	0,234	1	0,629
N of Valid Cases	34		

a) 80 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,18.

Aceitamos a hipótese nula porque se verifica que a formação formal recebida pelos gestores de risco influencia o seu entendimento relativo ao delineamento de funções com tradução nas médias das tarefas enumeradas, para um nível de significância superior a 0,005.

6 - CONCLUSÃO

A gestão do risco é ainda uma área recente e desconhecida para os profissionais de saúde portugueses, sendo premente apostar na formação e sensibilização dos profissionais das organizações de saúde sobre a pertinência e impacto da gestão do risco nas políticas de qualidade instituídas. O gestor de risco desempenha um papel fundamental ao contribuir decisivamente para o seu sucesso.

Com a implementação deste estudo, foi possível constatar que uma maior experiência profissional contribui para a sensibilização e compreensão dos profissionais face ao perfil do gestor de risco (enumeração das suas tarefas), assim como para uma mais eficaz cultura da fiabilidade e de orientação ao erro. Esta sensibilização foi notória não só para os gestores de risco como para os outros grupos profissionais estudados, onde a experiência profissional e a formação têm um papel preponderante.

Tal como se pode constatar na pesquisa bibliográfica efectuada, a cultura da fiabilidade aborda aspectos relacionadas com a gestão do erro, pelo que ambos estão relacionadas influenciando-se mutuamente. Tanto a cultura da fiabilidade como a cultura de orientação ao erro são igualmente influenciadas pelo tempo exercício profissional dos profissionais, ao qual se acresce a enumeração de tarefas para delimitação de funções do gestor de risco. Porém, esta última, não é influenciada nem pela cultura da fiabilidade nem pela cultura de orientação ao erro.

A acreditação das organizações de saúde permite uma maior sensibilização dos seus profissionais a todas estas áreas, pois são aspectos fulcrais para o programa de acreditação e consequentemente para a melhoria da qualidade dos serviços prestados pelas mesmas, pelo que influencia a cultura da fiabilidade e de orientação ao erro existentes nas organizações.

Quanto ao perfil do gestor de risco, face à população estudada, identificámos uma população muito heterogénea, constituída maioritariamente por profissionais com mais de 40 anos de idade e com mais de 20 anos de experiência profissional, na sua maioria a exercer funções na área da gestão do risco há menos de 5 anos. São na sua maioria profissionais licenciados, com acumulação de funções e cuja formação na área da gestão

do risco foi obtida em seminários/programas científicos e cursos de desenvolvimento profissional.

Em termos conclusivos, deixamos como sugestões, a divulgação dos resultados obtidos como o intuito de fomentar a aprendizagem e a necessidade de melhoria contínua dos profissionais da saúde. Por outro lado, dada a diversidade e complexidade do tema abordado, seria proveitoso continuar a aplicar o estudo noutras organizações de saúde, como o intuito de poder avaliar com maior exactidão o problema em estudo. Nesse caso, seriam realizadas alterações no instrumento de trabalho utilizado, de forma a torná-lo mais sintético e facilmente compreensível para os profissionais.

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARGYRIS, C; D. SCHON – *Organizational learning: a theory-in-action perspective*. s/ed., Reading: Addison Wesley, 1978, s/ISBN
- BOTERF, Guy Le – *Évaluer les compétences. Quels jugements? Quels critères? Quelles instances? Education Permanente*. 1998. N.º 135-2. Págs. 43-151
- BOYATZIS, R. E. – *The competent manager, a model for effective performance*. s/ed., Nova Iorque, John Wiley & Sons, 1982, ISBN: 978- 0471090311, 308 págs.
- CEITIL, Mário – *Gestão e desenvolvimento de competências*. 1ª ed., Lisboa, Edições Sílabo, 2007, ISBN: 972-618-409-6, 442 págs.
- COLLINS – *Collins Concise Dictionary*. 5ª ed, 2001, ISBN: 9780007229710, 1760 págs.
- COUVRER, Chantal – *A Qualidade de Vida: arte para viver no século XXI*. 1ª ed, Loures, Lusociência, 2001, ISBN: 972-8383-21-5, 197 págs.
- FERNANDES, Artur – *Qualidade de serviço: pela gestão estratégica*. 1ª ed., Cascais, Editora Pergaminho, 2000, ISBN: 972-711-391-5, 189pp.
- FEY, Robert; GOGUE, Jean-Marie – *Princípios da Gestão da Qualidade*. S/ed, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1989, ISBN: 972-31-0497-0, 587pp.
- FORTIN, Marie-Fabienne – *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. S/ed, Loures, Lusociência, 1999, ISBN: 972-8383-10-X, 388 págs.
- FRAGATA, José – *Risco Clínico: Complexidade e performance*. s/ed., Coimbra, Edições Almedina, 2006, ISBN: 972-40-2835-6, 343 págs.
- FRAGATA, José; MARTINS, Luís – *O Erro em Medicina: Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. 2ª ed., Coimbra, Edições Almedina, 2005, ISBN: 972-40-2347-8, 327 págs.
- FRANÇA, Margarida – *A Acreditação em Saúde*. In FRAGATA, José – *Risco Clínico: Complexidade e performance*. s/ed., Coimbra, Edições Almedina, 2006, ISBN: 972-40-2835-6, págs. 333-343
- FRANÇA, Margarida et al – *A experiência portuguesa de acreditação de hospitais*. In Revista Qualidade em Saúde, N.º 0, Junho 2000, págs 28-32

- GRÃ-BRETANHA – National Health Service Management Executive – *Risk Management Manual* in www.doh.gov.uk/nhsexipu/strategy/update/ch5/55.htm
- HEIDMANN, Elma – *Accreditation of Health Organization*. pp. 81-93
- KORLESKI, Deborah – *The emergence of a profession*. In YOUNGBERG, Barbara et al – *Essentials of hospital risk management*. S/ed., Maryland, Aspen Publishers inc., 1990, s/ISBN, pág. 1-8
- MARTINS, Luís – *Causas e mecanismos dos erros em medicina*. In FRAGATA, José; MARTINS, Luís – *O Erro em Medicina: Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. 2ª ed., Coimbra, Edições Almedina, 2005, ISBN: 972-40-2347-8, págs. 41-80
- MARTINS, Luís – *O erro como periferia do sistema*. In FRAGATA, José; MARTINS, Luís – *O Erro em Medicina: Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. 2ª ed., Coimbra, Edições Almedina, 2005, ISBN: 972-40-2347-8, págs. 149-211
- MARTINS, Luís – *Organizações de saúde: por uma cultura da fiabilidade*. In FRAGATA, José; MARTINS, Luís – *O Erro em Medicina: Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. 2ª ed., Coimbra, Edições Almedina, 2005, ISBN: 972-40-2347-8, págs. 215-252
- MCCAFFREY, Jane J.; HAGG-RICKERT, Sheila – *Development of a Risk Management Program*. In CARROLL, Roberta et al – *Risk Management Handbook for Health Care Organizations*. 4ª ed., Chicago, American Society for Healthcare Risk Management, 2004, ISBN: 0-7879-6797-1, pág. 95-118
- MEIGNANT, Alain – *A gestão da formação*. S/ed., Lisboa, Publicações Dom Quixote, 1999, ISBN: 9789722016087, 300 págs.
- NEVES, José Gonçalves et al – *Manual de Competências pessoais, interpessoais e instrumentais – teoria e prática*. 1ª ed., Lisboa, Edições Sílabo, 2006, ISBN: 972-618-406-1, 539 págs.
- OLIVEIRA, Jacinto – *Gestão do risco hospitalar – perspectiva multiprofissional*. In *Revista Ordem dos Enfermeiros*, n.º 19, Dezembro 2005, ISBN: 1646-2629, págs 12-15
- PIDGEON, Nick – *The Limits to Safety? Culture, Politics, Learning and Man-Made Disasters*. In *Journal of Contingencies and Crisis Management*, Volume 5, N.º 1, March 1997, ISSN 0966-0879, págs 1-14

- PINA E CUNHA, Miguel et al – *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. 4ª ed., Lisboa, Editora RH, 2005, ISBN: 972-98823-5-5, 870 págs.
- POLIP, Denise F.; HUNGLER, Bernadett P. – *Investigacion Cientifica en Ciencias de la Salud*. 2ª ed., México, Editora Interamericana, 1985, ISBN: 968-25-1070-8, pág. 27, 317
- REASON, James – *Human Error*. s/ed., Cambridge, Cambridge University Press, 1990, s/ISBN, págs. 9
- RYBOWIAK, Volke et al – *Error Orientation Questionnaire: reliability, validity, and different language equivalence*. In *Journal of Organizational Behavior*, 1999, Vol. 20, ISSN: 0894-3796, págs 527-547
- SALGUEIRO, Ana Jacinta Martins – *Expectativas dos Estudantes do Ensino Superior de Enfermagem*. 1ª ed, Lisboa, Universitária Editora, 2001, ISBN: 972-700-375-3, 284 págs.
- SANDBERG, Jörgen – *Understanding human competence at work: an interpretative approach*. In *Academy of Management Journal*, Feb 2000, Vol. 43, Issue 1, ISSN: 0001-4273, págs 9-25
- SCHIPPMANN, Jeffery S. et al – *The practice of competency modeling*. In *Personnel Psychology*, 2000, Vol. 53 Issue 3, ISSN: 0031-5826, págs 703-740
- SEDWICK, Jeannie – *The Health Care Management Professional*. In CARROLL, Roberta et al – *Risk Management Handbook for Health Care Organizations*. 4ª ed., Chicago, American Society for Healthcare Risk Management, 2004, ISBN: 0-7879-6797-1, pág. 119-156
- SIMÕES, Jorge – *Retrato político da saúde: Dependência do percurso e inovação em saúde – da ideologia ao desempenho*. s/ed., Coimbra, Livraria Almedina, 2004, ISBN: 972-40-2342-7, pág. 283, 285
- SIMÕES, Pedro Filipe Esteves – *A gestão de risco nas instituições hospitalares: aplicação de um modelo de identificação e análise do risco não clínico hospitalar*. S/ed., Lisboa, Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública no âmbito do Curso de Especialização em Administração Hospitalar, 2002, s/ISBN, pág. 22, 35-36
- TETT, Robert P. et al – *Development and content validation of a “Hiperdimensional” Taxonomy of Managerial Competente*. In *Human Performance*, 2000, Vol. 13, Issue 3, ISSN: 0895-9285, págs 205-251

- VAN DYCK, Cathy – *Putting errors to good use: error management culture in organizations*. s/ed., Amsterdam, KLI Dissertatiereeks, 2000-3, ISBN: 90-76269-15-7, 131 págs.
- VAN DYCK, Cathy et al – *Organizational Error Management Culture and its Impact on Performance: A two-study replication*. In *Journal of Applied Psychology*, 2005, Vol. 90, n.º 6, ISSN: 0021-9010, págs 1228-1240
- WEICK, Karl E.; SUTCLIFFE, Kathleen M. – *Managing the Unexpected*. s/ed., San Francisco, Jossey Bass, 2001, ISBN: 0-7879-5627-9, 200 págs.
- YOUNGBERG, Barbara et al – *Essentials of hospital risk management*. S/ed., Maryland, Aspen Publishers inc., 1990, ISBN: 978-0834200982, 251 págs.
- ZARIFIAN, Philippe – *Objective Compétence*. S/ed., Paris, Editions Liaisons, 1999, ISBN: 978-2878802917, 229 págs.

<http://theirm.org/abouttheirm/ABwhatism.htm>

http://www.oecd.org/department/0,2688,en_2649_35014780_1_1_1_1_1,00.html#

<http://www.cs.state.ny.us/successionplanning/workgroups/competencies/competencylist.html>

<http://www.workitect.com/pdf/Portfolio.pdf>

http://www.workitect.com/competency_systems.html

http://www.workitect.com/pdf/Competency_Dictionary.pdf

<http://www.workitect.com/pdf/CompetenciesCompetitiveness.pdf>

<http://www.workitect.com/pdf/ROICompTech2.pdf>

<http://www.opm.gov/studies/transapp.pdf>

<http://www.doleta.gov/pdf/AdvncdManufactFWK.pdf>

<http://www.nchl.org/ns/documents/CompetencyModel-short.pdf>

<http://www.cs.state.ny.us/successionplanning/workgroups/competencies/CompetenciesFinalReport.pdf>

ANEXOS

Anexo I - Instrumento de Colheita de Dados: Entrevista

Anexo II - Instrumento de Colheita de Dados: Questionário

Anexo III - Pedido de autorização para a realização do estudo

Anexo IV - Verbatim das Entrevistas

Anexo V - Significados Formulados