

**OS FATORES ESSENCIAIS ÀS RELAÇÕES
INTERPROFISSIONAIS NA SAÚDE E O SEU IMPACTO NA
QUALIDADE DOS CUIDADOS HOSPITALARES**

Ana Helena Moreira de Oliveira Martins Garcia

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

Orientador(a):

Dr.^a Margarida França, Professora Auxiliar, ISCTE Business School, Gestão de Qualidade na Saúde, Presidente SPQS e Administradora Hospitalar e Vogal do Conselho de Administração do CHVNG/E,EPE

Coorientador(a):

Prof. Doutora Denise Capela dos Santos, Professora Auxiliar, Coordenadora Científica da Licenciatura em Administração de Unidades de Saúde e do MBA Executivo em Gestão de Unidades de Saúde, UAL, Investigadora em colaboração com o INSA e ENSP, Consultora em Gestão.

Setembro 2017

“A pessoa mais útil do mundo hoje em dia é o homem ou a mulher que sabe lidar com os outros. Relações Humanas é a ciência mais importante da vida.”

- Stanley, C. em Maxwell (2008: 17)

RESUMO

Num Hospital, os profissionais de saúde, as equipas multidisciplinares têm um papel importante ao nível da qualidade dos cuidados de saúde. Quanto melhores as relações dos profissionais de saúde integrados na equipa multidisciplinar, melhor o trabalho em equipa e melhor o seu desempenho.

Esta investigação desenrola-se na área das relações interprofissionais na saúde e seu impacto na qualidade dos cuidados hospitalares.

O estudo decorreu em diversos serviços de internamento de quatro hospitais do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, nomeadamente Hospital São José, Hospital Santo António dos Capuchos, Hospital Santa Marta e Hospital Curry Cabral.

Como pretendíamos conhecer a problemática de forma profunda, consideramos pertinente a utilização do método quantitativo, exploratório, descritivo e correlacional. Para a colheita de dados foi utilizado um questionário aplicado a 62 médicos, 106 enfermeiros e 85 assistentes operacionais e realizado um pré-teste, assim como obtidos dados administrativos hospitalares, do Gabinete de Segurança do Doente, do Departamento de Recursos Humanos e do Grupo de Coordenação Local do PPCIRA (Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistências aos Antimicrobianos).

O questionário foi avaliado em termos de consistência interna (Alpha-Cronbach) das subescalas e as variáveis que dele resultam foram correlacionadas com o teste de Spearman.

O presente estudo descreve quais os fatores organizacionais e individuais que influenciam ou dificultam o trabalho em equipa multidisciplinar e por fim, relaciona os fatores essenciais às relações interprofissionais com os resultados na qualidade dos cuidados de saúde.

Palavras-Chave: Trabalho em Equipa; Gestão de Risco; Qualidade na Saúde; Gestão Hospitalar

ABSTRACT

In a hospital, healthcare professionals, multidisciplinary teams play an important role in the quality of health care. The better the relationships of the health professionals integrated in the multidisciplinary team, the better the team work and the better the performance.

This research is carried out in the area of interprofessional relations in health and its impact on the quality of hospital care.

The study was carried out in a number of inpatient services at four hospitals of the Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, namely Hospital São José, Hospital Santo António dos Capuchos, Hospital Santa Marta and Hospital Curry Cabral.

As we wanted to know the problem in depth, we consider relevant the use of the quantitative method, exploratory, descriptive and correlational. To collect data, a questionnaire was applied to 62 physicians, 106 nurses and 85 operational assistants and a pre-test was performed, as well as hospital administrative data obtained from the Patient Safety Office, the Human Resources Department and the Local Coordination of PPCIRA (Program for Prevention and Control of Infection and Resistance to Antimicrobials).

The questionnaire was evaluated in terms of internal consistency (Alpha-Cronbach) of the subscales and the variables that resulted were correlated with the Spearman test.

The present study describes the organizational and individual factors that influence or hinder the work in a multidisciplinary team and, finally, relates the essential factors to interprofessional relations with the results in the quality of health care.

Keywords: Teamwork; Risk management; Quality in Health; Hospital management.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Dr.^a Margarida França e à Doutora Denise Capela dos Santos, pela disponibilidade e momentos de orientação.

Agradeço à Enfermeira Susana Ramos pelo apoio incansável e ajuda imprescindível que me prestou ao longo de todo o processo de colheita de dados. Sem dúvida que sem a sua valiosa ajuda, esta investigação não seria possível.

Agradeço às Enfermeiras Catarina Mendes; Ana Marinho e Lurdes Trindade, pela disponibilidade e acompanhamento aos Serviços abrangidos pelo estudo.

Agradeço aos Diretores de Serviço do HSM, HSAC, HCC e HSJ, pela disponibilidade e insistência junto dos seus pares, em especial foco ao Dr. Coutinho.

Agradeço ao Professor Doutor António Lopes, pela orientação estatística que me foi facultada.

Agradeço aos meus pais, pelo apoio financeiro, nas prorrogações da data de entrega da dissertação.

Agradeço às minhas melhores amigas, Zita Correia e Rita Sousa Lobo, por me motivarem e me “despertarem” para a necessidade de finalizar este projeto tão importante para mim.

Agradeço aos meus amigos do Surf a compreensão da minha indisponibilidade e todo o apoio transmitido.

Agradeço à Enfermeira M. A. por todos os momentos menos positivos, que me proporcionou em 2012. Foram esses momentos que me permitiram conhecer a Gestão Hospitalar, através da literatura e foi precisamente nessa altura que cresceu em mim a paixão por esta área, inclusive a importância de desenvolver esta investigação...

Grata por esta oportunidade que a vida me conferiu, permitindo-me mais uma vez refletir, fazer aprendizagens e evoluir como Pessoa, e acima de tudo conhecer seres humanos fantásticos, aos quais não tenho palavras para agradecer.

Mais uma vez, a vida mostra-me que as “relações” são um assunto merecedor de profundo investimento, posso assim afirmar, que através de todo este processo, ganhei amigos.

ABREVIATURAS / SIGLAS

AO's – Assistentes Operacionais

NS/NR – Não Sabe/ Não responde

Mas. – Masculino

Fem. – Feminino

IACS – Infecções Associadas a Cuidados de Saúde

CHLC, EPE – Centro Hospitalar Lisboa Central, Entidade Pública Empresarial

ACSA – Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia

SI – Sistema de Informação

SNS – Serviço Nacional de Saúde

e.g. – por exemplo

DGS – Direção - Geral de Saúde

NOC's – Normas de Orientação Clínica

PNS – Plano Nacional de Saúde

IOM – Institute of Medicine

OMS – Organização Mundial de Saúde

HER+ – Health Events and Register Management

GCL – PPCIRA – Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistências aos Antimicrobianos

IGAS – Inspeção Geral de Atividades na Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

ÍNDICE

0	INTRODUÇÃO.....	6
1	ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	9
1.1	Gestão em Saúde.....	9
1.2	O Impacto das Relações Interprofissionais em saúde na Qualidade dos Cuidados Prestados.....	10
1.2.1	Relações Interprofissionais na Saúde.....	10
1.2.2	Fatores Essenciais às Relações Interprofissionais na Saúde.....	12
1.2.2.1.	<i>Comunicação.....</i>	13
1.2.2.1.1.	Frequência da Comunicação.....	13
1.2.2.1.2.	Pontualidade e precisão da comunicação.....	14
1.2.2.1.3.	Resolução de problemas com recurso à comunicação.....	15
1.2.2.2.	<i>Partilha de objetivos.....</i>	17
1.2.2.3.	<i>Conhecimentos partilhados.....</i>	19
1.2.2.4.	<i>Respeito mútuo.....</i>	20
1.2.3	Elementos do trabalho na organização de saúde.....	23
1.2.3.1.	<i>Estruturas de Interligação.....</i>	23
1.2.3.1.1.	Reuniões multidisciplinares.....	24
1.2.3.1.2.	Sistemas de informação na saúde.....	25
1.2.3.2.	<i>Estruturas de Controlo.....</i>	29
1.2.3.2.1.	Sistema de avaliação e de melhoria de desempenho.....	29
1.2.3.2.2.	Monitorização do desempenho organizacional.....	32
1.2.3.3.	<i>Gestão e Valorização do Capital Humano.....</i>	34
1.2.3.3.1.	Recrutamento, Seleção e Integração nas organizações de saúde.....	34
1.2.3.3.2.	Avaliação da satisfação do trabalho.....	37
1.2.3.4.	<i>Práticas coletivas dos profissionais de saúde.....</i>	40
1.2.3.4.1.	Normas de orientação clínica.....	40
1.2.3.4.2.	Flexibilidade no trabalho.....	41
1.3	A Influência da Qualidade dos Cuidados Prestados no Desempenho da Organização.....	42
1.3.1	Qualidade em Saúde.....	42
1.3.1.1.	<i>A gestão do risco associada ao registo informático de incidentes relativos à segurança do doente.....</i>	44

1.3.1.1.1. Eventos adversos com a medicação.....	48
1.3.1.1.2. Quedas dos doentes em contexto de internamento.....	51
1.3.1.1.3. Infeções associadas aos cuidados de saúde.....	54
1.3.1.1.4. Prolongamento de dias de internamento devido a incidentes não planeados.....	58
1.4 Modelo Conceptual do Estudo.....	59
2 METODOLOGIA	61
2.1 Tipo de Estudo	61
2.2 Revisão Bibliográfica	61
2.3. Estudo Empírico.....	61
2.2.1 Caraterização da População-alvo do estudo	61
2.3.2. Instrumento de Recolha de Dados	62
2.2.2 Tratamento de Dados.....	66
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	67
3.1 Caraterização da amostra.....	67
3.2 Teste de consistência interna das escalas do questionário (ALPHA CRONBACH) .	69
3.2.1 Relações Interprofissionais na saúde.....	70
3.2.2 Estruturas de interligação	70
3.2.3 Estruturas de controlo.....	70
3.2.4 Gestão e valorização do capital humano	70
3.2.5 Práticas coletivas dos profissionais de saúde.....	70
3.2.6 Qualidade dos cuidados de saúde.....	71
3.3 Correlações entre variáveis	71
3.3.1 Correlações entre elementos do trabalho na organização de saúde e as relações interprofissionais na saúde.....	71
3.3.1.1. <i>Relações interprofissionais na saúde</i>	72
3.3.1.2. <i>Estruturas de Interligação</i>	73
3.3.1.3. <i>Estruturas de Controlo</i>	74
3.4 Gestão e Valorização do Capital Humano.....	76
3.5 Práticas coletivas dos Profissionais de Saúde	76
3.5.1 Comparações entre as características da amostra e as relações interprofissionais na saúde.....	77
3.6 Impacto da qualidade dos cuidados de saúde e as relações interprofissionais de saúde	78
4 CONCLUSÕES	82
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	877

ÍNDICE ANEXOS

ANEXO I – Pedido de consentimento para a investigação e sua autorização.....	92
ANEXO II – QUESTIONÁRIO.....	101
ANEXO III – TABELAS.....	104
Tabela 4. Distribuição da amostra de acordo com as Categorias Profissionais	104
Tabela 5. Distribuição da amostra de acordo com das Idades	104
Tabela 6. Distribuição da amostra quanto ao género.....	104
Tabela 7. Distribuição da amostra de acordo com o tempo no cargo.....	105
Tabela 8. Distribuição da amostra de acordo com o tempo no hospital.....	105
Tabela 9. Distribuição da amostra por tempo na equipa multidisciplinar	105
Tabela 10. Correlações entre elementos do trabalho na organização de saúde e as relações interprofissionais de saúde.....	106
Tabela 11. Regressão linear entre elementos do trabalho na organização de saúde e as relações interprofissionais de saúde.....	106
Tabela 12. Relação entre idade, género, categoria profissional, tempos no cargo, hospital e na equipa e as relações interprofissionais de saúde	106
Tabela 13. Relação entre as estruturas de ligação e as relações interprofissionais de saúde.....	107
Tabela 14. Relação entre as estruturas de controlo e as relações interprofissionais na saúde	107
Tabela 15. Relação entre a gestão e valorização do capital humano e as relações interprofissionais na saúde.....	107
Tabela 16. Relação entre as práticas coletivas dos profissionais de saúde e as relações interprofissionais na saúde.....	108
Tabela 17. Comparações entre as características da amostra e as relações interprofissionais na saúde	108
Tabela 18. Diferenças da frequência da comunicação, resolução de problemas com recurso à comunicação e respeito mútuo entre as categorias profissionais	108

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fatores essenciais às relações interprofissionais na saúde.....	12
Figura 2. Influencia da comunicação, nas relações interprofissionais de saúde e no desempenho da organização de saúde.	17
Figura 3. Avaliação 360 graus da equipa multidisciplinar de saúde.....	33
Figura 4. Modelo de avaliação do impacto das relações interprofissionais de saúde, na qualidade dos cuidados prestados.	59

ÍNDICE TABELAS

Tabela 1. Causalidade-fatores para os eventos adversos em saúde.....	45
Tabela 2. Taxonomia do erro.	47
Tabela 3. Sistema de eleição e de administração dos medicamentos nos hospitais e pessoas implicadas.	49

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição da amostra de acordo com as Categorias Profissionais	67
Gráfico 2. Distribuição da amostra de acordo com as Idades	67
Gráfico 3. Distribuição da amostra quanto ao género	68
Gráfico 4. Distribuição da amostra de acordo com o tempo no cargo.	68
Gráfico 5. Distribuição da amostra de acordo com o tempo de exercício de funções no hospital.	69
Gráfico 6. Distribuição da amostra de acordo com o tempo de permanência na equipa multidisciplinar.	69
Gráficos 7. Distribuição do registo informático de incidentes adversos (a) e distribuição do registo informático de incidentes adversos entre as categorias profissionais (b)	79
Gráficos 8. Distribuição do registo informático de incidentes relacionados com medicação (a) e distribuição do registo informático de incidentes relacionados com medicação entre as categorias profissionais (b)	80
Gráficos 9. Distribuição do registo informático de ocorrência de quedas (a) e distribuição do registo informático de ocorrência quedas entre as categorias profissionais (b).....	81
Gráficos 10. Distribuição percepção dos profissionais de saúde inquiridos relativamente à qualidade dos cuidados de saúde (a) e distribuição percepção dos profissionais de saúde inquiridos relativamente à qualidade dos cuidados de saúde entre as categorias profissionais (b).....	81

0 INTRODUÇÃO

A “Gestão” não é no sentido descritivo da palavra apenas gerir algo, mas sim um processo dinâmico, muito complexo, em que compete ao gestor ou gestores, as competências e as capacidades de planeamento, de organização, de liderança, de coordenação e controlo. Todo o planeamento, integra estratégias, objetivos, e ações, e quando o se constrói, tem-se como finalidade a obtenção de bons resultados, a eficácia e eficiência, o elevado desempenho da organização (Lisboa *et al.*, 2013).

O desempenho da organização depende dos recursos humanos, e grandemente da classe operacional e tal como Mayo, na década 30, defendeu o processo de trabalho consiste numa atividade coletiva e cooperativa e não num ato individual. Interessa então, dar importância ao corpo corporativo da organização, dos quais os resultados dependem. É assim necessário, a satisfação das necessidades de pertença, segurança e reconhecimento, para a elevada *performance* organizacional (Lisboa *et al.*, 2013).

Para a organização se aproximar do colaborador, são necessárias quebrar barreiras hierárquicas institucionais, descentralizar, para facilitar a comunicação e facultar ao profissional todas as ferramentas úteis que o permitam realizar um bom trabalho.

Quando se refere a hierarquia, trata-se de hierarquias verticais e horizontais, e quando se fala de gestores, dirige-se aos gestores de nível direto, intermédio e/ou de topo. Importa assim estabelecer boas relações interprofissionais, que permitam a comunicação eficaz, e o trabalho em equipa (Lisboa *et al.*, 2013).

Nas organizações de saúde, é igualmente importante, se não mais, a valorização das relações interprofissionais, pelo que os resultados obtidos neste tipo de organização, são os cuidados de saúde.

Quando se aborda o assunto Saúde, toca-se num ponto sensível, daí a elevada complexidade da gestão de unidades de saúde, pois desejam-se cuidados de saúde de excelência e qualidade, com o mínimo desperdício.

É assunto a ser abordado neste trabalho de investigação se a otimização da prestação de cuidados de saúde, isto é, a qualidade dos cuidados de saúde, depende ou não, dos profissionais que integram a equipa multidisciplinar de um hospital, e o tipo de relações que estes estabelecem entre si. Mas, primeiramente é necessário perceber se os elementos do trabalho da

organização de saúde, influenciam e como, as relações interprofissionais de saúde. Entende-se por elementos do trabalho, todas as estruturas que interligam os profissionais, como por exemplo as reuniões e os sistemas de informação; todas as estruturas de controlo, como são o exemplo dos sistemas de avaliação de desempenho pessoal e da organização e sua monitorização; assim como, a forma como o capital humano é gerido e valorizado, recorrendo a processos de recrutamento, seleção e integração eficientes, e proporcionando a satisfação dos profissionais de saúde. Por último, as práticas coletivas dos profissionais de saúde, ou seja, a forma como o trabalho – cuidados de saúde – são executadas, isto é, se de forma uniformizada, recorrendo a Normas de Orientação Clínica ou de forma flexível, baseando-se apenas nos conhecimentos individuais de trabalho.

Neste estudo, considerou-se como assuntos associados à existência ou ausência de qualidade dos cuidados de saúde hospitalares, quatro indicadores, a taxa de registo informático de incidentes e eventos adversos, por parte dos profissionais de saúde, a taxa de registo informático de eventos adversos com a medicação, a taxa de registo informático de ocorrências de quedas de doentes em contexto de internamento, a taxa de prevalência de IACS nos serviços investigados e a proporção do prolongamento de dias de internamento associados a incidentes não planeados.

De uma forma geral, pretende-se assim com esta investigação perceber quais os fatores essenciais às relações interprofissionais na saúde e o seu impacto na qualidade dos cuidados hospitalares e mais especificamente:

- Identificar as atitudes do trabalho em equipas multidisciplinares (médicos, enfermeiros e assistentes operacionais) de serviços hospitalares;
- Descrever os fatores organizacionais e individuais, que influenciam ou dificultam o trabalho em equipa multidisciplinar;
- Relacionar os fatores essenciais às relações interprofissionais com os resultados na qualidade dos cuidados em saúde.

O motivo pela escolha de serviços de internamento hospitalares, nesta investigação, deve-se ao facto, tal como da Silva (1985: 8) referiu “ (...) estes são serviços bem delimitados e definidos, como os grupos profissionais que servem e as situações clínicas que enfrentam. Mas também a alta tecnologia, as técnicas complexas e invasivas, os casos graves, os profissionais de saúde muito diferenciados, os serviços muito caros, as situações dramáticas, os serviços sob a mira dos políticos, da Administração, do público e de outras forças de pressão, constituem elementos altamente favoráveis” à avaliação da qualidade dos cuidados de saúde.

Este trabalho de investigação trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e correlacional. Encontra-se assim estruturado por cinco capítulos, sendo o primeiro o enquadramento teórico, onde se pode ler o resultado de uma vasta revisão bibliográfica e síntese da mesma e averiguar o modelo conceptual do estudo e suas hipóteses; o segundo, a metodologia, nos quais se pode entender todo o percurso da investigação, como o tipo de estudo, os instrumentos de dados utilizados e avaliação da consistência interna do instrumento (questionário) e a forma como os dados foram tratados. No terceiro capítulo, estão expostos resultados, sua análise e discussão e no quarto capítulo, estão presentes as conclusões finais do estudo. Por último entram-se disponíveis para consulta a listagem de referências bibliográficas utilizadas.

Pretende-se que esta investigação contribua de alguma forma para o “despertar” dos gestores de Unidades de Saúde, da importância e necessidade de valorização das relações interprofissionais na saúde, como uma aposta futura a ter em consideração para o melhoramento do desempenho da organização, nomeadamente no que diz respeito à qualidade dos cuidados de saúde.

1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Gestão em Saúde

Gestão consiste no processo de gerir todos os recursos de forma eficiente para que as metas ou objetivos pré-estabelecidos sejam cumpridos. Trata-se de um processo dinâmico, baseado no modelo clássico de Fayol (séc. XIX,) que considera cinco fases: o planeamento, a organização, a liderança, a coordenação e o controlo (Sotomayor *et al.*, 2014).

As organizações de saúde são certamente muito mais desafiantes para a gestão comparativamente a qualquer outra empresa, dado a sua enorme complexidade e ao facto do seu produto final – cuidados de saúde, consistirem num bem económico, pois os recursos utilizados para produzir cuidados de saúde, são finitos e os desejos de consumo não produzem limites conhecidos (Morris *et al.*, 2007).

Associado a este aspeto, as organizações de saúde são ainda constantemente sujeitas a uma série de pressões do meio externo. Em Portugal, essas pressões verificam-se por exemplo a vários níveis, como as alterações demográficas, nomeadamente o envelhecimento populacional e aumento das doenças crónicas inerentes; a instabilidade político-económica, com implicações a nível do financiamento ou racionamento das despesas em saúde; a mudança do perfil do consumidor, atualmente mais diferenciado, informado e exigente; o progresso dos tratamentos de doenças e os avanços tecnológicos e a crescente preocupação com as tecnologias de informação (de Oliveira, S., Sousa, P., 2014).

Do ponto de vista interno, as organizações de saúde enquanto estruturas burocrático-profissionais são caracterizadas por uma tecnoestrutura reduzida, um suporte logístico significativo, sendo o centro operacional o elemento base da sua configuração. A coordenação do trabalho é feita através de ajustamento mútuo e standardização pelas qualificações; assim, os recursos humanos são cada vez mais diferenciados e autónomos, estando as atividades que cada profissional de saúde realiza, diretamente relacionadas com as suas qualificações e competências. Tais atividades são coordenadas entre si em ajustamento mútuo, em função e de acordo com o estado e a patologia dos doentes. O ajustamento mútuo surge com o trabalho em equipa multidisciplinar, em contrapartida o trabalho em equipa não é algo que surge naturalmente quando se trabalha em grupo (Mintzberg, 2003).

O êxito das organizações, inclusive as de saúde, dependerá da capacidade de coordenação e cooperação das equipas de trabalho. Esta capacidade é transversal a todos os níveis hierárquicos e consiste na forma eficaz de como realiza o seu trabalho, contribuindo de maneira inovadora

para a solução de problemas em ambientes de grande complexidade. Atualmente acredita-se que o trabalho em equipa e as equipas de trabalho nas organizações, constituem meios mais eficazes para a obtenção de elevados níveis de rendimento, de produtividade; de eficiência; de moral, satisfação, participação e assistência dos seus colaboradores (Alcover, 2014).

É de lembrar que são considerados bons serviços de saúde, aqueles que prestam cuidados de saúde de forma efetiva, segura e de qualidade, aos cidadãos, quando e onde existir necessidade, com o mínimo de desperdício de recursos, sendo do interesse das administrações das unidades de saúde, uma gestão estratégica e eficaz que confira o elevado desempenho da organização (Alves, A.; Sousa. P., 2014).

Assim, cabe ao gestor da organização de saúde, conhecer o melhor modelo de gestão a aplicar, que permita a mudança e adaptação a novos processos e que conduza à elevada *performance* da unidade de saúde, nomeadamente dando grande relevância às relações entre os profissionais de saúde e à forma como conseguem trabalhar em equipa. Só assim se considera que existe um clima propício ao desempenho organizacional, que se refletirá na qualidade dos cuidados de saúde prestados e, logo, na saúde da população.

1.2 O Impacto das Relações Interprofissionais em saúde na Qualidade dos Cuidados Prestados

1.2.1 Relações Interprofissionais na Saúde

Quer em sociedade, quer integrado numa organização o individuo encontra-se em permanente interação, ou relação com o(s) outro(s).

Maxwell (2008) refere-se aos bons relacionamentos como sendo uma “sinergia”, e defende que só existe boa relação quando ambas as partes são beneficiadas, isto é, quando acrescentam valor mutuamente e é gratificante. Maxwell (2008: 220) acrescenta ainda que “*Um relacionamento em que as duas partes ganham baseia-se no paradigma de que há muito para todos, de que o sucesso de uma pessoa não pode ser alcançado à custa ou por exclusão do sucesso dos outros.*”

É nesta linha de pensamento que funcionam as organizações com elevado desempenho, em que é valorizada a qualidade dos relacionamentos entre os profissionais, integrados nesta.

Atualmente nas organizações abandona-se a designação de gestão de recursos humanos, e dá-se lugar à gestão de pessoas. Não é apenas uma mudança de conceito, mas uma mudança de mentalidade e tomada de consciência da importância que os colaboradores possuem sobre os resultados de uma organização.

Vários estudos têm vindo a comprovar que pessoas felizes no seu local de trabalho, satisfeitas e motivadas, aumentam a produtividade e a qualidade das suas tarefas. Um dos principais responsáveis pelo bem-estar dos colaboradores, numa organização, é a qualidade das relações que estes elementos estabelecem entre si (Maio, Dias, Dutschke, 2016)

De facto, as relações serão um dos aspectos mais difíceis de mediar, quando se gere uma equipa de trabalho e ainda de maior complexidade, quando se tratam de equipas multidisciplinares.

Considera-se que em Portugal, a formação em Medicina, Ciências Farmacêuticas, Enfermagem e em muitas outras áreas da saúde, não prepara os futuros profissionais para o trabalho em equipa, mas erradamente, sectoriza a saúde em várias classes, como se estas não se complementassem. Os profissionais de saúde desconhecem as competências uns dos outros, o que parece conduzir a constrangimentos, e a resultados menos positivos em termos de cuidados de saúde, satisfação dos profissionais de saúde e do cliente, assim como a desperdícios para a organização.

As relações interprofissionais de saúde parecem ser um aspeto supérfluo, que não merece atenção, num momento em que o Serviço Nacional de Saúde atravessa uma enorme pressão, uma vez que contém necessidades não satisfeitas ou insuficientemente satisfeitas. Importa assim resolverem-se problemas mais urgentes, como a ausência da qualidade dos cuidados de saúde ou o desperdício dos recursos e não algo tão efémero como as relações interprofissionais. O que não se valoriza ou se desconhece, é o facto de o investimento e enfoque nas relações interprofissionais de saúde poderem exatamente resolver os problemas urgentes acima mencionados (Gittell, 2009).

Quando os profissionais de saúde estão conectados de uma forma positiva, as relações interprofissionais têm qualidade, existindo confiança, *engagement*, *commitement*. As pessoas sentem-se mais unidas, mais abertas e mais competentes, tendo como consequência um impacto positivo sobre as pessoas e a organização. Os relacionamentos são importantes para a construção de uma identidade coletiva – Cultura Organizacional (Cameron, K.; Quinn, R., 2011).

No sector da saúde, os relacionamentos são baseados em funções e estão presos aos papéis que cada profissional desempenha, em vez de se focarem nos profissionais enquanto pessoas. (Gittell, 2009)

As relações interprofissionais de saúde são assim uma forma de capital social organizacional, um ativo que facilita a acessibilidade aos recursos interpostos para a realização do trabalho (Gittell, 2009), motivo pelo qual é essencial avaliar quais os fatores que poderão condicionar o estabelecimento dessas relações.

1.2.2 Fatores Essenciais às Relações Interprofissionais na Saúde

O Sistema de Saúde atual mostra pouca cooperação e trabalho em equipa, tendo cada organização de saúde um modelo ou cultura extremamente hierarquizado e autoritário, controlando globalmente a unidade de saúde.

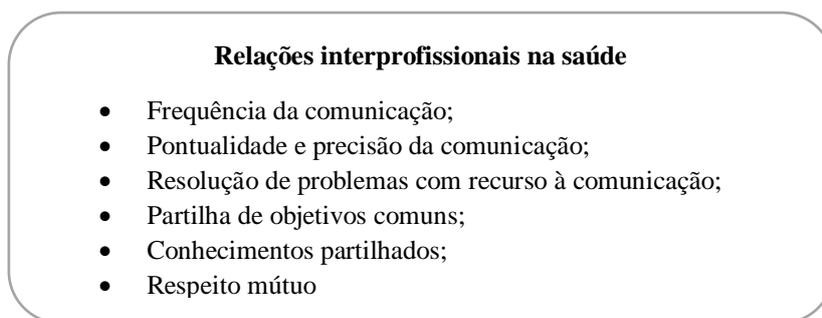
Numa organização de saúde o desempenho poderá ser influenciado pela forma como os seus colaboradores são geridos e o elevado desempenho poderá ser influenciado por outros fatores como a selecção (recrutamento), os conhecimentos (formação) e a experiência prática (treino), assim como os incentivos (Gittell *et al.*, 2009).

No entanto, poderão existir outros fatores que interferem no mecanismo que influencia o desempenho, nomeadamente as competências dos colaboradores, o compromisso afetivo do trabalhador com a organização, também conhecido como *commitement*, a satisfação dos profissionais e como já referimos as relações entre os profissionais da unidade de saúde (Cameron, K.; Quinn, R., 2011).

As relações interprofissionais de saúde são um problema fundamental do processo, que requer uma solução, pois melhorias a nível dos processos poderão ajudar a organização a alcançar um elevado nível de desempenho. Não se trata de um processo técnico, mas relacional, que serve de fio condutor, entre os prestadores de cuidados e o doente, permitindo que este último, tenha conhecimento da informação relativa ao seu quadro clínico e acesso às intervenções ou tratamentos (Gittell, 2009).

As relações interprofissionais de saúde de elevada eficácia regem-se de acordo com vários pressupostos, como a partilha de objetivos comuns, os conhecimentos partilhados e o respeito mútuo. Inerente a estes pressupostos, encontra-se a comunicação entre os profissionais de saúde, que deverá ser frequente, pontual, precisa e solucionadora de problemas (Gittell, 2009).

Figura 1. Fatores essenciais às relações interprofissionais na saúde



Fonte: adaptação do Modelo de Coordenação Relacional de Gittell (2000)

1.2.2.1 Comunicação

A comunicação é por si, a dimensão das relações interprofissionais de saúde com maior importância, pois os médicos, os enfermeiros, os fisioterapeutas, os assistentes operacionais, entre outros, comunicam entre si para resolver assuntos acerca dos doentes dos quais cuidam em conjunto. A qualidade das relações interprofissionais de saúde é determinante na eficácia da comunicação, por exemplo, informações pertinentes podem não ser escutadas ou o recetor da mensagem não age sobre essas, se este não respeitar o emissor, não possuem em comum os objetivos ou não existirem conhecimentos partilhados. Se não existir uma relação de qualidade interprofissionais de saúde, estes não estão motivados para atuar sobre determinada informação. Poderão ser obstáculos para a comunicação no seio de uma equipa multidisciplinar, o facto dos profissionais de saúde possuírem diferentes especialidades, diferentes profissões, diferentes formações e diferente *status* (Gittell, 2009).

A comunicação é assim o “ (...) processo de enviar e receber mensagens, às quais é atribuído um significado.” (Curral, L.; Chambel, M., 2011:406) Para Curral e Chambel (2011: 412) a comunicação “ (...) é relacional porque é uma manifestação da relação entre interlocutores.” No processo de comunicação interpessoal é necessário que exista um emissor, um recetor e um canal ou meio de transmissão. Neste processo, o emissor é aquele que transmite a mensagem, é assim a fonte de transmissão e o recetor é quem codifica a mensagem. O canal é assim o meio por onde a mensagem é transmitida, entre ambos (Curral, L.; Chambel, M., 2011).

Entende-se assim por mensagem a partilha de informação, com ou sem intenção de modificar os comportamentos ou atitudes dos recetores. Esta poderá ser expressa sob três formas, a verbal, a escrita e a não-verbal. A comunicação não-verbal consiste nos movimentos corporais (cinéticas), na posição corporal e relações espaciais (proxémicos), na voz e vocalização (para linguagem); estes signos não verbais são redundantes ou complementares, estando interrelacionados com a comunicação verbal (Curral, L.; Chambel, M., 2011).

1.2.2.1.1 Frequência da comunicação

Numa organização, a transmissão da mensagem pode ser realizada por contacto pessoal (*face to face*), por contactos telefónicos, correio eletrónico, memorandos, boletins informativos e reuniões, de forma formal, podendo também ser realizada por contacto meramente espontâneo, de forma não formal. Independentemente do tipo de comunicação, é fundamental que ela seja realizada regularmente, evitando lacunas comunicacionais que levem a erros evitáveis nos

processos de trabalho e que possam conduzir a problemas relacionais entre os profissionais de saúde (Curral, L.; Chambel, M., 2011).

1.2.2.1.2 Pontualidade e precisão da comunicação

O contato pessoal é importante na transmissão de mensagens complexas, pois permite a resposta imediata e atempada do recetor, aumentando a hipótese de surgirem novas ideias, questões e soluções para eventuais problemas na organização. A pontualidade associada à comunicação é assim relevante.

Os contatos telefónicos, correio eletrónico, memorandos e boletins informativos, têm a vantagem de ser formal e permitem que a mensagem seja difundida rapidamente, abrangendo um maior número de recetores, no entanto, têm a desvantagem de não obter resposta imediata, tornando a comunicação pouco eficaz (Curral, L.; Chambel, M., 2011).

As reuniões também são uma forma de comunicação formal, que proporcionam a partilha de informação, recolha de opiniões e sugestões para introduzir a mudança no seio da organização. Aparentemente, conduzem a maior eficácia da comunicação, mas podem gerar conflitos e serem também um desperdício de tempo (Curral, L.; Chambel, M., 2011).

Em termos de precisão e clareza, o contacto espontâneo entre as pessoas, no interior da organização, poderá ser uma forma de comunicação muito pouco eficaz, podendo a mensagem ser distorcida e gerar rumores.

A mensagem só é eficaz, se a mensagem emitida for interpretada pelo recetor na sua integridade. Poderão existir ruídos ou barreiras que prejudiquem o processo comunicacional, como por exemplo, problemas semânticos, sendo necessário a clareza da linguagem, e a mensagem adequada aos recetor, respeitando a sua cultura e região; o estatuto (hierarquia) e as distrações, devendo-se previamente garantir a disponibilidade do emissor e do recetor para a comunicação e por fim a perceção do outro, nomeadamente o juízo de valor e estereótipos (Curral, L.; Chambel, M., 2011).

Em suma, as boas relações interprofissionais de saúde reduzem o tempo de exercício de comunicação, isto é, o tempo que se perde em busca de informação em falta e o tempo que se espera para ouvir os colegas, permitindo às organizações de saúde a melhor utilização dos seus recursos, de forma produtiva, conduzindo à eficiência e ascensão (Gittel, 2009).

1.2.2.1.3 Resolução de problemas com recurso à comunicação

A certificação da existência de uma adequada comunicação é feita através do *feedback*, ou seja, através do conhecimento de como a mensagem foi percebida pelo recetor, ao emissor. O *feedback* permite melhorar a comunicação, aumenta a certeza e a compreensão das mensagens e aumenta a confiança entre os emissores e recetores no processo de comunicação, que por sua vez, facilita as relações futuras, pois motiva a comunicação (Rego, 2013).

A interpretação da linguagem não-verbal depende da capacidade de compreensão, da sensibilidade e do conhecimento que o recetor tem do outro. Por outro lado, a ausência de *feedback* aumenta a hostilidade entre recetores e emissores e coloca em questão o processo de comunicação (Rego, 2013).

Uma equipa tem características específicas que a diferenciam e que permitem atingir níveis de qualidade e eficácia no desempenho bastante superiores a um grupo de profissionais com tarefas em comum, das quais se salienta a qualidade no processo de comunicação inter e, mais importante, intradisciplinar. Os problemas referidos mais frequentemente como potenciadores de erro situam-se nas áreas de comunicação, tomadas de decisão e treino no trabalho em equipa (Gillespie *et al.*, 2009).

No contexto de uma organização ou unidade de saúde, por vezes, a comunicação torna-se difícil em equipas de saúde interdisciplinares, nas quais a hierarquia resultante de uma cultura profissional e institucional leva a que alguns grupos profissionais possam sentir alguma dificuldade em se expressar abertamente com outras classes profissionais e por outro lado, em alguns contextos profissionais existe o comportamento de evitamento da crítica dentro do mesmo grupo profissional (Santos *et al.*, 2010).

Estas barreiras comunicacionais funcionam como potenciais impulsoras da ocorrência de incidente adverso ou erro, na medida que não é realizado o feedback a um procedimento incorreto, nem verbalizadas propostas de alternativas mais eficazes, impedindo atempadamente a correção da prática e o erro (Gillespie *et al.*, 2009).

O relato de situações potenciadoras de evento sentinela, os “*near miss*” e os eventos adversos, consiste numa dessas medidas preventivas, no entanto, o medo da perda da reputação e penalização são alguns dos motivos que condicionam o profissional de saúde na notificação de eventos adversos ou erros (Fragata, 2009).

De acordo com os dados de 2007, da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (USA), a comunicação ineficaz contribuiu para a ocorrência de aproximadamente 70% dos incidentes adversos em 2005; com base nos dados da AIHW

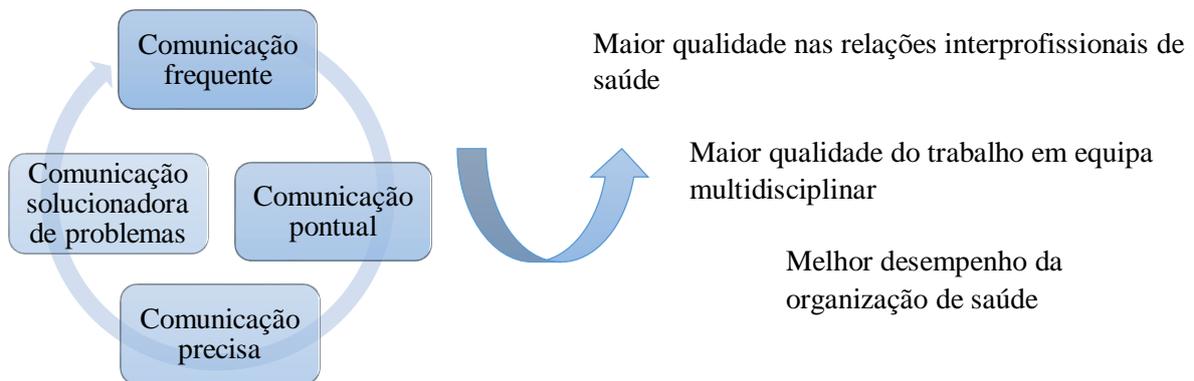
(*Australian Institute of Health and Welfare*) (2007), na Austrália cerca de 50% dos eventos adversos ocorridos em hospitais australianos, devem-se a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, em particular médicos e enfermeiras (Brook, 2005).

Gillespie *et al.* (2009) refere ainda que as enfermeiras foram treinadas para comunicar as ocorrências através de narrativas muito amplas, por outro lado os médicos, foram formados para comunicarem de forma sucinta e rápida, focando-se no cerne da questão.

A diferenciação das características na comunicação, assim como de estilos, usadas pelos Enfermeiros e Médicos, estão associadas a falhas comunicacionais e impedem a coesão da equipa. Uma equipa coesa é importante na medida que oferece um sentimento de pertença a cada um dos seus elementos. É crucial, a existência de mecanismos de gestão de conflitos para o bom funcionamento da equipa. Os conflitos funcionam como barreiras comunicacionais, além de causar desgaste temporal e emocional, ao qual estão implicados custos elevados de tempo, envolvimento pessoal e atenção, criando um clima propício para o erro (Gillespie *et al.*, 2009). Considera-se para que sejam possíveis relações saudáveis, é imprescindível uma eficaz comunicação entre os indivíduos e as relações profissionais não são exceção. No entanto, aqui é dada relevância, devido às possíveis consequências que dela possam advir, nomeadamente, a diminuição de desempenho ou de produtividade, derivada da insatisfação/desmotivação profissional e ou implicação da segurança do doente.

Torna-se assim imprescindível a comunicação entre os elementos da equipa, que visa a fomentação de um modelo de trabalho igual, que possibilita que todos os elementos partilhem de ideias comuns relativamente a objetivos, modo de funcionamento, padrões temporais, papéis e funções individuais e valores e missão relacionados com a atividade da equipa. Este modelo é importante na medida em que tem implícita uma cultura de segurança, e minimização da ocorrência de eventos adversos na saúde.

Figura 2. Influencia da comunicação, nas relações interprofissionais de saúde e no desempenho da organização de saúde.



Fonte: o próprio

1.2.2.2 Partilha de objetivos comuns

A qualidade das relações interpessoais transporta-se para a eficácia do trabalho em equipa, sendo imprescindível para a sua compreensão a abordagem do conceito equipa, onde está subjacente a partilha de objetivos comuns.

Para Hackman (1990) em Neves *et al.* (2008: 236), uma equipa poderá ser um “ (...) grupo de pessoas interdependentes em matéria de recursos, informação e competências que combinam os seus esforços com vista a alcançar um objetivo comum”. Opondo-se parcialmente a esta definição de equipa, Robbins e Hunsaker (1996) em Neves *et al.* (2008: 236) defendem que “ (...) o que diferencia uma equipa de um grupo é a implicação dos membros num objetivo comum, num desempenho comum e em que o resultado final supera a simples adição aritmética das partes.” De acordo com Tannenbaum, Beard e Chambers (1992) referido por Gonçalves (2014: 266), “ (...) todas as equipas são grupos, nem todos os grupos podem ser considerados equipas. Para uma equipa, é necessário, pelo menos, que os seus membros possam contar uns com os outros, ou seja, sejam interdependentes e compartilhem um objetivo comum.” Esta interdependência divide-se em diferentes tipos, podendo ser a interdependência de tarefas e a interdependência de objetivos. Trata-se de interdependência de tarefas o grau em que os membros de uma equipa dependem uns dos outros, ou interagem entre si, para o alcance dos objetivos. Este tipo de interdependência tem efeitos positivos, sobretudo nos processos das equipas e no efeito que exercem sobre os resultados da organização, nomeadamente, em comportamentos como a interajuda, a confiança, a comunicação e a gestão de conflito. Já a

interdependência de objetivos, conduz a relações interpessoais positivas, a uma maior aprendizagem, a uma maior partilha de informação e efetividade na equipa. (Gonçalves, 2014) Para existir implicação dos membros da equipa num objectivo comum, segundo Robbins e Hunsaker (1996) em Neves *et al.* (2008), o tamanho da equipa não deverá ser superior a 10 elementos, o que não é visível em equipas de saúde. Segundo estes autores, as equipas com mais de 10 membros, poderão sofrer de dificuldade de interdependência; de partilha de consciência mutua a propósito dos objetivos, do desempenho e dos resultados; tornam difícil a existência de uma estrutura de competências complementares e tornam precário o esforço de identificação e quantificação do contributo individual e do contributo coletivo para a obtenção do resultado final.

Dado que as equipas em saúde excedem largamente o número acima referido, há uma elevada complexidade no trabalho em equipa em organizações de saúde. No entanto, a eficácia do trabalho em equipa é conseguida se existirem fortes relações entre os profissionais de saúde, tal como defende Tjosvold *et al.* (2003) em Neves *et al.* (2008: 237), dizendo “ (...) *que existe cooperação e equipa quando as pessoas possuem um forte relacionamento, que faz com que o seu trabalho conjunto tenha resultado de sucesso, traduzido nos objetivos individuais e coletivos*”.

A partilha de objetivos poderá variar entre o reduzido e o elevado, e ser influenciada por outros fatores como a motivação dos elementos da equipa, o tipo de trabalho e a cultura da organização, sendo assim necessária uma liderança sólida e eficaz (Neves *et al.*, 2008).

Posto isto, considera-se que a melhoria da saúde do doente, a qualidade de vida, assim como a sua segurança, serão objetivos comuns, que atravessam transversalmente todos os elementos da equipa multidisciplinar da organização, assim sendo, é pertinente estudar o que falha no trabalho em equipa, influenciando na sua coesão e alertar para as suas consequências. No entanto, por vezes, existem barreiras ao trabalho em equipa em saúde, como já vimos, uma destas é a hierarquização ou ausência de descentralização, o que conduz à inexistência de trabalho em equipa, mas sim, um trabalho em grupo, sectorial e dividido em tarefas, incorporado num clima hostil, em que os conflitos não são geridos e os objetivos comuns perdem-se num ambiente de competição e de medição de forças entre os profissionais de saúde. Esta situação conduz à inexistência de uma tomada de decisão em conjunto que afetará negativamente as relações entre os profissionais de saúde.

Outro aspeto a não negligenciar é a partilha de conhecimentos em equipa.

1.2.2.3 Conhecimentos partilhados

No trabalho em equipa é necessário ter em consideração dois tipos de competências, nomeadamente as competências de tarefa e as competências de equipa. As competências de tarefa incluem os conhecimentos e capacidades, as atitudes e outras características utilizadas na execução das tarefas atribuídas. A sua aplicação exige interação interdependente dentro da equipa. Por outro lado, as competências de equipa consistem nos conhecimentos, nas capacidades, nas atitudes e outras características, que os membros da equipa necessitam de possuir, para funcionarem dentro da equipa de forma interdependente (Gonçalves, 2014).

No entanto, os membros da equipa necessitam de possuir competências e experiência tanto de carácter técnico, como de carácter social e relacional (Gonçalves, 2014).

No desempenho das suas tarefas os profissionais de saúde integrados numa equipa de trabalho, têm de trabalhar, de se inter-relacionar, gerir e organizar o trabalho entre si, tomar decisões e resolver problemas. Estes fatores originam a troca de ideias e o desacordo de opiniões, assim como o conflito, como já foi referido anteriormente.

No entanto, Salas, Rosen, Burke & Goodwin (2009) em Gonçalves (2014), veem solidificar a ideia de que os modelos mentais partilhados facilitam a execução dos processos de interdependência, com fim ao objectivo comum.

Os modelos mentais são estruturas organizadas de conhecimento, isto é, explicam de que forma o conhecimento e a informação estão representadas mentalmente. Estes permitem compreender a forma como as pessoas se relacionam e lidam com as diferentes situações no seu ambiente. São estes modelos mentais partilhados que permitem às equipas de trabalho multidisciplinar, como aquelas que encontramos no seio de uma unidade de saúde, a compreensão e resposta rápida, uma vez que permitem um processamento rápido e flexível da informação, assim como a combinação dessa informação, no planeamento estratégico e justificação de ações (Santos, 2010).

Para Thompson (2001) em Santos (2010), estes processos mentais são adquiridos com base na experiência e na aprendizagem, daí ser importante a existência de formação contínua das equipas de saúde, mantendo as suas ações atualizadas e baseadas em evidência científica, assim como uma uniformização das práticas.

Os profissionais de saúde possuem formação prévia, muito fechada e individualista, deste modo, não lhes permite tomar conhecimento sobre os modelos mentais da tarefa ou sobre as competências dos outros profissionais de saúde, que integram a equipa multidisciplinar. Existem várias formas de colmatar esta lacuna, sendo a mais pragmática, poder ocorrer a nível

organizacional, como a formação contínua e reuniões periódicas das equipas multidisciplinares; a criação de normas e protocolos internos, em que todos os agentes envolvidos intervêm.

Quanto à formação contínua, Kozlowski e Ilgen (2006) em Santos (2010) vem defender a ideia, que as equipas que desenvolvem uma aprendizagem coletiva, tendem a ser mais eficazes que as que se focam na aprendizagem ao nível individual.

Quando os modelos mentais são partilhados, como já se mencionou, os elementos das equipas trabalham para objetivos comuns e possuem de uma visão geral acerca do funcionamento da equipa. Contrariamente, modelos mentais não partilhados, ou distintos, conduzem a equipa a um grau de dificuldade de coordenação e conseqüentemente poderão emergir conflitos na própria equipa. Assim, a ausência de modelos mentais originam perdas no processo e ineficácia de desempenho da equipa (Santos, 2010).

Resumindo, entende-se que o trabalho em equipa é mais eficaz, com melhores resultados de desempenho, quando os profissionais de saúde possuem conhecimentos partilhados, pois compreendem melhor as tarefas e os procedimentos, interpretam de forma idêntica a informação disponível e antecipam comportamentos futuros, havendo por si, uma interferência positiva nas relações interprofissionais em saúde.

Outro fator essencial às relações interpessoais é o respeito mútuo.

1.2.2.4 Respeito mútuo

As equipas funcionam durante um ciclo vital, que pode variar entre poucas horas, a meses e até anos. No decorrer da sua atividade, os colaboradores podem experimentar diversos eventos comportamentais e cognitivos para atingir os objetivos.

No sector da saúde, as equipas sofrem alguma rotatividade, quanto à sua composição, com a entrada e saída de profissionais de saúde; não são estáticas, no que respeita os procedimentos ou objetivos, e em relação aos recursos materiais e tecnológicos que utilizam.

Em suma, as equipas são dinâmicas e são sujeitas a uma contínua adaptação à mudança interna e externa, para garantir o seu equilíbrio. Esta dinâmica poderá ter os seus contras, Perreti & Nero (2007) em Gonçalves (2014: 275), referiram que *“Modificar a composição de uma equipa pode prejudicar a sua eficácia. Mas, se as mudanças afetam apenas um número reduzido de membros e são feitas gradualmente, o desempenho (inovação) pode manter-se ou mesmo melhorar”* (Gonçalves, 2014: 227). Já Alcover & Gil em Gonçalves (2014: 227), apresentam uma ótica mais positivista referindo que *“(…) a chegada de novos membros em quantidade*

moderada gradual ao longo do tempo incrementa os resultados produtivos das equipas, pelo menos em tarefas de resolução de conflitos e tomada de decisão”.

Lewis, Belliveau, Herndon & Keller (2007) em Gonçalves (2014: 276), também partilham de uma visão otimista, no que toca à longevidade das equipas dizendo que “ (...) o tempo que os membros trabalham juntos como equipa é também um fator relevante, tanto para o desenvolvimento dos modelos mentais da equipa, como para a coordenação. Assim, os membros da equipa que passam mais tempo juntos adquirem um conhecimento comum preciso sobre as competências que cada um possui para o trabalho (memória transativa), o que os ajuda a coordenar melhor as suas ações”.

A longevidade das equipas, poderá ser sinónimo de estabilidade, de modelos mentais partilhados e sucesso da respetiva equipa, pois a dinâmica causa ansiedade, resistência à mudança e perda de tempo na adaptação. Os elementos das equipas saem da zona de conforto, sendo por vezes difícil a integração dos novos elementos. De acordo com Gonçalves (2014: 241) “Uma equipa que funciona em conjunto durante bastante tempo é afectada pelas seguintes mudanças comportamentais que ajudam a entender a relação positiva entre longevidade e produtividade: a) estabilidade de comportamentos que permite a familiaridade e conforto no relacionamento e actuação interpessoal entre os vários elementos da equipa”. No entanto, a introdução de novos elementos nas equipas também têm o seu lado positivo, não por ser uma lufada de ar fresco, mas porque a longevidade das equipas conduz a uma “ actuação selectiva, traduzida pela tendência que os membros da equipa apresentam em comunicar e interagir com outros elementos cujas ideias e conduta sejam mais semelhantes às suas (...) ” (Gonçalves, 2014: 241).

De acordo, com tudo aquilo que já aqui foi mencionado acerca da qualidade das relacionais interpessoais, esta actuação selectiva e esta comunicação e interacção limitada, não corresponde aos comportamentos promissores para um relacionamento eficaz, mas sobretudo são geradores de conflito (Gonçalves, 2014).

Os conflitos, por si só não são assim tão negativos, antes pelo contrário, podem ser construtivos, se não forem ignorados pelas equipas e servirem de impulso para a elevação do nível da qualidade das decisões e aumentar o grau de compreensão e aceitação dessas mesmas decisões. Enquanto, que os conflitos de relacionamento, diminuem a qualidade da decisão e reduzem o grau de aceitação e implicação nas decisões. Quando se fala em conflito de relacionamento, refere-se ao comprometimento do respeito pelo profissional (Gonçalves, 2014).

Ora, a palavra respeito significa “ Sentimento que faz com que outra pessoa trate outrem com profundo zelo, grande consideração, atenção ou deferência; afeição, apreço ou cortesia (...) ”

Forma cautelosa ou ponderada de se falar sobre algum assunto, perspectiva, opinião, entre outros” (Dicionário, 2009).

Acredita-se que quando existem conflitos de relacionamento interprofissionais de saúde, a opinião do profissional de saúde não é escutada ou aceita, a comunicação é inexistente ou hostil (assédio moral ou *mobbing*), e por vezes, o mesmo profissional de saúde, sente-se pessoalmente agredido, reagindo de forma negativa a este comportamento de desrespeito, passando a ter uma postura de obediência e subordinação, anulando-se como membro integrante da equipa, ou respondendo de igual forma ao comportamento do outro, criando-se assim ambientes de trabalho muito densos. O desrespeito é por assim um comportamento que elimina toda a essência do trabalho em equipa. Sabendo-se que o conflito de relacionamento é inevitável, é importante saber como se lidar com ele e minimizar a sua influência na produtividade da equipa. Thompson (2004) em Gonçalves (2014) defende as seguintes estratégias para a resolução dos conflitos de relacionamento (desrespeito) nas equipas: assegurar um objetivo comum; transformar o conflito de relacionamento em conflito de tarefa, ou de processo e capitalizar o lado construtivo do mesmo; treinar os profissionais envolvidos no conflito de tarefa; aumentar a cooperação e diminuir a competição; construir uma identidade de equipa; promover práticas de coordenação e consenso entre os membros, e implementar práticas de democracia e estimular a negociação.

O papel de mediador ou gestão de conflito cabe ao chefe da equipa, que pode ou não ter posição de liderança, mas que deverá ter atenção à existência do conflito e ter a capacidade de compatibilizar os interesses pessoais com os coletivos. Como tal os conflitos deverão ser despersonalizados e enfrentados com soluções e atitudes não defensivas (Gonçalves, 2014) .

Posto isto, entende-se que o respeito mútuo, ou seja, o respeito do outro como pessoa e como profissional, é determinante para as relações entre profissionais de saúde, supondo-se que é essencial para que haja partilha de objetivos, de conhecimentos e para uma comunicação eficaz.

Como referido anteriormente, é importante perceber-se quais os fatores que antecedem o estabelecimento de relações interprofissionais. Considerou-se portanto abordar os seguintes elementos do trabalho na organização: estruturas de interligação, estruturas de controlo, gestão e valorização do capital humano e práticas coletivas dos profissionais de saúde.

1.2.3 Elementos do trabalho na organização de saúde

No artigo de jornal, *Organizing work to support relational co-ordination* de Gittel (2000), considera-se que as reuniões e os sistemas de informação se refletem na comunicação da organização; que o recrutamento, selecção e a satisfação no trabalho, são mecanismos de gestão e valorização do capital; e que a avaliação do desempenho funcional e transversal, promove a aprendizagem dos membros da equipa e as normas e a flexibilidade no trabalho, permitem a uniformização das boas práticas, os conhecimentos partilhados e confiança, sendo que estes fatores também promovem a eficácia das relações interprofissionais de saúde.

Começamos assim por abordar as estruturas de interligação.

1.2.3.1 *Estruturas de Interligação*

Uma organização de saúde conta com uma estrutura interna de relações verticais e horizontais (hierarquias horizontal e vertical), constituída por subgrupos, departamentos ou unidades.

Os profissionais de saúde utilizam diferentes meios de interação ou comunicação (sistemas de informação) e são compostas por membros de diferentes profissões (multidisciplinaridade), nacionalidades (internacionalidade) e culturas, raças ou etnias (transculturalidade) (Gonçalves, 2014).

No seio de uma organização de saúde “*O trabalho em equipa é uma forma de atividade coletiva que compreende a interação, a interdependência, a coordenação e a cooperação dos membros, orientada para a realização de metas ou objetivos e cujo resultado tem carácter grupal. Trata-se de um conjunto de mecanismos que ligam processos dinâmicos, simultâneos e recursivos, os quais inibem ou contribuem para o desempenho da equipa e o sucesso dos resultados*” (Gonçalves, 2014: 267).

Uma organização de saúde, como já foi referido apresenta uma estrutura muito hierarquizada, sendo assim importante desbloquear as barreiras construídas pela hierarquia, e interligar os profissionais de saúde directamente, para que seja possível a coordenação do trabalho em equipa. Esta interligação permite a fluência comunicacional, assim como a partilha de informações nos meios interno e externo à organização de saúde, tendo como único foco a partilha de um objectivo comum, nomeadamente a prestação de cuidados de saúde.

Consideraram-se assim duas estruturas de interligação: as reuniões multidisciplinares e os sistemas de informação em saúde.

1.2.3.1.1 Reuniões multidisciplinares

No contexto atual, poderá viver-se nas organizações de saúde, a necessidade de existirem reuniões, porque implicam ambientes de uma grande interligação, interdependência e complexidade. As reuniões multidisciplinares permitem que os profissionais de saúde das diferentes áreas e especialidades partilhem informações, quer acerca dos seus doentes, quer no âmbito da dinâmica do serviço/unidade de saúde e organização e que deste modo, sejam construídos planos, resolvidos problemas e tomadas decisões eficazes.

Dada a complexidade das organizações de saúde é cada vez mais difícil atuar de forma independente e unilateral. Num mundo em crescente evolução e constante mudança, como é o do sector da saúde, é impossível uma única pessoa ser dotada de todo o conhecimento, sendo assim “ (...) as reuniões tornam-se um processo essencial que permite juntar um conjunto de fontes de conhecimento para resolver um problema” (Neves *et al.*, 2008: 461).

As reuniões são essenciais, mas segundo Hattersley & McJannet (1997) em Neves *et al.* (2008: 462), estas “são processos complexos que necessariamente envolvem algum grau de conflito em termos de percepções e objetivos, divergências de opiniões e personalidades, questões de poder e autoridade e, em ultima instância, necessidades primárias de inclusão, de ser ouvido e valorizado. De facto, uma reunião é frequentemente o local onde o individuo sente se está ou não incluído em determinada comunidade”. Portanto, uma reunião poderá também ser uma das actividades mais frustrantes e exigentes, de uma equipa ou organização e que envolvem, uma certa tensão, com complexidades, que requerem algumas competências. Não é qualquer individuo que conduz uma reunião de forma instintiva, mas também não existem fórmulas mágicas para reuniões de sucesso, existem critérios que poderão contribuir para a sua eficácia e que poderão ser ensinados/aprendidos (Neves *et al.*, 2008).

Algumas reuniões são mal preparadas, não tendo qualquer utilidade, por vários motivos, ou porque convocam os profissionais errados, porque não há razão para reunir, porque as questões poderiam ser resolvidas por outros meios, porque a reunião foi mal conduzida e os seus resultados inconclusivos (Neves *et al.*, 2008).

As reuniões dentro de uma organização, são as principais responsáveis pelo desperdício, pois quando não se tomam decisões importantes numa organização, em apenas uma reunião, estas obrigam ao agendamento de mais que uma reunião. “ Uma das piores consequências de más reuniões é sem dúvida o desperdício: as reuniões custam dinheiro, e o tempo de preparação e afastamento temporário das pessoas do seu local de trabalho reduzem a produção” (Neves *et*

al., 2008: 464), assim como elevam os custos com o pessoal. Acrescendo ainda os custos associados às más decisões, aos conflitos não resolvidos, à frustração, à desmotivação, à apatia e falta de coesão da equipa.

Apesar, de todos os pontos negativos das reuniões, na realidade pouco se pode fazer sem um mecanismo de juntar pessoas, pois estas têm de comunicar e intergir para atingir determinados objetivos comuns.

Uma organização não funciona sem reunir, desta forma não seria possível obter e partilhar informação; manter todos os profissionais envolvidos, encorajados para a contribuição de ideias, perspectivas e opiniões; coordenar atividades com a colaboração de todos e esforço coletivo em prol das prioridades individuais; envolver todos na resolução de problemas e tomada de decisões, assim como criar responsabilidade partilhada entre todos os membros da equipa e organização (Neves *et al.*, 2008).

Quando planeadas e bem conduzidas, as reuniões poderão conferir uma série de benefícios para a equipa e/ou organização de saúde, assim como contribuir para a qualidade das relações interprofissionais de saúde.

1.2.3.1.2 Sistemas de informação na saúde

Relativamente aos sistemas de informação na saúde, nas organizações a comunicação é o fio condutor que permite o estabelecimento das relações entre colaboradores, ou entre estes e a gestão. Na ausência de comunicação a continuidade das atividades inerentes às competências de cada profissional estaria posta em causa. Entende-se por comunicar, o ato de transmitir ou enviar uma mensagem, à qual é atribuído um significado, tal como cita Rego (2013: 32) “ *A comunicação é pois, uma condição sine qua non da vida social e, por maioria de razão, da vida organizacional. Sem comunicação, <não pode haver organização, gestão, cooperação, motivação, vendas, oferta ou procura, marketing ou processos de trabalho coordenados (...)* De facto, uma organização humana é simplesmente uma rede comunicacional. Se a comunicação falha, uma parte da estrutura organizacional também falha>!”. O processo de comunicação implica a existência de um emissor e de um recetor, para fazer a ponte entre ambos e propagar a transmissão da mensagem é necessário um canal ou meio. A mensagem poderá tratar-se apenas de dados ou informação e o canal/ meio poderá ser formal ou informal, ou seja, por contacto direto ou indireto. Segundo Rego (2013: 239) “*A rede formal e informal podem complementar-se. Por exemplo, a comunicação formal pode ser usada para confirmar a*

informal (...). E a rede informal pode permitir o acesso e a partilha de informação necessária para a tomada de decisão e a realização do trabalho”.

Devido ao aumento de armazenamento de informação nas organizações, assim como à sua descentralização estrutural, os sistemas de informação, são o canal formal, comumente utilizado, por ser mais abrangente, e abarcar um número maior de pessoas, evitando assim a perda da informação e de tempo (Amaral, 2005).

Nas organizações de saúde, devido à sua especificidade, complexidade e multidisciplinariedade, assim como, ao aumento de exigências por parte da procura, isto é, o cliente/utente deseja cuidados de saúde com qualidade e segurança, sentiu-se a necessidade de se investir em sistemas de informação na saúde. As organizações têm necessidade de armazenar, cada vez mais informação, no decorrer e desenvolvimento de suas atividades. Sendo assim, imprescindível gerir corretamente a informação, possibilitando uma visão global dos dados da organização, de modo a satisfazer as necessidades de informação e consequentemente o cumprimento da missão da organização (Pereira *et al.*, 2011).

A informação, não é nada mais, nada menos que os recursos conceptuais da organização, que permitem controlar os recursos físicos, sendo estes, os recursos humanos (colaboradores) e os recursos materiais (equipamentos, instalações).

Marcelino (1990) definiu sistema de informação (SI) como *“conjunto de meios e procedimentos que, através de mecanismos de representação, têm como finalidade explícita ou resultado implícito fornecer aos diferentes membros da organização uma percepção do estado e do funcionamento da dita organização e do seu meio envolvente (sistema de informação de gestão) e suportar de modo operacional as actividades do sistema de operações cujo objecto seja informação”* (Amaral *et al.*, 2005: 75).

Alturas (2013: 35), refere *“Todo o sistema que manipula dados e gera informação, usando ou não recurso a tecnologias de informação, pode ser genericamente considerado como um sistema de informação (SI). (...) o sistema de informação organizacional pode ser conceituado como a organização e seus vários subsistemas internos, contemplando ainda o meio ambiente externo. Um SI é usado para produzir informação (...).”*

Assim, a gestão dos sistemas de informação, integra a utilização de tecnologias de informação (TI) nas organizações, cujas contribuem para as tomadas de decisão, de forma significativa.

Os sistemas de informação são importantes na medida que facilitam o processo de gestão, nas suas diferentes fases (planeamento, liderança, organização e controlo). No planeamento, ajudam no estabelecimento de objetivos e a atribuição de meios; por outro lado, na fase de organização, permitem a divisão do trabalho em tarefas simples, assim como a coordenação

dessas tarefas para atingir os objetivos e por fim, na fase de controlo os SI, são cruciais na medição e observação das atividades, permitindo correções e ajustes se necessário (Martins, 2006).

O setor da saúde em Portugal, nos últimos trinta anos, tem sofrido profundas alterações, o cliente/utente oferece maior exigência face aos cuidados de saúde, dada à sua formação, refletindo-se numa maior sensibilidade à eficácia e à qualidade dos serviços de saúde.

Os hospitais portugueses necessitam de boa informação para atingir um sistema de saúde de qualidade, o que significa, nas suas múltiplas dimensões, que a informação do, e sobre o processo de prestação de cuidados de saúde, garante, apoia e nalguns casos obriga a atitudes e procedimentos de qualidade (Martins, 2009).

Segundo Kohn *et al.* (2000) em Martins (2009: 229), os *“relatórios apontam para a necessidade de um bom sistema de informação clínica se o objectivo da segurança do doente e qualidade da prestação é para ser atingido”*.

Lapão (2005) expressou a necessidade de as organizações de saúde integrarem uma gestão estratégica e não apenas a mera administração dos seus recursos.

As organizações de saúde, não são empresas comuns, devido à elevada complexidade e multiplicidade, o que as torna vulneráveis.

É assim, necessário o desenvolvimento de uma estrutura organizacional, que tenha por base um modelo integrado de informação e conhecimento, alinhado com os objetivos da gestão, procurando apoiar as atividades do hospital, não esquecendo as características dos serviços e população, pois acredita-se que sem informação não é possível fazer gestão.

O hospital é, geralmente, entendido como uma organização que produz serviços de grande especificidade, isto é, cuidados de saúde, não só pela multidisciplinariedade dos profissionais de saúde mas, também, pela acumulação de tecnologias médicas sofisticadas. Também, neste sentido, os Sistemas de Informação (SI) para a Saúde são importantes, pelo contributo que podem proporcionar na modernização e melhoria da prestação de cuidados de saúde, garantindo uma melhor gestão da informação assim como dos recursos associados. Daí ser absolutamente crucial, e talvez na área da Saúde de forma mais intensa do que em outras áreas, o investimento nos sistemas de informação (Carrasqueiro, 2007).

Para estas organizações, é imprescindível um sistema de informação automatizado, que permita responder às mudanças estruturais necessárias à sua revitalização. Condição essencial nas organizações ligadas à saúde, uma vez que a qualidade dos serviços depende de sistemas de informação bem estruturados (Carrasqueiro, 2007).

Um sistema de informação hospitalar permite otimizar a gestão da informação e, por consequência, a gestão organizacional (processos de produção, administrativos e assistenciais), além de permitir a integração com outros sistemas de informação externos, ligados à rede de saúde (Lapão, 2005).

O tratamento da informação e o estabelecimento de sistemas de informação nos hospitais, em Portugal, ainda têm um longo caminho a percorrer. Os hospitais portugueses têm acompanhado a evolução da tecnologia voltada para a saúde, tanto em termos do ambiente físico quanto da terapêutica, mas a informação, é ainda desvalorizada. Como é o exemplo, dos registos que compõem os processos dos clientes/utentes, e que devem ser a base da gestão da informação hospitalar, ainda são tratados de maneira deficiente em alguns hospitais.

O Instituto Nacional de Estatística (INE) em parceria com a Unidade de Missão e Inovação para o Conhecimento (UMIC), publicaram em 2005, um estudo que revela o facto dos hospitais públicos, em Portugal, se apresentarem mais informatizados do que os privados e 80% desses hospitais gerem as suas consultas com recurso à informática (INE, UMIC, 2005).

O Inquérito à Utilização de Tecnologias de Informação e da Comunicação dos Hospitais 2004, que abrangeu a totalidade dos hospitais nacionais, apurou que os hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) são os que apresentam uma maior percentagem de atividades médicas informatizadas, com 80% das consultas, 67% das cirurgias e 63% das urgências a serem realizadas com recurso ao computador (INE, UMIC, 2005).

Já o registo dos ficheiros clínicos dos utentes e as bases de dados de informação aos profissionais de saúde e aos doentes estão informatizados em cerca de metade (50%) dos hospitais que integram o Serviço Nacional de Saúde (INE, UMIC, 2005).

Nos hospitais, estes sistemas de informação, servirão de apoio aos profissionais de saúde, para armazenar informação, permitir o seu processamento, análise e transmissão tão necessária para planear, organizar e avaliar o trabalho e em consequência, implementar melhores estratégias de atuação ou decisão. Poderão contribuir ainda, para disponibilizar mais informação, no sentido de introduzir novas formas de prestação de cuidados, mais acessíveis, mais eficazes e mais centradas nas necessidades dos utentes; no desenvolvimento de novas práticas de colaboração de trabalho, mais flexíveis, contínuas e direcionadas às necessidades do quotidiano (Carrasqueiro, 2007). Aos gestores das organizações de saúde, as informações contidas no SI descrevem qualitativa e quantitativamente os serviços realizados. Se a estas informações, juntarmos o conhecimento das necessidades de saúde detetadas, as informações possibilitam direcionar as ações nesse sentido.

De acordo com o relatório, Tecnologias de Informação de Serviços de Saúde e Registo Eletrónico de Dados – Implicações para os Serviços de Saúde (2005), os registos eletrónicos de saúde, os sistemas de informação clínica e a organização dos médicos através de sistemas informáticos terão um impacto enorme na redução de erros médicos e na eliminação dos atrasos resultantes da circulação de registos em papel e da perda de informação (INE, UMIC, 2005).

Como se pode constatar, os sistemas de informação, são um recurso, para a melhoria da comunicação e relacionamentos interprofissionais na saúde e consequentemente da qualidade dos cuidados de saúde.

Outro elemento a explorar são as estruturas de controlo.

1.2.3.2 Estruturas de Controlo

Estas estruturas compreendem o sistema de avaliação e de melhoria de desempenho e a monitorização do desempenho organizacional.

1.2.3.2.1 Sistema de avaliação e de melhoria de desempenho

Supõe-se que a avaliação de desempenho numa organização de saúde deverá ser um processo através do qual se obtém padrões de resultados e valores da respetiva organização, consoante a estratégia e os objetivos. Tais padrões de resultados e valores, poderão advir da comparação com as melhores práticas de saúde – *benchmarking* – ou serem resultantes, da melhoria contínua. É expectável, que através da análise desses resultados, ocorra uma melhoria de processos da organização, dos procedimentos e dos resultados do trabalho dos profissionais – cuidados de saúde.

Aguinis (2009) em Pina e Cunha *et al.* (2012: 402) define como avaliação de desempenho “*um processo contínuo de identificação, medição e desenvolvimento dos indivíduos e equipas, e de alinhamento do respectivo desempenho com os objetivos estratégicos da organização.*” Este processo deverá contemplar, a ligação entre os objetivos comuns e as práticas dos profissionais de saúde, pois só assim, o profissional de saúde compreende o seu papel e contribui para o sucesso da organização de saúde. Caso contrário, a avaliação de desempenho serve apenas de instrumento de diferenciação e discriminação, podendo gerar resistências e conflitos.

De acordo com Pina e Cunha *et al.* (2012: 494) é importante que se “*questione, avalie e melhore os processos de trabalho, as tecnologias, os sistemas organizativos determinantes na eficácia,*

a eficiência e a qualidade das actividades dos empregados. A participação destes na melhoria das condições de desempenho, além de contribuir para os resultados da organização, pode também facilitar o seu sentimento de desenvolvimento, sua auto-estima e o seu empenhamento na organização e no trabalho.”

Numa organização, segundo os mesmos autores, são fatores explicativos de fracos desempenhos, a comunicação ineficaz; a ausência de objetivos comuns; o fraco envolvimento dos colaboradores; a desonestidade e incompetência relacional por parte da liderança; os problemas pessoais; a sobrecarga de trabalho; o desajustamento entre as competências do colaborador e a função desempenhada; a ambiguidade e conflito de papel; as tarefas rotineiras; os conflitos fora do controlo do colaborador e a recessão económica.

Alguns desses fatores influenciam as relações interprofissionais de saúde, como se pode constatar anteriormente, e conseqüentemente essas relações, contribuem de igual forma, para o elevado ou baixo desempenho da organização.

Gittell, Seidner, & Wimbush (2009) referem que a avaliação de desempenho atribui a responsabilidade dos resultados às pessoas. Apesar da interdependência dos profissionais de saúde, na elaboração do seu trabalho, deva atribuir a responsabilidade à equipa e não a um profissional isoladamente. A partilha da responsabilidade por toda a equipa, contribui e incentiva os colaboradores, a concentrarem-se na resolução dos problemas, em vez de atribuir culpas ao profissional. Os autores defendem uma avaliação de desempenho que sirva para resolver problemas e fortaleça as relações de trabalho, uma vez que permite a partilha de informação e a aprendizagem coletiva.

Pina e Cunha *et al.* (2012: 499) mencionaram que uma avaliação de desempenho que confira *feedback* aos profissionais, “*serve como veículo para a melhoria e desenvolvimento pessoal e de carreiras*”, sendo também “*uma fonte de aprendizagem e permite estabelecer os objetivos da formação. Ajuda ainda a diagnosticar problemas organizacionais. Ao detectar deficiências em termos de conhecimentos, capacidades e aptidões, permite iniciar acções necessárias para resolver esses problemas, (...).*”

A avaliação de desempenho é assim algo construtivo e fundamental para a organização, podendo assumir, por exemplo, a forma de *Tableaux du Bord* ou de *Balanced Scorecard*. Em qualquer destas ferramentas aparecem definidos os indicadores de desempenho. Estes indicadores decorrem da missão, da visão e da estratégia adoptada, após avaliação dos recursos existentes na organização e do ambiente político, económico e social que a envolve.

Estes indicadores devem ser claros, e conter a informação objectiva e subjectiva, do que deve ser feito, quais os resultados que devem ser alcançados e o modo como deve ser feito. Esta

objetividade, orienta os profissionais e equipas, focando-se na melhoria do desempenho, no entanto desviam-nos de outros objetivos igualmente importantes, podendo afetar a cooperação e trabalho em equipa. Por outro lado, a subjetividade equilibra, sendo promotora de desenvolvimento, pois indica às pessoas, não apenas os resultados a alcançar como também o modo como devem prosseguir (Pina e Cunha *et al.*, 2012).

Neves *et al.* (2008: 383) partilham da mesma ideia, dizendo que a avaliação de desempenho é determinante para o sucesso das organizações, sendo um processo que pode *“fornecer ao avaliado uma imagem clara do seu desempenho; ajudá-lo a melhor realizar o seu trabalho; comunicar qual o desempenho esperado; estabelecer objetivos de desempenho futuros; comunicar necessidades de melhoria; desenvolver planos práticos para a melhoria; avisar ou repreender o avaliado; identificar ideias, sentimentos ou problemas do avaliado; identificar as suas aspirações; determinar necessidades de formação; construir relações mais fortes com o avaliado; desenvolver e formar o avaliado na sua função presente ou prepará-lo para desempenhar funções mais complexas; avaliar o departamento ou unidade como um todo e determinar como cada colaborador se ajusta num contexto mais alargado,”*.

Por fim, de acordo com Caetano (1996) em Neves *et al.* (2008: 401), a avaliação de desempenho *“não deve constituir um julgamento individual”*, esta *“constitui-se como um meio de comunicação entre actores organizacionais”*, sendo um *“processo participado e os seus compromissos partilhados”*, que *“deverá ajudar o individuo a realizar melhor o seu trabalho, a melhorar as suas relações com os restantes actores organizacionais, em última análise, contribuir para a melhoria da organização.”*

Lopes (2012: 225) cita *“Em culturas como a portuguesa, caracterizadas pela distância hierárquica elevada, pelo elevado controlo da incerteza e por elevado coletivismo, o desempenho gerido individualmente parece colidir com a cooperação entre sujeitos e entre grupos e a hierarquia directa.”*. O mesmo autor diz ainda que *“A avaliação, tal como é corrente praticar-se nas empresas e noutras organizações portuguesas, corre o risco de centrar o individuo nos objetivos individuais, impedindo a emergência de autonomia que permite ajudar ou cooperar com os outros.”* (Lopes, 2012: 226).

De uma forma genérica, a avaliação de desempenho, é um instrumento que contribuí para a melhoria de desempenho e bons resultados de uma organização de saúde, se não se focar apenas no profissional de saúde, mas envolver a participação do mesmo e as equipas de saúde, na avaliação da qualidade da organização de saúde. Deverá haver articulação entre o sistema de *“boas práticas”* e a procura da melhoria dos processos de trabalho em equipa, para que estes se renovem, evoluam e se tornem generalizados. Esta atitude avaliativa é promotora da autonomia

e envolvimento do profissional de saúde e equipa; estimula a coordenação e confiança e consequentemente fortalece as relações interprofissionais de saúde.

1.2.3.2.2 Monitorização do desempenho organizacional

De acordo com o supra entendido, a avaliação de desempenho é crucial para as organizações, inclusive as do setor da saúde, no entanto é importante a metodologia de avaliação utilizada e atribuir quem deverá realizar a monitorização do desempenho sustentada e realizada no menor intervalo de tempo possível (supervisão).

No sector da saúde, é fundamental a utilização de métodos de avaliação orientados para os resultados, assim como a participação de todos os profissionais de saúde (avaliação 360 graus), com curta periodicidade e elevada frequência (Pina e Cunha *et al.*, 2012).

A avaliação 360 graus (*feedback* 360) é a utilização combinada de diversos avaliadores, isto é, envolve no sistema de avaliação, as chefias diretas, os operacionais, os colegas/pares, a autoavaliação e os utilizadores da organização – clientes e familiares. A informação é recolhida com recurso a questionários ou formulários e processada posteriormente. Os resultados ou o relatório desse material de avaliação é publicada e discutida, sendo analisados os pontos fortes e fracos, procurando entender a razão de certos comportamentos e planeando objetivos, estratégias e ações que promovam o desenvolvido e melhoria (Pina e Cunha *et al.*, 2012).

O método de avaliação 360 permite integrar a chefia direta, sendo este o avaliador tradicionalmente mais utilizado, uma vez que tem maiores oportunidades de observar o desempenho dos seus profissionais, sendo também quem toma decisões sobre estes e o principal interessado na melhoria de desempenho, uma vez que ganha e perde, com os resultados obtidos (Pina e Cunha *et al.*, 2012).

Por vezes, a chefia direta tem dificuldades em observar o desempenho das pessoas, sendo o recurso a vários avaliadores benéfico para avaliar aspectos que cada um observa melhor. Para contornar esta dificuldade, pode usar indicadores objetivos de desempenho, ou recorrer, por exemplo à avaliação do grupo de pares. No entanto, a avaliação do grupo de pares, poderá ser potenciadora de enviesamentos, por exemplo, quando existe um forte espírito de coesão da equipa, os colegas tendem a inflacionar as avaliações e vice-versa, sendo por isso necessário combinar com outras fontes de avaliação (Pina e Cunha *et al.*, 2012).

É naturalmente, importante a periodicidade e o controlo da avaliação o desempenho da chefia da liderança. Por outro lado, a avaliação destes últimos profissionais por parte dos respetivos subordinados também é importante, pois influencia grandemente, o comportamento dos

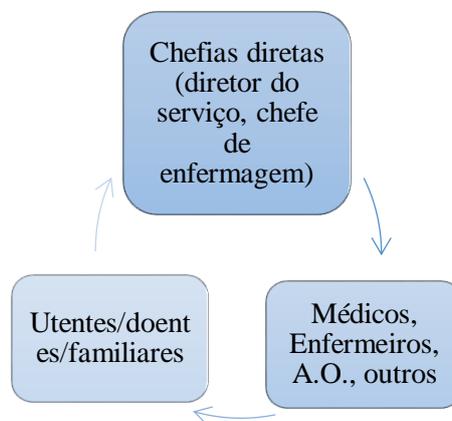
colaboradores e equipas e por conseguinte, os resultados da organização (Pina e Cunha *et al.*, 2012).

Acredita-se que a auto-avaliação, realizada pelo menos semestralmente, também é uma forma útil de avaliação na medida que contribui para o desenvolvimento pessoal.

Neste tipo de avaliação, o profissional avalia os seus pontos fracos e fortes, que podem anteriormente ser definidos por métricas de desempenho (e.g. relacionamentos com os colegas), que permitem assim a monitorização do seu desempenho e de avaliar a concretização dos seus objetivos, sem a influência da chefia. Por fim, a avaliação da satisfação do cliente, através de questionários e formulários, poderá permitir o acesso a informação útil, na medida que são estes agentes externos, o público, a quem a organização presta serviços e tem interesse em satisfazer. As opiniões espontâneas, por norma são ou muito negativas ou muito positivas, são apenas utilizadas como fonte de informação adicional, para avaliar e melhorar a qualidade dos serviços (Pina e Cunha *et al.*, 2012).

Esquematizando, numa organização de saúde a avaliação 360 graus da equipa multidisciplinar, poderia fazer-se de acordo com o esquematizado na **Figura 3**.

Figura 3. Avaliação 360 graus da equipa multidisciplinar de saúde



Fonte: o próprio.

Deste modo, todos contribuiriam para a aprendizagem, para o crescimento e para o desenvolvimento coletivo, promovendo a coesão da equipa e por conseguinte o fortalecimento das relações interprofissionais de saúde, uma vez que as responsabilidades eram partilhadas, assim como a melhoria do desempenho da organização.

Anteriormente, abordou-se a relevância dos objetivos comuns nas relações interprofissionais de saúde, portanto se estes devem existir, também o sistema de avaliação deve-se basear nestes, e ser orientado para os resultados.

Estes objetivos são definidos de forma negociada, o que na prática é muito difícil em organização com grande distância hierárquica, sendo nestes casos, impostos pela gestão.

Rego (2002) em Pina e Cunha *et al.* (2012: 525) refere ainda que este método de avaliação possui um risco significativo “*num contexto interpessoal muito competitivo, as pessoas se focalizarem nos objetivos individuais em detrimento da cooperação em prol da equipa. Pode também suceder que, focalizados nos objetivos formalmente definidos, os indivíduos reduzam os seus comportamentos de cidadania organizacional, isto é, os comportamentos não previstos/prescritos mas relevantes para a eficácia da organização*”.

A monitorização da avaliação de desempenho, quando realizada de forma sustentada a todos os profissionais e à organização como um todo, permite o diagnóstico atempado de aspetos a melhorar e a corrigir, dando a oportunidade a um estreitamento das relações entre os profissionais, já que permite uma maior comunicação e entreajuda, em prol do sucesso de todos e de cada um em particular. Só trabalhando desta forma, se propícia a aprendizagem mútua e o desenvolvimento do capital humano.

1.2.3.3 Gestão e Valorização do Capital Humano

No âmbito da gestão e valorização do capital humano, optou-se por explorar apenas três processos associados a esta prática: o recrutamento, a seleção e a integração, que permitem a contratação do profissional com o perfil e as competências técnicas associadas ao cargo a desempenhar em plenitude no menor espaço de tempo. Quando a organização avalia a satisfação dos colaboradores, permite a perceção de valor por parte de quem é inquirido, para a unidade de saúde.

1.2.3.3.1 Recrutamento, Seleção e Integração nas organizações de saúde

Considera-se que o sucesso da organização de saúde depende dos profissionais de saúde, logo a sua alocação deve ser feita de modo sensato e estratégico e não aleatório.

A “*qualidade da gestão de uma organização depende, fortemente, da qualidade das pessoas que consegue atrair e seleccionar*” (Pina e Cunha *et al.*, 2012: 189).

O recrutamento consiste no processo através do qual a organização procura atrair as pessoas, que possam vir a executar funções na organização. Já a seleção, é uma escolha das pessoas

recrutadas, que virão a trabalhar na organização. O processo de recrutamento externo, de uma qualquer organização de saúde, ao focar-se na transmissão da missão e dos valores da organização, assim como na publicação dos resultados dos indicadores de qualidade e dos resultados de satisfação dos utentes e profissionais de saúde, já por si, são uma forma de atrair os futuros candidatos interessados a integrarem-se na organização, de modo espontâneo. Este método de recrutamento proporcionaria a liberdade ao futuro candidato de escolher trabalhar na organização, de se identificar com os valores e missão, assim como lhe agradar os resultados que a mesma tem obtido, motivando-o a fazer parte da mesma, e não se trataria de ser apenas uma procura de emprego, por necessidade, descurando de todos esses aspectos.

De acordo com Pina e Cunha *et al.* (2012), as preferências dos candidatos é muito vasta, no entanto, serão apontadas algumas preferências também igualmente importantes para uma organização de saúde: trabalho desafiante, interessante e significativo; autonomia no exercício da função; sucesso pessoal; reconhecimento, prestígio e *status*; possibilidade de exercer funções de liderança; salário justo; salário fixo vs remuneração flexível (incentivos); oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento pessoal (formação); avaliação de desempenho e evolução na carreira; proximidade do local de residência; horário compatível com as suas necessidades e orientações; segurança de emprego (tipo de vinculação); condições (físicas, sociais e humanas) satisfatórias; tratamento respeitador e digno; possibilidades de conciliar o trabalho com a vida pessoal/familiar; relacionamento honesto, franco e leal com os líderes; possibilidade de participar nas decisões; condições para a guarda dos filhos (creches/infantários); oportunidades de concretizar o espírito de iniciativa; apoio em momentos de dificuldade e trabalho em equipa.

Ao contrário do recrutamento, a seleção tem necessidade de ser muito mais detalhista, pois é esta que permite fazer uma sensata futura alocação dos recursos humanos. Tal como, Cunha, Rego e Cunha (2012: 232) referem “ a *selecção requer que se procure o ajustamento entre pessoas e funções*”. Isto é, procura “ (...) *os atributos pessoais que os candidatos devem possuir (desde traços de personalidade a conhecimentos técnicos ou experiência prévia) para um eficaz desempenho da função*”. Usando como métodos de seleção, “*inventários de personalidade ou entrevistas, que permitem medir os candidatos à luz dos critérios de selecção*”. Os inventários de personalidade, passam por testes de personalidade, testes psicotécnicos; testes de inteligência (QI e QE) e testes de integridade. Para avaliar a capacidade de trabalho em equipa, recorria-se a dinâmicas de grupo.

Segundo alguns estudos, os autores supra citados mencionam, que sabe-se que os indivíduos mais conscienciosos, tendem a demonstrar maior desempenho, fraco absentismo, menores

índices de comportamentos disfuncionais e menores problemas disciplinares. Esta característica de personalidade é relevante de uma forma transversal, para qualquer função dentro da organização de saúde, no entanto, é imprescindível em serviços onde existe maior risco de erro, dada a complexidade, como são por exemplo, as unidades de cuidados intensivos, os blocos operatórios e as urgências. Outra característica de personalidade, importante para as funções que envolvem as relações interpessoais, é a extroversão, um aspecto essencial, em serviços de contacto com o público, como as enfermarias e serviços de ambulatório. Nestes últimos serviços, também a amabilidade, é uma variável de personalidade, com elevado relevo. Tanto, a extroversão como a amabilidade, são características de personalidade, essenciais para a relação de ajuda, para a comunicação com o outro, no sector da saúde.

Considerando a experiência dos autores, o processo de recrutamento que as organizações de saúde adotam comumente são os concursos públicos ou as candidaturas espontâneas, posteriormente são analisados os *currículos vitae* dos candidatos ao cargo e segue-se o processo de seleção. É frequente que, o processo de seleção, nas unidades de saúde, não seja realizado por profissionais do setor dos recursos humanos, nem por psicólogos organizacionais, mas por gestores intermédios, com formação apenas em saúde, levando a contratações de profissionais com boas competências técnicas, mas sem resiliência emocional, que lhes permita integrar as equipas de saúde de forma sustentável.

Quando se desempenha funções na área da saúde, a estabilidade emocional, assim como a capacidade de resiliência, são alicerces fundamentais, pois tal como já foi referido, para os profissionais de saúde puderem cuidar dos outros têm de estar bem consigo próprios. No entanto, a estabilidade emocional é igualmente importante na execução de papéis de liderança. Outras variáveis de personalidade igualmente importantes nas unidades de saúde, é o locus de controlo interno, em que o colaborador tem a capacidade de atribuir os resultados a si, e não a variáveis externas, como a sorte/azar ou a má vontade da chefia. É importante, assumir as falhas, não arranjar culpados. Ao se assumir as falhas, analisa-se as causas e fazem-se aprendizagens, e conseqüentemente tomam-se medidas ou ações para não se repetir a mesma falha. Esta cultura de não culpabilização, proporciona o relato dos incidentes, eventos adversos ou erros, e permite o elevado desempenho das organizações de saúde.

A característica honestidade, é aqui também fundamental, é importante não se ocultar os erros, por receio de represálias ou diminuição da reputação (Fragata, J.; Martins, L., 2008).

A auto-eficácia, é também uma característica essencial, pois o colaborador executa determinado comportamento para obter determinado resultado, é persistente, esforça-se mais e sujeita-se a experiências mais ambiciosas (inovação).

Segundo Zhao *et al.* (2007) em Cunha *et al.* (2012) seria uma mais-valia, para a organização de saúde, se o candidato não apenas assinasse um contrato de trabalho, mas um contrato psicológico, com a organização, cabendo à organização, o compromisso de não se quebrar com o contrato psicológico, pois os resultados seriam devastadores.

É importante realçar, que os colaboradores da organização de saúde, são quem cuida dos outros, e devem ser elementos igualmente “cuidados” pela instituição de saúde, de modo a aumentar a sua satisfação e motivação, por meio de oferta de condições por parte da organização e/ou incentivos.

Dentro das organizações de saúde, aquando a chegada de um novo elemento, existe quase sempre uma resistência a este dinamismo, por parte de quem faz já parte da organização, pelo receio da mudança que aquele novo elemento possa trazer para a organização.

Relativamente ao processo de integração, é importante realçar que usualmente os novos elementos antes de desempenhar funções, ficam nos primeiros seis meses, em período de formação, preparando-o para desempenhar funções num determinado serviço da unidade de saúde. Apesar do profissional de saúde, ter já adquiridas competências na sua formação de base, esta integração, permite relembrar, reforçar e atualizar conhecimentos, fazer novas aprendizagens e adaptar-se à unidade em questão, pois cada serviço ou unidade têm procedimentos e normas internas, que devem ser dadas a conhecer e respeitadas. Só posteriormente inicia funções no respetivo serviço, sob a supervisão dos elementos mais experientes da equipa. Este tipo de integração e acolhimento permite que ao profissional de saúde, maior tempo para a aprendizagem e segurança na prática, diminuindo assim a ocorrência de erros, próprios da inexperiência; assim, como o aumento da confiança do próprio, motivação e satisfação (Pina e Cunha *et al.*, 2012).

Presume-se assim que cada um destes processos, quando realizados com eficiência e eficácia, esteja positivamente relacionado com o bom trabalho em equipa e com o fortalecimento das relações interprofissionais em saúde.

1.2.3.3.2 Avaliação da satisfação do trabalho

A satisfação no trabalho tem sido observado com elevada importância pelas organizações, com o objetivo de entender a funcionalidade da organização, assim como identificar aspetos relevantes para o gestor, com vista a aprendizagem, inovação e mudança organizacional, assim como a melhoria dos resultados e perceção de valorização por parte da organização. A satisfação no trabalho consiste no sentimento de bem-estar, resultante da interação de vários

aspectos ocupacionais, podendo influenciar a relação do trabalhador com a organização, clientes e família (Gonçalves, 2014). Leal *et al.* (1999) em Gonçalves (2014: 140) define satisfação do trabalho como *“uma orientação afetiva experimentada pelo trabalhador em relação ao seu trabalho e como consequência deste”* Já Loke (1984) em Gonçalves (2014: 140) defende *“A satisfação e a insatisfação no trabalho são respostas emocionais que se manifestam numa ampla faixa de ações alternativas que podem ser usadas em diferentes momentos e assumir valores positivos ou negativos. Algumas dessas respostas são psicológicas e outras têm um cunho comportamental (atrasos, absentismo e/ou afastamento da organização)”*.

Quando as pessoas realizam atividades de que gostam, elas são mais felizes e trabalham mais motivadas, o que resulta em autoconhecimento, melhoria da qualidade de vida, dos serviços e aumento da produtividade. Um colaborador que se encontra satisfeito no trabalho, apresenta atitudes positivas em relação a ele, contrariamente, uma pessoa insatisfeita apresenta atitudes negativas em relação ao trabalho (Delobbe *et al.*, 2005).

Acredita-se que a satisfação no trabalho está associada à saúde do trabalhador assim como os indivíduos mais satisfeitos apresentam melhor qualidade de vida, melhor qualidade de saúde e menor ocorrência de doenças, tanto no que se refere à saúde física ou mental. A satisfação no trabalho influencia ainda a satisfação com a vida, por meio de generalização das emoções, para a vida fora do trabalho e atitudes decorrentes, que podem ainda afetar as relações sociofamiliares. É portanto importante o equilíbrio entre a estrutura familiar, assim como a satisfação no trabalho, para que o colaborador da organização se mantenha estável emocionalmente e desempenhe eficazmente as suas funções (Warr, 2007).

Dantas (1993: 96) no seu estudo refere que *“ (...) a satisfação (motivação) no trabalho tem raízes no ambiente externo (família); exemplo, uma pessoa bem relacionada no seio da sua família, traz como resultados boas perspectivas para a instituição; poderíamos, também, analisar que um servidor bem alocado e satisfeito com seu trabalho, poderá trazer tranquilidade e paz em termos familiares.”* Por vezes é benéfico, para os casais *“ (...) trabalharem na mesma instituição, pois fatores como facilidade de locomoção, compatibilidade de horários, economia de tempo e dinheiro e maior convivência conjugal facilitam sobremaneira seu desempenho, acarretando, portanto, maior satisfação com o trabalho.”*

A motivação é um dos componentes que podem influenciar a satisfação dos indivíduos no trabalho. Por outro lado, a satisfação no trabalho é uma variável comportamental que mostra como as pessoas se sentem em relação ao trabalho que possuem, seja na visão global, seja com relação a alguns dos seus aspectos (Spector, 1997).

A motivação difere de satisfação ao manifestar uma tensão provocada pela necessidade, enquanto a satisfação demonstra uma sensação ou sentimento. A satisfação é o resultado do atendimento dessa necessidade (Archer, 1997).

São os fatores motivacionais que produzem efeito duradouro na satisfação, aumentando também a produtividade, tal como refere Peiró (1997) em Gonçalves (2014: 134), “*Deve-se procurar a criação de um grupo de atividades desafiantes, significativas e propulsoras de responsabilidade, autonomia e controlo do individuo sobre as suas tarefas, de maneira a que o seu desempenho possa corresponder às necessidades de sucesso, competências e autorrealização.*” Como se pode constatar, estes dois fatores são geradores de satisfação e insatisfação dentro do ambiente de trabalho e classificam-se em duas categorias (ambiente de trabalho e conteúdo do cargo), independentes entre si, mas que influenciam de diversas formas o comportamento humano.

Hackman e Oldham (1975) em Gonçalves (2014) defendem neste modelo que determinadas tarefas e condições de trabalho dão origem à motivação interna. Quando existe um enriquecimento das tarefas, conseqüentemente verifica-se um aumento dos níveis de satisfação, motivação e produtividade no trabalho. Segundo estes autores, os trabalhadores estarão motivados, satisfeitos, desempenhando as suas tarefas com qualidade e produtividade e serão assíduos no trabalho quando três destes estados psicológicos estiverem presentes: a percepção do trabalho como significativo, que corresponde ao grau em que o colaborador percebe o trabalho, como algo importante, valioso e significativo; a responsabilidade, sendo definida como o sentimento que individuo experimenta em relação aos resultados do seu trabalho, percebido como sua iniciativa e o conhecimento sobre os resultados obtidos, ou seja, o grau de entendimento do colaborador quanto à efetividade do seu trabalho.

Para que o colaborador da organização experimente estes três estados psicológicos acima referidos, é importante que o seu cargo apresente determinadas dimensões básicas de trabalho, tais como, a variedade de competências a serem utilizadas no desenvolvimento das atividades do seu cargo; a identidade e a importância da tarefa. São estas dimensões que ditam a importância, que o colaborador confere ao conteúdo do seu trabalho e em que medida o percebe como significativo. Ainda dentro deste modelo, a autonomia do trabalhador, é caracterizada como o nível de independência de planeamento e execução dos trabalhos, sendo esta importante para a motivação do individuo.

A autonomia pode ser reforçada pelo *feedback* do trabalho, ou seja, pelo nível de informação que o colaborador tem acerca da execução das suas funções e da eficácia do seu desempenho.

Hackman & Oldham (1980) em Gonçalves (2014) referem que embora estas variáveis de conteúdo sejam importantes para originar estados psicológicos positivos e favoráveis a resultados positivos no trabalho, a satisfação com as variáveis de contexto são fundamentais. Isto é, a satisfação com os fatores de contexto, tais como, as lideranças, a relação com os colegas de trabalho, remuneração, segurança no trabalho entre outros mais aspetos, proporcionam ao indivíduo a apreciação e uma resposta positiva ao desempenho do seu trabalho.

Assim sendo, a valorização do capital humano pela organização através da avaliação da satisfação no trabalho considera-se estar positivamente associada com relações interprofissionais saudáveis.

Por fim, falta caracterizar as práticas coletivas dos profissionais como elementos do trabalho nas organizações de saúde essenciais ao desenvolvimento de boas relações interprofissionais.

1.2.3.4 Práticas coletivas dos profissionais de saúde

Quando se consideram as práticas coletivas dos profissionais de saúde, abordaram-se dois elementos: o trabalho de acordo com as Normas de Orientação Clínica (NOC's) e a flexibilidade no trabalho.

1.2.3.4.1 Normas de orientação clínica

Para Hesbeen (2000: 10), “cuidar” consiste “ (...) *atenção especial que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular com vista a ajudá-la, a contribuir para o seu bem-estar*”, a promover a sua saúde. (...) *a atenção particular contida no <cuidar> nunca pode ser senão única. Não é preestabelecida nem programável nem pode ser repetida de indivíduo para indivíduo. Deve ser sempre pensada, repensada, criada.*”

O “cuidar” passa do verbo à prática, não apenas em situação de doença visível, mas como filosofia de toda a prevenção e manutenção do equilíbrio interno e externo ao indivíduo e seu meio. Como tal, o “cuidado” “*designa o facto de estar atento a alguém ou a alguma coisa para se ocupar do seu bem-estar ou do seu estado, do seu bom funcionamento.*” (Hesbeen, 2000: 9)

Em suma, os cuidados de saúde são personalizados e humanizados, tecnicamente complexos, com elevado nível de incerteza. Isto é, são tarefas que se podem adaptar às circunstâncias e à pessoa, de acordo com o seu quadro clínico e necessidades, com base em fundamentação na evidência científica, tendo esta origem na investigação e estando em permanente atualização. O que hoje é considerado de “boa prática”, amanhã poderá já não ser o ideal, até se fazer prova do contrário. Deste modo, a DGS (Direção Geral de Saúde) sentiu a necessidade de no quadro

do Departamento da Qualidade na Saúde criar um departamento, em que reúne peritos das diferentes áreas e colaboram na construção de NOC's, que consistem em normas de boas práticas, dirigidas para determinados procedimentos ou técnicas, com base em evidência científica. Estas normas são publicadas no *site* da DGS e encontram-se disponíveis ao acesso de qualquer profissional de saúde, assim como a sua aplicabilidade, permite a uniformização da prestação de cuidados de saúde, com vista à qualidade e segurança do doente, ou seja ao elevado desempenho da organização de saúde (D.G.S., 2016).

As normas surgem com o objectivo de melhorar as práticas dos profissionais, facilitar a tarefa, evitar perdas de tempo e aumentar a eficácia.

A uniformização dos cuidados de saúde potencia o aumento de confiança e respeito entre os colaboradores, fortalecendo as relações interprofissionais de saúde, pois baseia-se em objetivos comuns e conhecimentos partilhados; em que todos, os profissionais partilham do mesmo modelo mental e executam boas práticas. Estas normas são eficazes quando existem um elevado nível de incerteza entre os profissionais de saúde, reduzindo os riscos, ao contrário da flexibilidade do trabalho (Gittell, 2000).

Considera-se assim que os processos de acreditação, certificações e auditorias unem os profissionais de saúde, melhorando as suas relações interprofissionais e promovendo o trabalho em equipa, promovendo o trabalho por objetivos comuns – a melhoria contínua e o elevado desempenho da organização de saúde.

1.2.3.4.2 Flexibilidade no trabalho

A flexibilidade no trabalho carece de uma comunicação eficaz e do conhecimento partilhado entre os membros da equipa e obriga a um maior grau de interdependência e desperdício de tempo, aquando a existência de um elevado nível de incerteza. No entanto, a rigidez dessas normas poderão reduzir a *performance* e a satisfação profissional (Gittell, 2000). De acordo com Hill *et al.* (2008) a flexibilidade no local de trabalho é a capacidade dos colaboradores realizarem escolhas que influencia quando, onde e por quanto tempo se comprometem com as tarefas laborais. Estes autores indicam que existe uma importante relação entre a flexibilidade no trabalho, o comprometimento no trabalho, a satisfação no trabalho e a retenção dos trabalhadores, considerando-se por isso essencial para a estabilidade das equipas de trabalho e para as relações interprofissionais.

Avaliados os antecedentes que consideramos com impacto relevante nos fatores essenciais às relações interprofissionais na saúde, resta-nos tratar os fatores de qualidade dos cuidados de saúde que são, por sua vez, influenciáveis pelas descritas relações. Vamos assim tratar: os registos informáticos de incidentes de segurança do doente; os casos registados informaticamente de eventos adversos com medicação; os casos registados informaticamente de quedas de doentes, os casos de IACS e os doentes com necessidade de prolongamento de dias de internamento devido a incidentes não planeados.

1.3 A Influência da Qualidade dos Cuidados Prestados no Desempenho da Organização

Vulgarmente utilizam-se os conceitos qualidade e desempenho, como se representassem o mesmo, mas estes não são sinónimos. O desempenho transcende a qualidade, este abarca outros fatores como a avaliação e os custos dos cuidados de saúde e satisfação do doente (Amorim, 2002).

1.3.1 Qualidade em Saúde

Em Portugal, a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º48/90 de Agosto) estabelece que o Serviço Nacional de Saúde engloba o conjunto de serviços de saúde, dos quais se dispõe uma ampla gama de prestação de cuidados de saúde, que inclui as tecnologias e os procedimentos clínicos, com vista a combater as doenças e as suas consequências na saúde humana. Sendo a cobertura dos serviços prestadores de saúde, extensíveis a toda a população e de forma equitativa.

O conceito de qualidade surge na indústria, por volta do século XIX, assim como as suas metodologias, sendo mais tarde progressivamente divulgadas e adaptadas à área da saúde (Lopes, A.; Capricho, L., 2007).

A necessidade de melhoria continua no sector da saúde, despoletou a criação do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010, cuja versão atual é o PNS 2012-2016 com extensão a 2020. O papel de coordenação da Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde ficou sob a alçada da Direção Geral de Saúde, nomeadamente do Departamento da Qualidade na saúde. Para a qualificação das unidades de saúde, optou-se por um modelo de acreditação nacional, mais concretamente o Modelo de Acreditação ACSA (Despacho n.º5613/2015 de 24 de Junho; D.R., 2ª série – N.º120 – 24 de Junho de 2009).

O facto é que se verificou no final destes cinco anos, alguns constrangimentos em garantir que os serviços prestadores de cuidados de saúde, concretizassem de forma estruturada algumas das

políticas definidas para a qualidade, havendo assim a necessidade de reforçar e fortalecer, através de um novo planeamento estratégico – Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 e da criação de comissões de qualidade e segurança dos doentes em todas as unidades de saúde, obrigando-os a apresentarem resultados anualmente. Esta nova estratégia tem como objetivo reforçar a equidade e incorporar nos cuidados de saúde, num quadro de melhoria contínua da qualidade e de segurança, as ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças, na mesma forma que incorporam os cuidados curativos, de reabilitação e de palição (D.R., 2ª Série – Nº102 – 27 de Maio de 2015).

É de enfatizar que a qualidade em saúde consiste “ (...) *na prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão.*” (D.R., 2ª Série – Nº102 – 27 de Maio de 2015, 13551).

Donabedian em Delgado (2009; 46), nos anos 60 defendeu que “ *a qualidade dos cuidados de saúde pode ser abordada segundo três perspectivas: da estrutura, do processo e dos resultados. Inclui-se na primeira (...) as infra-estruturas, os recursos humanos e materiais e a organização). No processo estão incluídos (...) o modo como os cuidados são efectivamente prestados. Os resultados traduzem o impacto que as condições e os processos têm na vida dos doentes: a cura, a reabilitação, a satisfação, as sequelas, as deficiências, a insatisfação e a morte*” .

O mesmo autor em Martins (2009: 3) menciona ainda que “*a qualidade é o tipo de prestação de cuidados no qual se espera a maximização do bem-estar do doente, depois de tomar em consideração o balanço entre ganhos e perdas esperadas nas várias fases do processo de prestação de cuidados*”.

O Conselho da Europa (1998) referido em Eiras (2011: 22) afirma que a qualidade em saúde é o “*Nível que o tratamento administrado aumenta a probabilidade do doente obter os resultados desejados e diminui a probabilidade dele obter resultados indesejáveis, tendo em conta o estado atual dos conhecimentos.*” .

O conceito Qualidade em Saúde surge associado a outros conceitos como a acreditação e certificação de organizações de saúde, o *benchmarking*; a *clinical governance*; a avaliação de desempenho; a avaliação de resultados em saúde, etc. (Cunha *et al.*, 2011).

De acordo com Sousa (2006) em Cunha *et al.* (2011) a gestão da qualidade nas organizações integra todas as funções envolvidas na determinação e obtenção de qualidade, isto é, consiste no planeamento, controlo e melhoria contínua da qualidade.

Segundo Walley e Gowland (2004) em Cunha *et al.* (2011), uma das ferramentas utilizada na “melhoria contínua da qualidade” dos cuidados de saúde, é o ciclo PDCA:

- Plan (fase de avaliação das áreas ou atividades que se pretendem melhorar);
- Do (fase de implementação da mudança e melhoria);
- Check (fase de monitorização e acompanhamento da mudança/melhoria continua);
- Act (fase de tomada de decisão sobre o resultado da mudança, tendo em conta o efeito do processo de melhoria continua).

Muitas outras ferramentas poderão ser utilizadas na “melhoria continua” pela gestão, em organizações de saúde, de modo a garantir a excelência nos resultados de desempenho, como por exemplo as Normas ISSO 9000 e 9001: 2015, o instrumento HFMEA – *Health Failure Mode Effect Analysis*, o programa 5S, o modelo Six Sigma, a filosofia LEAN, o modelo EFQM e o modelo *Kaizen* e o Modelo ACSA, já anteriormente referido (França, 2014).

1.3.1.1 A gestão do risco associada ao registo informático de incidentes relativos à segurança do doente

O Institute of Medicine (IOM, 2001) em Fragata (2011) estabeleceu como componentes para a qualidade em saúde: a segurança (evitamento de danos colaterais no doente); o acesso atempado (evitamento de demoras no tratamento); a eficácia (baseada na evidência científica e voltada para os resultados); a eficiência (evitando desperdícios); a equidade (igualdade de tratamento para todos os doentes) e a centralização no doente (respondendo às necessidades do doente).

Lage (2010: 11) afirma que “*A investigação dos últimos 10 anos mostra que pelo menos 10% dos doentes admitidos em estabelecimentos hospitalares vão sofrer danos decorrentes da prestação de cuidados de saúde.*” Também Brennan (1991) em Fragata (2014: 4) divulgou que os dados de uma análise do *Havard Medical Praticice Study*, que envolveu milhares de processos clínicos, concluiu que em “*cerca de 4% dos casos teria havido e que, em mais de metade dos casos, esse evento derivava de um erro e poderia mesmo ter sido evitado*”.

O Reino Unido e a Austrália, ultrapassavam as taxas de erro, em 10% e 13% respetivamente. Em 2000, o IOM, revela que entre 44000 e 98000 americanos poderiam morrer, por ano, como consequência de erros no sistema de saúde (Fragata, 2011).

Para Fragata (2009) o mau resultado advém fundamentalmente de dois fatores: a complexidade do doente e da doença; e a complexidade do processo de tratar (tarefas). Segundo o autor, “*quanto maior o número de intervenientes, o número de passos no processo, as interfaces*

humanas com equipamentos complexos , maior a possibilidade de erros e. logicamente, maior a gravidade dos mesmos” (Fragata, 2009: 76).

Na teoria do “queijo suíço”, Reason (2000) afirma que os maus desempenhos das organizações, não se devem à existência de maus ou bons funcionários, mas antes à existência de um mau desenho de segurança da organização. Para o autor, quanto maior fosse a propensão organizacional de acidente, mais fácil seria que os actos inseguros dos profissionais, completassem a trajectória de acidente, sobretudo na ausência de mecanismos de defesa.

As condicionantes de erro numa organização de saúde são sobretudo a complexidade do doente e da tarefa; o desempenho do profissional de saúde, da equipa e sobretudo da organização, tal como se pode averiguar na **Tabela 1** (Fragata, 2009).

Tabela 1. Causalidade-fatores para os eventos adversos em saúde

Causalidade	Fatores
Organizacional (gestão)	Restrições financeiras, definições e cultura de segurança local.
Ambiente de trabalho	Rácio de pessoal, turnos, equipamento.
Equipa	Comunicação, supervisão, liderança.
Fatores humanos	Competência, motivação, cansaço.
Tarefa	Desenho, protocolos, rigor
Complexidade (doente)	Dificuldade técnica, gravidade da doença, barreiras de comunicação, fatores sociais.

Fonte: “RCA”, Vicent (Fragata, 2009: 85)

Sendo a segurança a componente da qualidade em saúde que aparece em primeiro lugar, *“Qualidade e segurança andam, assim, de mãos dadas, podendo dizer-se que mais segurança promove sempre qualidade superior e ainda menores custos (sai mais barato fazer bem e à primeira vez!)”* (Fragata , 2011: 19).

Ramos & Trindade (2011: 16) referiram que *“A nível internacional, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou nove soluções para a “Segurança do Doente” (...) destacando-se a prevenção das Infecções associadas aos cuidados de saúde (...) a criação de Sistemas de Relatos de Incidentes para partilhar e aprender com erros (...)”* As mesmas autoras mencionam ainda que em 2009, a OMS publicou um documento com a Classificação Internacional para a Segurança do Doente (CISD), com vista a criar uma linguagem universal, possibilitando a comparação dos resultados monitorizados nas diferentes organizações de saúde, a nível nacional e internacional. Esta classificação define quarenta e oito conceitos, entre os quais: incidente de segurança do doente; erro e risco, e foi adoptada em Portugal, e traduzida pela

DGS, mais especificamente pelo Departamento da Qualidade na Saúde. Fica confiado às diferentes unidades de saúde a tarefa de manter a articulação neste processo, sendo a equipa de Gestão de Risco quem articula com os diferentes serviços e as diversas entidades da unidade de saúde, como a Comissão da Qualidade, Controlo de Infeção Hospitalar, Saúde Ocupacional, Gabinete do utente, Gabinete Contecioso, Instalações e equipamentos, Hoteleiros entre outros (Ramos, S.; Trindade, L., 2011).

Em Portugal, a Gestão de Risco começou a dar os primeiros passos com os projetos voluntários de melhoria da qualidade em saúde, conduzidos pelas entidades de acreditação CHKS (Caspe Healthcare Knowledge Systems) e JCI (Joint Commission International), no final dos anos 90, e a operacionalização do programa de gestão de risco, assenta em quatro pilares, sendo estes:

- Sistema de Relato de Incidentes (promove a comunicação sistemática de incidentes e permite analisar os fatores que contribuíram para esses, com vista a criar um plano de melhoria e a evitar a sua recorrência);
- Identificação e Avaliação do Risco (consiste numa medida preventiva, em que se avalia acontecimentos potenciadores de eventual incidente, de forma a criar mecanismos que previnam a concretização do incidente);
- Monitorização de Indicadores de Segurança do Doente (consiste na identificação por partes dos profissionais de saúde, que analisam as suas rotinas averiguando o que poderia correr mal);
- Auditoria como Instrumento de Melhoria Contínua (Ramos, S.; Trindade, L., 2011).

Quanto ao primeiro item, o registo de erros tem fraca adesão por parte dos profissionais de saúde, sendo as principais barreiras, o medo da punição, a falta de tempo, a percepção de inutilidade e a dificuldade de perceber que tal facto constitui um incidente. Esta fraca adesão de registo, mas também de análise dificulta a aprendizagem e a prevenção de repetição de acontecimentos semelhantes (Lage, 2010).

Visto que *“A análise dos incidentes relatados e a determinação das suas causas pode originar informação útil sobre os problemas existentes no sistema, detectando quebras de segurança, muitas vezes insuspeitadas, na prestação de cuidados. (...) A análise abrange a detecção de fatores organizacionais e culturais (decisões administrativas e processos), fatores contributivos (local, tarefa, doente, individuo, equipa), problemas na prestação de cuidados (omissões, lapsos, violações, actos inseguros) e defesas e barreiras do sistema.”* (Lage, 2010: 13).

É igualmente importante definir as diferenças taxonómicas dos conceitos erro, incidentes, evento adverso que têm vindo a ser referidos, e surgem no quotidiano de uma organização de saúde, como sistema, como se pode averiguar na **Tabela 2**.

Tabela 2. Taxonomia do erro.

Erro	<i>“ (...) desvio de um plano preestabelecido (...) falha”</i>
Erros honestos	<i>“Erros cometidos por pessoas que cumprem as suas obrigações (...) mesmo zelosas, e que atuam de acordo com as boas regras estabelecidas.”</i>
Erros por negligência	<i>“Erros provocados por indivíduos ou organizações que não cumprem as regras, atuando de forma insegura e violando as <i>leges artis</i>.”</i>
Near miss	<i>“ (...) erros que poderiam ter causado dano físico ou outro, mas que por sorte, porque a fisiologia humana é resistente, ou porque alguém notou a tempo, não provocam dano.”</i>
Eventos adversos	<i>“São ocorrências indesejáveis que causaram danos, por atos cometidos ou por qualquer omissão, mas sendo sempre resultado de tratamento e não de doença. (...) não implicam erro ou atitudes negligentes, podem ser evitáveis ou inevitáveis, causando danos físicos ou meros transtornos do fluxo de tratamento, com perda de eficiência e agravamento dos custos. (...) envolvem fármacos “</i>
Incidentes	<i>“Todas as ocorrências indesejáveis que afetam o decorrer de um processo, mas que não comprometem o seu resultado planeado final”</i>
Acidentes	<i>“Ocorrências indesejáveis que afetam o decorrer do processo e que comprometem, em definitivo, o resultado planeado final”</i>
Eventos sentinela	<i>“Eventos adversos graves que causaram dano grave ou mesmo morte (...) que sugere necessidade de uma investigação”</i>

Fonte: Fragata (2011: 22-25)

Fragata (2006: 86) afirma *“Na avaliação da qualidade dos cuidados de saúde medimos indicadores de resultado (outcome), como a mortalidade, a morbilidade ou a qualidade de vida e indicadores de processo (process), como o método de tratar, tempos e índices de funcionamento e ainda outros, como os indicadores de acessibilidade (tempos de espera), os indicadores de satisfação (inquéritos de satisfação, queixas) ”*.

O mesmo autor dá enfoque ao facto de a segurança ser o elemento da qualidade que afeta todos os indicadores acima citados, sendo que qualquer evento adverso, poderá determinar complicações que afectam o processo, prolongam o internamento e acrescem os custos, mas que ao mesmo tempo, poderão contribuir para o dano ou mortalidade do paciente. Sendo indicadores de segurança – risco *“ tempos de internamento ou taxa de reinternamento, claramente acima da média. Taxa de infeção nosocomial. Taxa de quedas de doentes com dano induzido.”* e indicadores específicos por unidade ou serviço *“Taxa de erros de medicação”* (Fragata, 2009: 89).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, tem em vista o cumprimento dos seguintes objetivos estratégicos: *“ 1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno. 2. Aumentar a segurança na comunicação. 3. Aumentar a segurança cirúrgica. 4. Aumentar a segurança na utilização da medicação. 5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes. 6.*

Prevenir a ocorrência de quedas. 7. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão. 8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes. 9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.” (D.R., 2ª série – N.º28 – 10 de Fevereiro de 2015, 3882-(3)).

Como se pode constatar, existe uma série de indicadores de monitorização da qualidade na saúde, a ser tidos em consideração, alguns destes com uma taxa de incidência que oferece maior preocupação e relevância, tornando-os prioritários, como por exemplo a taxa de úlceras de pressão e a taxa de infeção hospitalar (D.R., 2ª série – N.º104 – 29 de Maio de 2015).

Tendo em consideração as necessidades acima assinaladas, irão posteriormente ser abordadas em pormenor apenas a taxa de incidência de eventos adversos com a medicação e a taxa de incidência de quedas, tendo-se considerado a frequência do prolongamento de dias de internamento devido a incidentes não planeados.

Relativamente ao notificação de incidentes, convém salientar que o facto de um incidente ocorrer não significa que seja registado, sendo importante incutir nas unidades de saúde uma cultura de divulgação e aprendizagem do erro, que viria a beneficiar as relações interprofissionais de saúde (Santos *et al.*, 2010).

1.3.1.1.1 Eventos adversos com a medicação

O processo de utilização de medicação nos hospitais é complexo, e interrelaciona vários serviços e profissionais de saúde, desde as fases da prescrição até à da administração do medicamento ao doente (**Tabela 3**), sendo por esse motivo vulnerável à falha. No entanto, a ineficiente informatização nos hospitais (sistemas de informação), a elevada segmentação da organização de saúde, a disponibilidade crescente de um grande número de medicamentos novos no mercado, assim como as relações interprofissionais de saúde (comunicação ineficaz e ausência de trabalho em equipa), contribuem para a ocorrência de eventos adversos com a medicação (Antunes, 2008).

Tabela 3. Sistema de eleição e de administração dos medicamentos nos hospitais e pessoas implicadas.

Fases do processo	Pessoas implicadas
Seleção e gestão	Comissão de farmácia e terapêutica
Prescrição	Médico
Validação	Profissional de farmácia
Preparação e dispensa	Profissional de farmácia
Administração	Enfermeiro(a)
Seguimento (supervisão e monitorização dos efeitos do medicamento)	Todos os profissionais de saúde, o doente e seus familiares.

Fonte: Antunes (2008: 4), adaptação de Otero *et al.* (2002)

Garzás-Martín de Almagro (2008) em Abranches (2013: 16) referiu que o *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* define evento adverso com medicação “*qualquer incidente previsível que pode causar dano ao doente ou dar lugar a uma utilização inapropriada dos medicamentos*”. Por sua vez, o Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo – COREN (2011), dirige-se a evento adverso com medicação como “*um evento evitável, ocorrido em qualquer em qualquer fase da terapia medicamentosa, que pode ou não causar danos ao doente*” (Abranches, 2013: 16).

De acordo com as estratégias do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 “ (...) pretende-se que o medicamento correto seja administrado ao doente correto, na dose e vias corretas e à hora certa, e que os efeitos se verifiquem sejam os previstos, devendo o doente receber a informação adequada e necessária sobre o medicamento e tratamento a efetuar” (D.R., 2ª série – N.º28 – 10 de fevereiro de 2015, 3882-(5)). Para que tal seja possível, “ (...) as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem adotar boas práticas relativamente à validação ou dupla-validação de procedimentos, ao reforço da atenção na preparação e administração de medicação, à correta documentação e à monitorização da terapêutica. (...) As instituições devem implementar especificamente estratégias que assegurem o uso seguro dos medicamentos de alto risco, ou seja, aqueles medicamentos que têm um risco potencial de causar danos graves ou até mesmo fatais no curso da sua utilização, bem como os medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante” (D.R., 2ª série – N.º28 – 10 de fevereiro de 2015, 2882-(5)).

É importante perceber em que fase do sistema de distribuição do medicamento, é que ocorre maior frequência de eventos adversos com medicação, uma vez que permite analisar e definir prioridades quanto à implementação de medidas de prevenção (Antunes, 2008).

Leape (1991) em Abranches (2013) vêm dizer que cerca de 4% dos doentes em internamentos hospitalares correm o risco de serem vítimas de um evento adverso com medicação. Já Caesar e Hutchinson (2006) referenciados pela mesma autora reforçam a importância deste indicador, referindo que um estudo conduzido pela Baxter Internacional alarmou que morre um em cada 853 doentes hospitalizados como resultado de um evento adversos com medicação. Para finalizar, Bates *et al.* (1995) em Abranches (2013: 17), referem ainda “*a área da prestação de cuidados de saúde, que envolve a medicação, como a maior fonte de eventos adversos que ocorrem nas instituições de saúde. Os eventos adversos são frequentes na maior parte dos ambientes clínicos incluindo serviços de internamento de adultos, com uma incidência de 6,5%*”.

Brites (2013) refere que o Conselho da Europa (2003) assinala como principais motivos/ causas para a ocorrência de evento adverso com medicação: a confusão com o fármaco; a confusão com a forma de administração; a confusão causada por erros de embalagem e etiquetagem; os erros na administração (omissão, dose errada); os erros na preparação do medicamento; a falta de conhecimentos e competências (sobre os medicamentos), as falhas de comunicação e as deficiências organizacionais.

Leap *et al.* em Brites (2013) no seu estudo acrescenta ainda outros fatores que conduzem à ocorrência de evento adverso com medicação, sendo estes, a falta de disseminação dos conhecimentos (conhecimentos partilhados); a dificuldade de aceder à informação do doente (sistema de informação na saúde e comunicação eficazes); ausência de alertas de alergias; deficiente comunicação inter-serviços; dotação de pessoal e carga horária; uso de equipamento; *feedback* sobre efeitos adversos (enfermeiros e médicos recebiam pouco informação acerca dos erros de medicação cometidos).

De acordo com Abranches (2013), Opitz (2006) identificou que os eventos adversos com medicação mais frequentes estavam relacionados com a prescrição e administração. A autora menciona Leape *et al.* (1995) que fortalecem tal conclusão afirmando que 39% dos eventos adversos foram localizados na fase de prescrição, 12% na transcrição, 11% na preparação e 38% na administração. No entanto, Pastó-Cardonaa *et al.* (2009) também referenciados pela autora, vêm contrariar afirmando que 16% dos eventos adversos com medicação ocorriam na prescrição, 27% na transcrição/validação, 48% na dispensa e 9% na administração e transversal a todas as fases, em que ocorriam os eventos a omissão foi frequente.

Segundo Leape (1995), os enfermeiros são os profissionais de saúde da equipa multidisciplinar, que interceptam até 86% dos erros de medicação associados à prescrição, transcrição e dispensa,

no entanto só 2% dos eventos adversos na administração do fármaco são intercetados (Abranches, 2013).

A tomada de decisões inadequadas, as falhas de memória e concentração; a irritabilidade e dificuldades nas relações interpessoais, têm um impacto negativo na prestação dos profissionais de saúde (comprometimento da qualidade dos cuidados de saúde prestados), e segundo Leal (1998) em Brites (2013) são sintomas de *stress* vivenciados na organização de saúde, que poderia ser controlado ou moderado. Nota-se que são fontes de *stress*, a carga horária excessiva, os ritmos de trabalho intensos, os objetivos conflituosos (ausência de objetivos comuns), falta de apoio (ausência de coesão da equipa), pressão do tempo, longas horas de trabalho e poucas de sono.

Antunes (2008) defende a necessidade do redesenhar o sistema, como forma de melhoria da segurança na utilização do medicamento, afirmando que a segurança dos doentes deveria ser a prioridade máxima dos serviços de saúde e organização de saúde; que a organização de saúde deveria de considerar as limitações humanas; que deveria promover o funcionamento de equipas efetivas; antecipar o inesperado e criar um ambiente de aprendizagem.

Em Portugal, já existe um sistema de relato ou notificação de incidentes com medicamentos, que ocorram numa instituição de saúde (notificaç@, disponível no site da DGS) e de notificação de efeitos adversos, disponível no site do Infarmed.

Segundo o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, é necessário reforçar as orientações nacionais para as instituições de prestação de cuidados de saúde, pois existe ainda necessidade de garantir a adequada comunicação entre os sistemas de informação, para que no momento das transições e transferências de cuidados, seja reforçada a comunicação eficaz de informação sobre a medicação do doente (D.R., 2ª série – N.º28 – 10 de fevereiro de 2015).

1.3.1.1.2 Quedas dos doentes em contexto de internamento

Dados da OMS referem que cerca de *“28 a 35% da população com idade igual ou superior a 65 anos sofre de uma queda todos os anos, aumentando esta prevalência para 32 a 42% na população com idade superior a 70 anos. (...) os fatores de risco associados às quedas podem ser multifatoriais e refletem a multiplicidade de determinantes da saúde que, direta ou indiretamente, afetam o bem-estar. Estes fatores podem ser biológicos, como é o caso da idade e condições de saúde agudas ou crónicas, comportamentais, socioeconómicos, (...) dos perigos existentes no ambiente envolvente, na inexistência de estruturas de apoio à mobilidade ou nas*

barreiras à mobilidade no espaço físico” (D.R., 2ª Série – N.º 28 – 10 de fevereiro de 2015, 3882-(7)).

Os *Centers for Disease Control and Prevention* referem que mais de um terço dos adultos com mais de 65 anos, caem todos os anos. Sendo sequelas dessas quedas, fraturas, contusões, lacerações ou mesmo morte. Também, o *National Patient Safety Foundation* (2013) nas suas investigações, estimam que mais de 500.000 quedas ocorrem todos os anos nos hospitais americanos, resultando em 150.000 danos (Costa-Dias, 2014).

Em contexto nacional, segundo relatório do IGAS 2006-2008 (Inspeção-Geral das Actividades e Saúde), as quedas sinalizadas não representavam repercussões significativas, nem lesões com gravidade severa, no entanto 2% dessas quedas resultaram em óbitos. Nesta investigação foram analisadas 4200 quedas em 67 hospitais do Serviço Nacional de Saúde, em que 56 hospitais notificaram as quedas e cerca de 11 não fizeram qualquer sinalização ou registo (Costa-Dias, 2014). Como se pode constatar, o verdadeiro impacto das quedas é desconhecido, uma vez que nem todos os hospitais, o notificavam e subestimavam este incidente. De acordo com Lopes (2009) em Costa-Dias (2014), a Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares afirma que estes dados do relatório do IGAS são relevantes e que se devem criar medidas de prevenção, para garantir a segurança nos hospitais.

No entanto, as quedas nos internamentos são o evento mais reportado nos hospitais, e que preocupa as organizações de saúde pelos custos associados, como os tratamentos adicionais, o prolongamento do tempo de internamento e os processos jurídicos que envolvem doentes/famílias e os profissionais de saúde (Costa-Dias *et al.*, 2013).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, vem ainda efantizar que *“A maioria dos diagnósticos relacionados com quedas nas admissões hospitalares são as fraturas da anca, os traumatismos cranianos e as lesões dos membros superiores. Estima-se, ainda, que a estadia hospitalar varie entre quatro a 15 dias e que cerca de 20% da população idosa com fratura da anca, provocada por uma queda, morra após um ano. (...) Em 2006, estimava-se que o custo médio por cada episódio de queda com dano, envolvendo uma pessoa com idade igual ou superior a 65 anos, era de cerca de 2900 euros”* (D.R., 2ª Série – N.º 28 – 10 de fevereiro de 2015, 3882-(7)).

Perante a realidade nacional do envelhecimento populacional, prevê-se o crescimento destes riscos, se não forem tomadas medidas de prevenção e controlo de quedas, nomeadamente no âmbito da avaliação e monitorização do risco de ocorrência de quedas, com vista a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. A prevenção de quedas *“deve incluir a avaliação dos fatores de risco multifatoriais, a comunicação e a educação sobre o risco de quedas, a implementação*

de medidas ou ações preventivas e/ou corretoras do ponto de vista institucional e a execução de intervenções individualizadas” (D.R., 2ª Série – N.º 28 – 10 de fevereiro de 2015, 3882-(8)). No momento de admissão do doente numa organização de saúde é imprescindível a avaliação dos fatores de risco de quedas, assim como o resultado dessa avaliação ser comunicado à própria pessoa, à família e à equipa prestadora de cuidados de saúde, para que se possa realizar a formação/educação e a reabilitação das melhores estratégias ou ações preventivas de risco de queda. É igualmente importante, que a informação de risco de queda, assim como as medidas preventivas, acompanhem o doente no momento de transferência para outro local de permanência, serviço, unidade de saúde ou domicílio (D.R., 2ª Série – N.º 28 – 10 de fevereiro de 2015, 3882-(8)).

Pronovost, Berenholtz, & Needdham (2008) em Costa-Dias (2014; 105), defendem que *“existe evidência suficiente de boas práticas nas quais os programas devem basear-se quer a nível organizacional quer clínico, com os modelos que funcionam melhor a incentivarem os profissionais a trabalhar em equipa e a desenvolverem métodos de transmissão de conhecimentos”*. Assim as estratégias preventivas de risco de queda, devem ser traçadas com base num modelo colaborativo entre nível estratégico e operacional da organização de saúde, podendo abranger variadas medidas como a reconciliação terapêutica; a utilização de escalas de risco de quedas (escala de *Morse*); o recurso a sistemas de RFM (restrição física da mobilidade); a identificação do doente com risco de queda através da colocação de pulseiras de cor ou sinalização junto à cama do doente ou mesmo colocar estes doentes perto da sala de trabalho de enfermagem, para que seja possível uma maior supervisão.

De acordo com Healey & Scobie (2007) e Morse (2009) em Costa-Dias (2014), para que seja possível a redução dos riscos de quedas em contexto hospitalar, são necessárias relações interprofissionais de saúde com qualidade, em que se reflète um trabalho em equipa efetivo, envolvendo um esforço planeado e coordenado. Sendo assim primeiramente necessário o conhecimento partilhado da dimensão do problema a nível organizacional, assim como da gravidade dos danos. Estes resultados são apenas possíveis através da prática coletiva de notificação das quedas, envolvendo o esforço de um vasto leque de profissionais de saúde, em particular médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas e técnicos da manutenção.

Vicent (2010) em Costa-Dias (2014) refere que o sistema de relato de quedas, criam a consciência e geram uma cultura de segurança, assim como facultam dados, mas apenas é uma componente do processo de segurança, que funciona como um alerta para esta problemática. No entanto é igualmente necessário analisar e compreender a falha deste indicador de qualidade. O autor defende que o sistema de notificação deverá incluir o registo, a análise, a informação

de retorno e ação, no entanto poucos sistemas de notificação conseguem incluir todas estas componentes. Dentro da mesma linha de pensamento, Fragata & Martins (2008) referem que a disseminação da informação relativa à ocorrência de quedas dentro da organização cria a consciência do problema e estimula todos os intervenientes a colaborar na prevenção.

Acredita-se que quanto melhor for a relação entre os profissionais de saúde, melhor o trabalho em equipa e menor será o número de ocorrências de quedas, assim como maior a notificação de incidentes relativos às quedas.

A principal razão de preocupação da ocorrência de quedas, são os danos que dela poderão surgir, podendo ser ligeiro, moderado, a grave ou mesmo resultar na morte do doente. No caso das quedas, a principal consequência são na maioria as fracturas, como as do fémur, bacia, traumatismo craneano, entre outras, e por vezes, são responsáveis pelo prolongamento de dias de internamento.

Outra causa responsável pelo prolongamento de dias de internamento, são as IACS, que serão abordadas posteriormente.

1.3.1.1.3 Infecções associadas aos cuidados de saúde

As infeções nosocomiais ou também conhecidas por infeções hospitalares são um problema grave, escondido e transversal a todas as organizações de saúde, e que ainda nenhuma conseguiu resolver. Um problema que segundo Foucault (1985) em Lacerda & Egry (1997) surgiu no período medieval, época que se criaram instituições para alojar pessoas doentes, peregrinos, pobres ou inválidos.

Mais comumente conhecida como Infeção Nosocomial entre os profissionais de saúde, esta “ (...) pode ser definida como toda a Infeção relacionada com o internamento num estabelecimento de saúde, não se encontrando no seu período de incubação quando da admissão, a não ser que esteja relacionada com prévia hospitalização ” (Monteiro, 1992: 135). Recentemente, os *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), abandonam o conceito de “infeção nosocomial” ou “infeção hospitalar”, dando lugar ao conceito IACS (Infeções Associadas a Cuidados de Saúde) e definem-o como “uma situação sistémica ou localizada resultante de uma reação adversa à presença de um agente (ou agentes) infeccioso ou da sua toxina (ou toxinas). (...) a infeção não estava presente ou em incubação no momento da admissão na unidade hospitalar” (CDC, 2009: 12).

A mudança deste conceito deve-se ao facto de as altas serem cada vez mais precoces, dos procedimentos cirúrgicos serem cada vez mais praticados num contexto de ambulatório e não hospitalar e às características da prestação de cuidados na comunidade (Costa, 2011).

As IACS são ainda um problema grave, com morbilidade significativa, mas que pode ser evitado, podendo assim constituir um indicador de qualidade dos cuidados de saúde. Infelizmente, são atualmente o evento adverso com maior taxa de incidência no decurso da prestação de cuidados de saúde, em todo o mundo, sendo por isso um desafio global para a Segurança do Doente, lançado pela OMS (Costa, 2011).

Estudos realizados pela OMS entre 1995 e 2008, revelam que *“5% a 12% de doentes hospitalizados adquirem pelo menos uma IACS. (...) Anualmente, na Europa mais de quatro milhões de doentes são afectados por aproximadamente 4,5 milhões de episódios de IACS, os quais causam 16 milhões de dias de internamento suplementares, 37000 mortes e custam aproximadamente 7 milhões de euros por ano”* (Costa, 2011: 13).

Em Março de 2009, foi realizado em Portugal um Estudo de Prevalência de Infeção (PNCI-DGS), no qual participaram 144 hospitais e foram incluídos 21459 doentes internados. Os resultados desse estudo revelam uma taxa de prevalência de doentes internados com infeção nosocomial de 9,8%; em que as unidades de cuidados intensivos e de queimados são os serviços que apresentam maior taxa de prevalência, com 45,7% e 44,0% respetivamente. Os tipos de infeção mais prevalentes, são as das vias respiratórias (3,8%) e vias urinárias (2,7%). As infeções do local cirúrgico e infeções nosocomiais da corrente sanguínea com prevalência de 1,3% e 0,7%, respetivamente (Costa, 2011; Pina, Ferreira, & Marques, 2010). O que significa que 5 em cada 100 doentes tratados em hospitais portugueses poderão ter adquirido IACS (Pina *et al.*, 2010).

Estes resultados podem dever-se ao aumento de doentes idosos e imunodeprimidos, a um maior recurso a dispositivos invasivos, assim como a um uso ou prescrição inadequada de antimicrobianos em contexto de internamento hospitalar (Costa, 2011).

Fase a estes dados, que comprovam que Portugal é o país com maior taxa de prevalência de IACS da UE, em 2013 o Ministério da Saúde vem complementar o despacho n.º14178/2007 (PNCI), que determina a criação de comissões de controlo de infeção (CCI) nas unidades de cuidados de saúde do SNS (públicas e privadas), cabendo a estas a responsabilidade de vigilância epidemiológica, a elaboração e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boas práticas, assim como a formação dos profissionais de saúde. Estas novas disposições ditam a criação de Grupos Coordenadores Regionais de Prevenção e Controlo de Infeção, a quem compete estabelecer a articulação entre as unidades prestadoras de

cuidados de saúde e promover a comunicação interinstitucional, de modo a unir esforços, partilhar recursos e conhecimentos na área com vista a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde (D.R. , 2ª série – N-38 – 22 de fevereiro de 2013).

O PNCI (Plano Nacional Controlo de Infeção) permitiu o acesso por via online (site da DGS) a vários documentos, inclusive a Normas de Orientação Clínica, por parte dos profissionais de saúde, de modo ao cumprimento de objetivos comuns e à formação (conhecimentos partilhados) relativo a este indicador de qualidade na saúde.

A vigilância epidemiológica é uma medida de prevenção e controlo de infeção importante, pois de acordo com o estudo do SENIC – *Study on Efficacy of Nosocomial Infection Surveillance*, as medidas simples de prevenção sem vigilância epidemiológica reduziram apenas 6% das IACS, enquanto os programas de prevenção e controlo que incluíram a vigilância epidemiológica as reduções observadas foram na ordem dos 32%. (Pina *et al.*, 2010)

A partilha de informação também é imprescindível para que ocorra a mudança, tal como Pina, Pina *et al.* (2010: 28) defendem “*Na década de sessenta os epidemiologistas nos EUA observaram que era possível influenciar os comportamentos dos profissionais de saúde conseguindo controlar surtos de infeção por estafilococos através de uma medida simples: envio regular de informação de retorno aos profissionais implicados.*” Os mesmos autores referem que se houver conjuntamente vigilância epidemiológica e partilha de informação regular, a taxa de prevalência reduz em cerca 20%, e se para além destas medidas, existir ainda a participação de um médico interessado, esta redução será na ordem dos 38%.

As causas das IACS são múltiplas e relacionadas com os sistemas e processos de prestação de cuidados de saúde, no entanto, existe ainda uma causa aparentemente difícil de controlar, os comportamentos humanos.

Apesar da existência de informação disponível relativamente às medidas de prevenção e controlo de infeção, nunca é demais reforçar a formação, para que a resistência à mudança de comportamento seja colmatada. De acordo com Pina *et al.* (2010: 33), “*Médicos e enfermeiros habitualmente lavam as suas mãos menos de metade das vezes que deviam, e quando há maior restrição de tempo e maior carga de trabalho, como em situações de cuidados críticos, a adesão às Boas Práticas podem atingir apenas os 10%.*” Os mesmos autores referem que o uso de equipamentos de proteção individual (e.g. máscaras, aventais, batas, luvas, ocúlos, viseiras, etc.) na prestação de cuidados, também são da decisão dos profissionais de saúde, consoante o agente infeccioso, sendo também importante que não deverá apenas ser considerada a sua utilização, como o uso adequado, para que se elimine o risco de transmissão cruzada de micro-organismos.

Segundo, Pina *et al.* (2010: 33), “Num estudo efectuado para avaliar a adesão dos médicos às Precauções básicas, constatou-se que 52,5% dos médicos não tinham quaisquer conhecimentos sobre as recomendações do CDC, 40% tinha algumas noções sobre o assunto, e apenas 7,5% dos médicos conheciam na íntegra as recomendações básicas do CDC sobre as Precauções básicas.” Deste modo, para além da necessidade de formação contínua, é complementar auditorias às práticas, no processo de prevenção e controlo de infeção.

Segundo o estudo de Fernandes (2008: 187) “os profissionais de saúde adquiriram na sua prática conhecimentos sobre as infeções hospitalares e sua prevenção, mas sentem dificuldades para incorporar estas medidas no atendimento aos pacientes. Tendem a atribuir a sua ocorrência ao acaso, condições inadequadas de trabalho ou buscam culpado. Nos hospitais existe uma divisão hierárquica rígida de trabalho. Os médicos exercem o comando das ações diagnósticas e terapêuticas, e com isto tendem a atribuir as infeções hospitalares ao acaso, associado à gravidade do paciente. (...) Os enfermeiros gerenciam os cuidados prestados aos pacientes. Atribuem as infeções hospitalares aos procedimentos invasivos e falhas na atenção prestada aos pacientes, particularmente medidas de isolamento e precauções, e ao identificar um caso buscam investigar sua causa focando no processo de trabalho. Os auxiliares prestam directamente o cuidado assistencial e relacionam os casos de infeção a algum culpado, procurando identificar o profissional ou a ação que levou a contaminação. (...) Os principais problemas referidos em relação às medidas de prevenção e controle destacam a deficiência de formação académica em relação ao tema, dificuldade para o trabalho em equipe (...)”.

Portanto, “Só com uma abordagem multidisciplinar, preservante, transversal, bem estruturada e consistente, assente no conhecimento da cadeia de transmissão e tendo por base as Precauções Básicas é que se poderá contribuir para a prevenção da transmissão cruzada das IACS, para melhoria contínua dos cuidados de saúde, e assim contribuir para a segurança efectiva dos doentes” (Pina *et al.*, 2010: 33).

A maior problemática das IACS é a morbilidade a estas inerentes, podendo mesmo resultar na morte do doente (sépsis) ou serem responsáveis pelo prolongamento de dias de internamento.

1.3.1.1.4 Prolongamento de dias de internamento devido a incidentes não planeados

De acordo com o definido pela Portaria n.º 132/2009, considera-se um episódio de internamento quando um “indivíduo admitido num estabelecimento de saúde com internamento, num determinado período, que ocupe cama (...), para diagnóstico ou tratamento, com permanência

de, pelo menos, vinte e quatro horas, exceptuando-se os casos em que os doentes venham a falecer, saiam contra parecer médico ou sejam transferidos para outro estabelecimento, não chegando a permanecer durante vinte e quatro horas nesse estabelecimento de saúde”.

Num estudo de Lim *et al.* (2006) referido por Marques & Ferreira (2010: 45), cerca de 95% dos doentes com internamentos prolongados, devem-se a complicações médicas que não têm associação ao diagnóstico primário, como por exemplo, as *sépsis*, as pneumonias e as infeções urinárias nosocomiais. Também, Marques & Ferreira (2010) referem Jasinarachi *et al.* (2009), afirmando que estes autores detetaram, que a idade dos doentes contribuía, para o prolongamento de dias de internamento. O grupo de doentes mais idosos apresentava-se mais vulnerável ao risco de infeções nosocomiais, malnutrição, quedas, e no global a falhas significativas na prestação de cuidados de saúde, que conduzem ou agravam os estados de dependência.

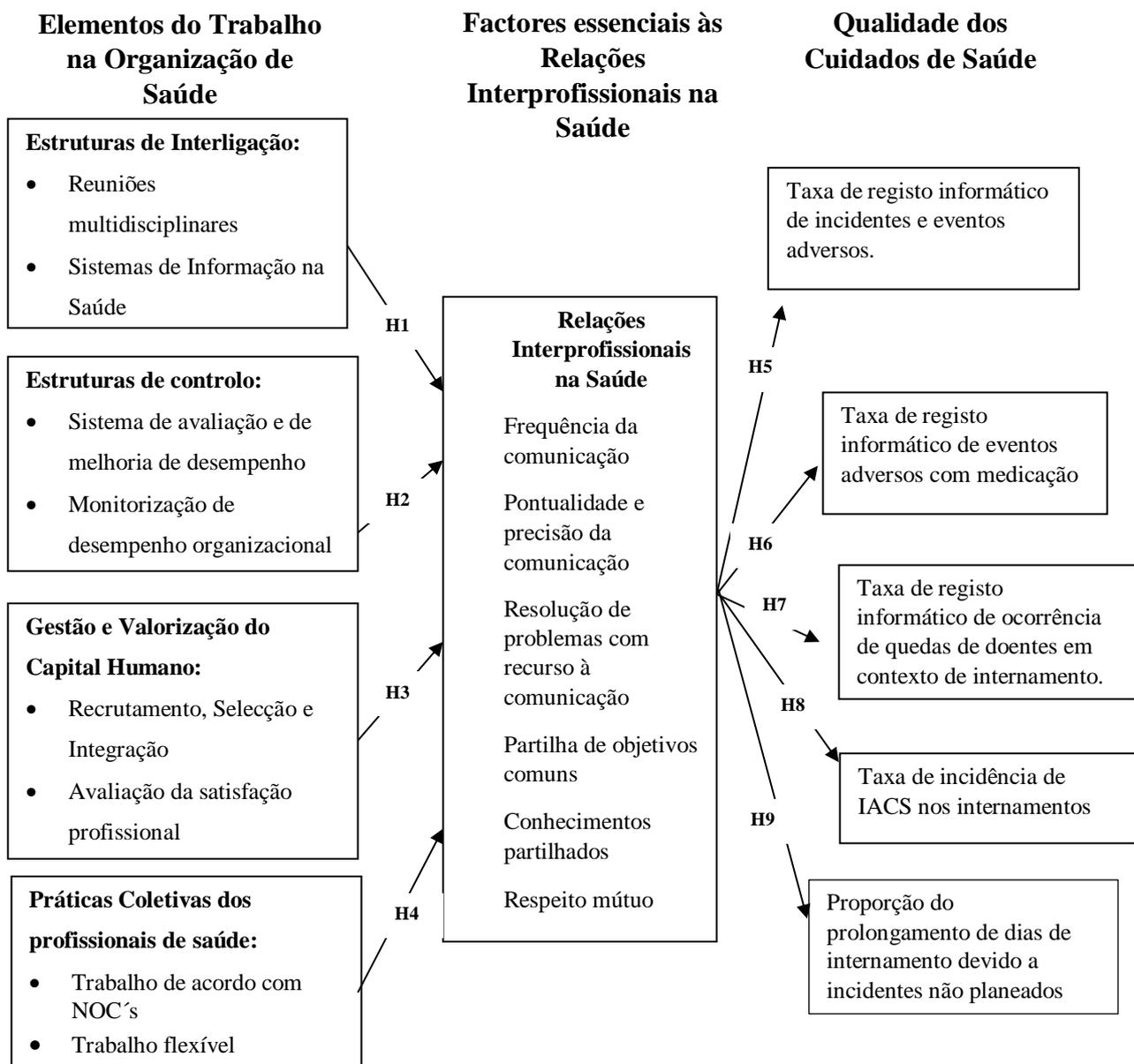
Quando se refere ao prolongamento de dias de internamento motivados por falhas na prestação de cuidados de saúde, estamos a abordar a temática qualidade dos cuidados de saúde, sendo portanto pertinente, perceber se as relações interprofissionais na saúde influenciam de alguma forma essa prestação. Presume-se que quanto melhor forem as relações interprofissionais na saúde, menor será a necessidade de prolongamento de dias de internamento.

Analizados estudos de diferentes autores sobre o tema em questão, optou-se por esquematizar o estudo através de um modelo conceptual que seguidamente se apresenta.

1.4 Modelo Conceptual do Estudo

O modelo conceptual foi definido com base em dois modelos: o “*Model of relational coordination*” (Gittell, 2000) e o “*Model of relational coordination and patient care quality*” (Gittell *et al.*, 2010), compreendendo todas as variáveis analisadas anteriormente.

Figura 4. Modelo de avaliação do impacto das relações interprofissionais de saúde, na qualidade dos cuidados prestados.



Fonte: adaptação de *Model of relational co-ordination* (Gittell, 2000) e *Model of relational coordination and patient care quality* (Gittell *et al.*, 2010)

Este modelo pode então ser traduzido por nove hipóteses:

Hipótese 1 (H1): As estruturas de interligação influenciam positivamente as relações interprofissionais na saúde

Hipótese 2 (H2): As estruturas de controlo influenciam positivamente as relações interprofissionais na saúde

Hipótese 3 (H3): A gestão e valorização do capital humano influencia positivamente as relações interprofissionais de saúde

Hipótese 4 (H4): As práticas coletivas dos profissionais de saúde influenciam positivamente as relações interprofissionais de saúde

Hipótese 5 (H5): As relações interprofissionais na saúde influenciam positivamente a taxa de registo informático de incidentes e eventos adversos

Hipótese 6 (H6): As relações interprofissionais na saúde influenciam positivamente a taxa de registo informático de eventos adversos com medicação.

Hipótese 7 (H7): As relações interprofissionais na saúde influenciam positivamente a taxa de registo informático de ocorrência de quedas de doentes em contexto de internamento.

Hipótese 8 (H8): As relações interprofissionais na saúde influenciam positivamente a taxa de incidência de IACS no internamento.

Hipótese 9 (H9): As relações interprofissionais na saúde influenciam positivamente a proporção do prolongamento de dias de internamento dos doentes devido a incidentes não planeados.

2 METODOLOGIA

2.1 Tipo de Estudo

Esta investigação teve uma abordagem metodológica quantitativa, com base em teoria fundamentada resultante uma revisão bibliográfica e com base num estudo empírico com recurso a inquéritos.

Foi da citada revisão de literatura que se construiu um modelo conceptual que serviu de base ao estudo empírico. Este modelo estuda como as relações entre os profissionais de saúde são influenciadas pelos elementos do trabalho nas organizações de saúde e, por sua vez, como os fatores essenciais às relações interprofissionais na saúde influenciam a qualidade dos cuidados de saúde.

Trata-se, portanto, de uma investigação de cariz exploratório, descritiva e correlacional.

2.2 Revisão Bibliográfica

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica sistemática em plataformas como a B-ON, a SCOPUS e o Google Académico.

Foram analisados diversos artigos científicos revistos por pares, assim como trabalhos de investigação, livros de autores conceituados na respetiva área e legislação em vigor.

Para a concretização da pesquisa foram usadas as seguintes palavras-chave: Management and Health, Management and Healthcare, Relationship management and Health, Professional Relationship and Health, Quality and Health, Quality, Communication and Business, Team Work and Health, Work Flexibility, Human Resources Management, Performance and Health, Patient Security, Risk Management, Saúde e Gestão, Gestão de Recursos Humanos, Trabalho em equipa, Sistemas de Informação na Saúde, Motivação, Satisfação, Comunicação Organizacional, Segurança do Doente.

Esta pesquisa foi realizada entre Março de 2014 a Setembro de 2017.

2.3. Estudo Empírico

2.2.1 Caraterização da População-alvo do estudo

Nesta investigação, foi abrangida como população os profissionais de saúde ou equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros e assistentes operacionais), dos seguintes serviços de internamento de adultos do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE. (CHLC, EPE.):

- Hospital de Santa Marta: Medicina 4; Pneumologia; Cirurgia Cardio-torácica – Internamento; Cirurgia Cardio-torácica – UCI; Angiologia e Cirurgia Vascular; Cardiologia Internamento; Cardiologia UCI e UCIP 4
- Hospital Santo António dos Capuchos: Medicinas 2.2.1; 2.2.2; 2.3.1; 2.3.2 e 2.4; Gastroenterologia Internamento; Hematologia Internamento e Neurologia.
- Hospital Curry Cabral: Medicina 7.2; Cirurgia A,B. C e D; Unidade de Transplantes; UCIP 7; Doenças Infeciosas Internamento; Medicina Física e de Reabilitação Internamento; Nefrologia e Ortopedia A e B.
- Hospital São José: Medicina 1.2. e 1.4; Cirurgia 1; Neurocirurgia Internamento; Unidade Cerebrovascular; Unidade Vertebro-Medular; UUM; Urologia; UCI – Neuro críticos; Cirurgia Maxilo-Facial/ORL; Unidade de Queimados; Cirurgia Plástica e Reconstructiva e Oftalmologia Internamento.

Estes serviços integram no total, 2524 profissionais de saúde, nomeadamente 706 médicos, 1247 enfermeiros e 571 assistentes operacionais (Dados cedidos pelo Departamento de Recursos Humanos do CHLC, EPE).

Desta população foi selecionada por conveniência e de forma estratificada, uma amostra significativa e representativa dos profissionais de saúde, uma vez que os valores seguintes se aproximam das proporções da população a que se refere, isto é, no total foram inquiridos 253 profissionais de saúde, entre os quais, 62 são médicos, 106 são enfermeiros e 85 assistentes operacionais

2.3.2. Instrumento de Recolha de Dados

Previamente à aplicação do instrumento de recolha de dados, foram realizados dois pedidos de consentimento, um para a aplicação de questionários aos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e assistentes operacionais) dos serviços acima mencionados do CHLC, EPE. outro para a obtenção de dados administrativos hospitalares à Comissão de Ética do CHLC, EPE (**ANEXO I**).

Desenvolveu-se um questionário com base no modelo de avaliação do impacto das relações interprofissionais de saúde na qualidade dos cuidados prestados, que pode ser analisado no **ANEXO II**. Este questionário está dividido em duas partes. Na primeira parte encontram-se questões correspondentes às variáveis de atributo, que irão posteriormente caracterizar a amostra, tais como: a Idade; o Género; a Categoria profissional; o Tempo de cargo; o Tempo no hospital e o Tempo na equipa.

Na segunda parte do questionário, estão dispostas algumas afirmações, distribuídas em seis grupos que correspondem às variáveis do modelo conceptual, de modo a ser possível quantificar todas. Estas afirmações deverão ser respondidas de acordo com uma Escala de Lickert de 6 pontos, disposta (1) a (6), em que (1) Discordo Totalmente, (2) Discordo; (3) Não concordo/Nem discordo; (4) Concordo; (5) Concordo totalmente e (6) Não responde/Não sabe. O motivo pelo qual se optou pela utilização da Escala de Lickert neste questionário deve-se ao facto da utilização deste tipo de escala ser a mais adequada para correlacionar posteriormente as variáveis independentes com as variáveis dependentes.

As variáveis: Relações interprofissionais na saúde; Estruturas de interligação; Estruturas de controlo; Gestão e valorização do capital humano; Práticas coletivas dos profissionais de saúde e Qualidade dos Cuidados de Saúde estão caracterizadas no questionário em diferentes grupos de afirmações, concebidas pelas autoras com base na revisão da literatura. O motivo para este procedimento relaciona-se com o facto de nunca se ter conseguido acesso ao questionário base dos estudos de Gittel que serviram de base ao modelo conceptual a testar neste estudo empírico. De referir que os dados relativos às variáveis: Número total de registos informáticos de incidentes de segurança do doente; Número de casos registados informaticamente de eventos adversos com medicação; Número de casos registados informaticamente de quedas de doentes em contexto de internamento, Taxa de incidência de IACS nos internamentos, e o Número de doentes com necessidade de prolongamento de dias de internamento que sofreram incidentes não planeados, que correspondem à Qualidade dos Cuidados de Saúde, foram obtidos através de resultados da monitorização do Gabinete de Segurança do Doente, do GCL – PPCIRA e de consultas de processos clínicos (SClínica).

Após a construção do questionário testou-se o grau de interpretação das afirmações dos inquiridos, no período que decorreu entre 1 de Junho de 2016 e 15 de Junho de 2016.

Para tal, distribuíram-se 50 questionários, em formato de papel, a profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e assistentes operacionais), de três serviços de cirurgia-internamento de um hospital da área de Lisboa. Da aplicação deste questionário preliminar, obtiveram-se 30 respostas, que conduziram apenas a mudanças ao nível estrutural das variáveis associadas às “Estruturas de Controlo”, que previamente apenas agrupava duas questões “Todos os profissionais de saúde participam na avaliação de desempenho pessoal, da equipa e organização de saúde” e “Existe um instrumento de avaliação de desempenho dos profissionais de saúde e do hospital”, passando, no questionário final a agrupar quatro perguntas, designadamente: “Todos os profissionais de saúde participam na avaliação de desempenho pessoal e da equipa

multidisciplinar”, “Todos os profissionais de saúde participam na avaliação de desempenho da organização de saúde”, “Existe um instrumento de avaliação de desempenho dos profissionais de saúde” e “Existe um instrumento de avaliação de desempenho do hospital da redação de algumas afirmações, para melhor compreensão do leitor.

Realizado o pré-teste, foi criado um *link*, na plataforma do *Google Drive*, com o questionário final, enviado via mail, à Enfermeira Susana Ramos (Coordenação do Gabinete de Segurança do Doente do CHLC, EPE), que por sua vez, enviou em e-mail interno do CHLC, EPE, aos Diretores de Serviço e Enfermeiros Chefe, dos serviços abrangidos no estudo, com uma solicitação de distribuição pelos restantes profissionais de saúde dos serviços. A distribuição do respetivo questionário, começou a ser realizada a 1 de Agosto de 2016. No entanto surgiu como limitação, a incompatibilidade do *Google Drive* com o *Internet Explorer*, que permitia a abertura do *link* mas não permitia avançar da primeira página. Foi contactado o serviço de informática que instalou nos computadores dos respetivos serviços o *Google Chrome*, que automaticamente permitiu a receção de respostas.

Posteriormente, no período de 16 a 20 de Agosto de 2016, devido à fraca adesão à resposta dos questionários por parte dos profissionais de saúde obtida até então, em conjunto com as enfermeiras do Gabinete de Segurança do Doente do CHLC, EPE, foram realizadas visitas aos serviços abrangidos no estudo, com objetivo de apelar e reforçar a necessidade de resposta aos questionários e de compreender se existiriam limitações junto dos enfermeiros chefes e diretores de serviço. Surgiram como limitações: 1) a dificuldade de envio do *link* por parte dos chefes de enfermagem aos seus pares e 2) o desconhecimento dos *e-mails* de todos os enfermeiros e assistentes operacionais para onde enviar as respostas. Para ultrapassar estes problemas ensinou-se como enviar o *link*, que ficou a partir daí à responsabilidade de um enfermeiro dos serviços, com conhecimentos da prática informática. Os *e-mails* também foram dados a conhecer. Por esta altura, encontrou-se uma outra limitação, que justificava a não adesão por parte dos assistentes operacionais à resposta do questionário, entendeu-se que este grupo profissional ou não sabia manusear o *e-mail* interno do CHLC, EPE ou o conhecimento deste era inexistente, optando-se pela distribuição do questionário em formato papel, pelos responsáveis dos assistentes operacionais do CHLC, EPE (que não são enfermeiros). Estes ficaram responsabilizados da sua distribuição pelos assistentes operacionais dos respetivos serviços envolvidos no estudo. No período de 28 de Agosto de 2016 a 10 de Setembro de 2016, foram distribuídos 100 questionários em formato papel para o grupo profissional dos assistentes operacionais e recolhidos 98 questionários respondidos, sendo que 6 dos quais foram

considerados inviáveis por não estarem completamente respondidos ou as respostas serem “Concordo” em todas as afirmações.

Devido à ausência marcada de respostas dos médicos, que se revelava em número insuficiente para o estudo (28 respostas), foi reforçado o apelo à resposta do questionário, junto dos diretores de serviço, via correio eletrónico, sem qualquer sucesso.

A 15 de Junho de 2017, após o contacto da Enfermeira Susana Ramos com os diretores de serviço, optou-se pela distribuição dos questionários em formato papel, pela classe profissional dos médicos. Seguiram para preenchimento 100 exemplares do questionário, que ficaram nas mãos dos diretores dos serviços, que por sua vez, se responsabilizaram os distribuir pelos seus pares, durante as suas reuniões de serviço, assim como de os recolher. Posteriormente, os questionários preenchidos pela classe médica foram recolhidos pela mestranda, junto das administrativas clínicas, que trabalham lado a lado com os diretores de serviço. Obtiveram-se até 28 de Julho de 2017, data em que se cessou a recolha dos questionários, mais 38 questionários respondidos, sendo 4 inviáveis para o estudo, por não se encontrarem totalmente preenchidos.

Os dados dos questionários em formato papel, foram adicionados à planilha do *Google Drive* e por sua vez, importados para ficheiro de EXCEL e depois para ficheiro SPSS.

A 7 de Agosto de 2017, deu-se o início da consulta e obtenção de dados relativos às variáveis relacionadas com a Qualidade dos Cuidados, em conjunto com a Enfermeira Susana Ramos, através da pesquisa dos resultados do registo informático de incidentes e eventos adversos, disponível em ficheiro EXCEL. Este ficheiro foi sujeito a seleção, pois foram apenas incluídos na investigação 4 dos 6 hospitais do CHLC, EPE, e apenas envolvidos na investigação os serviços acima referidos, assim como abrangidos apenas os registos que se reportam ao período da investigação de 1 de Agosto de 2016 a 28 de Julho de 2017.

No período de 1 de Agosto de 2016 a 28 de Julho de 2017, foram recolhidos dados dos programas SONHO, HER+ e SClínic, relativos ao: a) número de internados nos serviços envolvidos na investigação, b) ao número de registos informáticos de incidentes de segurança do doente, c) ao número de casos registados informaticamente se deveram a eventos adversos com medicação, d) ao número de casos registados informaticamente que se deveram a quedas de doentes, e) ao número de casos de incidentes, que provocaram dano moderado ou grave para o doente (analisados um a um após a consulta individual dos processos clínicos), e f) número de doentes que tiveram necessidade de prolongamento de dias de internamento devido aos incidentes não planeados.

2.2.2 Tratamento de Dados

O tratamento dos dados iniciou-se a 1 de Setembro de 2017 até 13 de Setembro de 2017, com recurso ao programa estatístico SPSS 23.

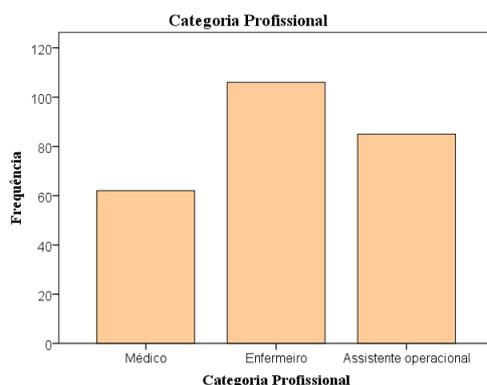
Correlacionaram-se os valores das variáveis através de Teste de Spearman, pois os valores das variáveis não são numéricos (são ordinais, em escalas de Lickert). Além disso, as mesmas variáveis não possuem comportamento normal. Pelos mesmos motivos, as comparações entre os diversos grupos profissionais foram feitas recorrendo ao teste de Kruskal-Wallis.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caraterização da amostra

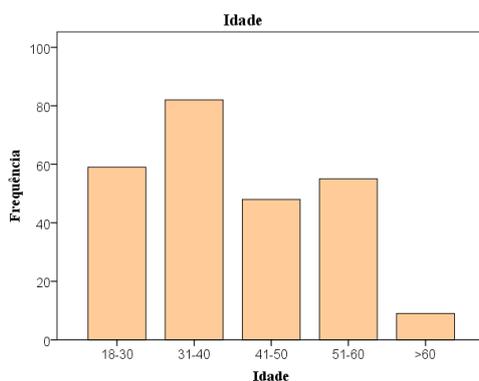
De acordo com os resultados desta amostra, de 62 (24,5%) dos inquiridos são médicos, outros 106 (41,9%) são enfermeiros e 85 (33,6%) dos inquiridos são assistentes operacionais (ver **Gráfico 1** e **Tabela 4** em **Anexo III**).

Gráfico 1. Distribuição da amostra de acordo com as Categorias Profissionais



De acordo com os resultados desta amostra, 59 (23%) dos inquiridos possuem idades compreendidas entre os 18 a 30 anos; outros 82 (32,4%) inserem-se na faixa etária dos 31 a 40 anos; 48 (19%) dos inquiridos possuem entre 41 a 50 anos de idade; 55 (21,7%) dos inquiridos estão incluídos na faixa etária dos 51 aos 60 anos e por fim, apenas 9 (3,6%) dos profissionais de saúde possuem idade igual ou superior a 60 anos (ver **Gráfico 2** e **Tabela 5** em **Anexo III**).

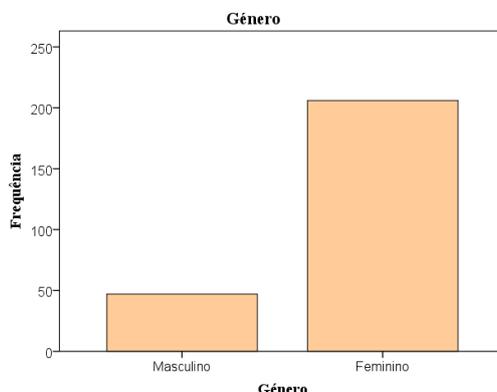
Gráfico 2. Distribuição da amostra de acordo com as Idades



Relativamente, à predominância do género dos profissionais de saúde inquiridos, estes são maioritariamente do sexo feminino, com 206 elementos (81,4%), encontrando-se em menor

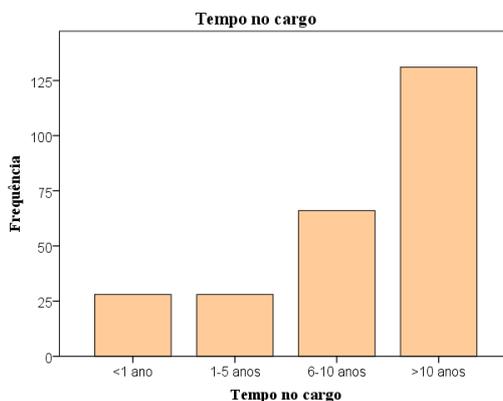
número de profissionais de saúde do sexo masculino, com 47 elementos (18,6%) (ver **Gráfico 3** e **Tabela 6** em **Anexo III**).

Gráfico 3. Distribuição da amostra quanto ao gênero



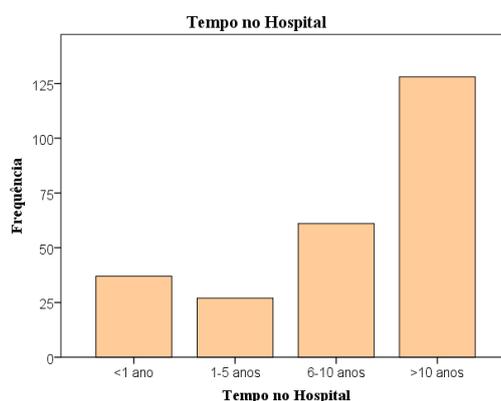
Dentro dos 253 profissionais de saúde inquiridos, 28 (11,1%) exercem a atividade profissional há menos de 1 ano; 28 dos inquiridos (11,1%) exercem a profissão entre 1 a 5 anos. Na faixa entre 6 a 10 anos de exercício profissional, estão inseridos 66 profissionais de saúde inquiridos (26,1%) e na faixa de mais de 10 anos de exercício de funções na atividade profissional encontram-se 131 (51,8%) dos inquiridos (ver **Gráfico 4** e **Tabela 7** em **Anexo III**).

Gráfico 4. Distribuição da amostra de acordo com o tempo no cargo.



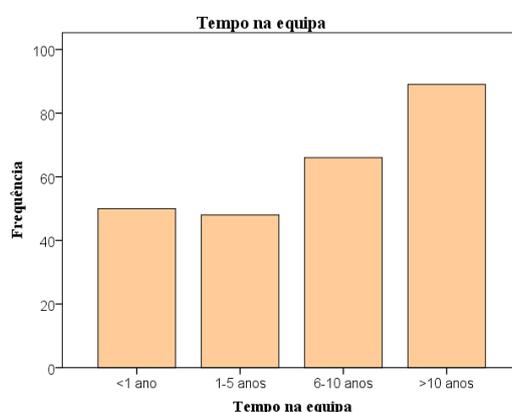
Quanto ao tempo de exercício de funções no hospital, 37 (14,6%) dos profissionais de saúde inquiridos, exercem funções no hospital há menos de 1 ano; outros 27 (10,7%) trabalham no hospital, entre 1 a 5 anos; 61 (24,1%) dos inquiridos exercem funções no hospital entre 6 a 10 anos e 128 (50,6%) dos profissionais de saúde inquiridos, exercem funções no hospital há mais de 10 anos (ver **Gráfico 5** e **Tabela 8** em **Anexo IV**).

Gráfico 5. Distribuição da amostra de acordo com o tempo de exercício de funções no hospital.



Quanto ao tempo de permanência do profissional de saúde, como elemento da respectiva equipa multidisciplinar, 50 (19,8%) dos inquiridos referem pertencer à equipa há menos de 1 ano; 48 (19%) dos inquiridos estão inseridos na equipa há cerca de 1 a 5 anos, outros 66 (26,1%) têm entre 6 a 10 anos de permanência na equipa multidisciplinar, e por fim, encontram-se 89 (35,2%) dos profissionais de saúde inquiridos, com mais de 10 anos de tempo na equipa (ver **Gráfico 6 e Tabela 9 em Anexo III**).

Gráfico 6. Distribuição da amostra de acordo com o tempo de permanência na equipa multidisciplinar.



3.2 Teste de consistência interna das escalas do questionário (ALPHA CRONBACH)

A consistência interna das subescalas do questionário (e, conseqüentemente as variáveis que delas resultam) foi avaliada usando o teste Alpha-Cronbach. Consideram-se valores aceitáveis, quando superiores a 0,70 e bons quando superiores a 0,80 (Malhotra,2004).

3.2.1 Relações Interprofissionais na saúde

O α – Cronbach da variável “Relações Interprofissionais na Saúde” é de 0,74, mas existe um item, neste caso o da “Pontualidade e precisão na comunicação”, que possui uma baixa correlação ($R=0,28$) com o total da escala. Todos os outros itens possuem valores de correlação ($R=0,5-0,6$).

A variável “Relações Interprofissionais na Saúde” possui uma média de $M=4,08$, um desvio padrão $DP=0,633$ e não possui comportamento normal.

3.2.2 Estruturas de interligação

O α -Cronbach da variável “Estruturas de interligação” é de 0,71, mas com apenas 2 itens existe redundância.

O valor de $M=3,16$, o $DP=1,245$ e não possui comportamento normal.

3.2.3 Estruturas de controlo

O α -Cronbach da variável “Estruturas de controlo” é de 0,83, contudo, a média das correlações inter-itens é muito elevada, 0,55 (o valor ideal deveria encontrar-se entre 0,2-04). Por outro lado, a correlação mais elevada entre itens é de 0,86.

Esta variável tem $M= 3,01$, $DP= 0,926$ e não possui comportamento normal.

3.2.4 Gestão e valorização do capital humano

O α -Cronbach é igual a 0,60, mas existem apenas 2 itens.

Esta variável tem $M= 3,07$, $DP= 1,119$ e não possui comportamento normal.

3.2.5 Práticas coletivas dos profissionais de saúde

O α -Cronbach é igual a - 0,32, que se deve à existência de apenas 2 itens que apontam não necessariamente na mesma “direção”, isto é, cada um dos itens pode dizer alguma coisa, mas contrariam-se.

Esta variável tem $M= 3,38$, $DP= 0,682$ e não possui comportamento normal.

3.2.6 Qualidade dos cuidados de saúde

Quanto a este conjunto de questões, apenas as 3 primeiras questões “Registo, sempre, informaticamente, incidentes e eventos adversos”, “Registo, sempre, informaticamente, todos os eventos adversos com medicação” e “Registo, sempre, informaticamente, todas as quedas de doentes”, apresentam consistência elevada entre si. As outras 2 questões “Frequentemente existe necessidade de prolongamento do internamento devido a incidentes não planeados” e “Globalmente, os cuidados de saúde prestados pelo meu serviço são de elevada qualidade”, não “alinham” com o restante do conjunto. Assim, a subescala dos 3 itens apresenta um α -Cronbach de 0,86 (com alguma redundância entre os itens).

Esta variável tem $M= 3,89$, $DP= 1,269$ e não possui comportamento normal.

O questionário utilizado nesta investigação (**ANEXO II**) apresenta algumas escalas com consistência interna baixa, sendo necessário em caso de estudos futuros, um estudo exploratório das correlações.

3.3 Correlações entre variáveis

Foram removidos da análise, caso a caso, as respostas Não Sabe/ Não responde (NS/NR) pelo que o número de participantes depende da comparação/correlação em causa.

3.3.1 Correlações entre elementos do trabalho na organização de saúde e as relações interprofissionais na saúde

Foram testadas associações (correlações bivariadas) entre as relações interprofissionais na saúde e as estruturas de interligação, estruturas de controlo, gestão e valorização do capital humano e práticas coletivas dos profissionais de saúde (Daniel, 1990).

Existem associações positivas e significativas entre todos os pares de variáveis (ver **Tabela 10** em **ANEXO III**). Na **Tabela 10** também se pode observar que existe associação significativa e positiva entre as “Relações interprofissionais na saúde” e a “Avaliação global da qualidade”, sendo esta uma auto percepção da qualidade dos cuidados de saúde.

Apesar desta associação bivariada entre as relações interprofissionais na saúde e as variáveis dos elementos do trabalho na organização de saúde ser significativa em qualquer par de variáveis, quando testamos um modelo de regressão linear, tendo como variável dependente as “Relações Interprofissionais na Saúde” e como variáveis independentes os “Elementos do trabalho na organização de saúde “ verifica-se que apenas as Estruturas de Interligação e a Gestão e Valorização de Capital Humano são significativas na regressão. Este modelo explica 22 % da variância experimental ($R^2= 0,22$) e encontra-se detalhado na **Tabela 11** (ver **ANEXO III**).

3.3.1.1 Relações interprofissionais na saúde

Por forma a perceber os detalhes das contribuições individuais dos itens de cada variável das Relações Interprofissionais na Saúde, foram testadas associações (correlações bivariadas) entre as variáveis de atributo e as variáveis das Relações Interprofissionais de Saúde (Daniel, 1990). Encontraram-se valores de correlações significativas entre a Idade e a Partilha de Objetivos Comuns ($R=0,158$, $p=0,015$) e entre a Idade e os Conhecimentos Partilhados ($R=0,170$, $p=0,008$). Tal facto poderá dever-se ao amadurecimento pessoal, ter influência na partilha de objetivos comuns e nos conhecimentos partilhados, no entanto, não se verificaram correlações significativas dos tempos no cargo, hospital e equipa com os objetivos comuns e conhecimentos partilhados, contrariamente as teorias defendidas por alguns autores. O fator idade dos profissionais de saúde tem assim relevância na qualidade das relações entre os profissionais de saúde, envolvidos nesta investigação, permitindo a interdependência de objetivos e partilha de conhecimentos. Entre o Género e o Respeito Mútuo ($R= -0,126$, $p=0,052$), em que se verificou que o facto do profissional de saúde ser mulher ou homem, tem influencia negativa no respeito mútuo, o que de acordo com a cotação Mas=1 e Fem=2, indica que há uma maior resposta nos homens desta variável comparativamente, menor resposta desta variável nas mulheres, podendo existir conflito de relacionamento, ou seja as relações entre os profissionais de saúde femininos poderão estar comprometidas, caso os conflitos não sejam resolvidos, pois o desrespeito é um comportamento que elimina toda a essência do trabalho em equipa.

Entre a Categoria Profissional e a Frequência de Comunicação ($R= -0,221$, $p=0,001$) verificou-se que ser Médico, Enfermeiro ou Assistente Operacional tem influência na frequência da comunicação e, de acordo com a cotação Med=1, Enf=2 e AO=3, um valor de R negativo indica que existe uma maior frequência de comunicação nos médicos e menor frequência nos assistentes operacionais em comparação com os enfermeiros. Igualmente ente a Categoria

Profissional e a Resolução de Problemas Com Recurso à Comunicação ($R = -0,226$, $p = 0,000$), também se verificou que ser Médico, Enfermeiro ou Assistente Operacional têm influência na resolução de problemas, o que de acordo com a cotação Med=1, Enf=2 e AO=3, um valor de R negativo indica que existe uma maior resolução de problemas com recurso à comunicação nos médicos, do que nos enfermeiros e menor nos assistentes operacionais. Também entre a Categoria Profissional e o Respeito Mútuo, verificou-se que ser Médico, Enfermeiro, ou Assistente Operacional, tem influencia no respeito mútuo, de acordo com a cotação Med=1, Enf=2 e AO=3, um valor de R negativo indica que existe um maior sentimento de respeito mútuo nos médicos, do que nos enfermeiros e menor dos assistentes operacionais. Estas diferenças de resultados, poderá revelar que a comunicação se torna difícil em equipas de trabalho multidisciplinares, nas quais a hierarquia resultante de uma cultura profissional e institucional leva a alguns grupos profissionais possam sentir alguma dificuldade em se expressar abertamente com outras classes profissionais e, por outro lado, também poderá existir um comportamento de evitamento dentro do mesmo grupo profissional.

Entre o Tempo no Hospital e a Partilha de Objetivos Comuns ($R = 0,133$, $p = 0,040$), verificou-se que quanto maior o tempo de hospital que o profissional de saúde detém, maior a concordância com a partilha dos objetivos comuns, o mesmo acontece com a partilha de conhecimentos, quanto maior o Tempo de Hospital maior os Conhecimentos Partilhados ($R = 0,138$, $p = 0,033$).

Por outro lado, o Tempo na Equipa e a Pontualidade e Precisão na Comunicação ($R = -0,149$, $p = 0,022$), influenciam-se, o valor de R negativo indica que quanto maior o tempo de equipa menor a pontualidade e precisão na comunicação. Este aspeto poderá traduzir que a longevidade das equipas, poderá ser sinónimo de estabilidade, no entanto não se verificam correlações significativas com os objetivos comuns, conhecimentos partilhados e respeito mútuo, o que seria expectável com base na teoria. Este comportamento poderá estar associado, ao facto de os profissionais de saúde, quanto mais tempo estiverem inseridos numa equipa, mais confiança têm sobre os elementos desta equipa e acabam por aligeirar a pontualidade e precisão na comunicação (ver **Tabela 12** em **ANEXO III**).

3.3.1.2 Estruturas de Interligação

Sabendo, que as estruturas de interligação permitem desbloquear as barreiras hierárquicas que possam existir nas organizações de saúde, e interligar os profissionais de saúde diretamente, para que seja possível a coordenação do trabalho em equipa.

Foram testadas associações (correlações bivariadas) entre as variáveis da Estrutura de interligação e as variáveis das Relações Interprofissionais de Saúde (Daniel, 1990). Encontraram-se valores de correlações significativas entre as Reuniões multidisciplinares e a Frequência da Comunicação ($R=0,130$, $p=0,048$), a Partilha de Objetivos Comuns ($R=0,257$, $p=0,000$), os Conhecimentos Partilhados ($R=0,240$, $p=0,000$) e o Respeito Mútuo ($R=0,328$, $p=0,000$).

Relativamente ao grau de concordância, quanto maior a concordância da existência de reuniões multidisciplinares, maior é a concordância com a frequência de comunicação, a partilha de objetivos comuns, os conhecimentos partilhados e o respeito mútuo. O que se encontra defendido em teoria, que se não existirem reuniões, não existem conhecimentos partilhados, objetivos comuns e respeito mútuo. Pois as reuniões multidisciplinares permitem que os profissionais de saúde das diferentes áreas e especialidades partilhem informações, quer acerca dos seus doentes, quer no âmbito da dinâmica do serviço/unidade de saúde e organização e que deste modo, sejam construídos planos, resolvidos problemas e tomadas decisões eficazes.

Encontraram-se valores de correlações significativas entre os Sistemas de Informação na Saúde e a Frequência da Comunicação ($R=0,222$, $p=0,001$), a Resolução de Problemas com Recurso à Comunicação ($R=0,127$, $p=0,046$), a Partilha de Objetivos Comuns ($R=0,266$, $p=0,000$), os Conhecimentos Partilhados ($R=0,190$, $p=0,005$) e o Respeito Mútuo ($R=0,410$, $p=0,000$). Este aspeto revela que de acordo com o grau de concordância, existem Sistemas de Informação que permitem a comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, sendo maior a frequência da comunicação, a resolução de problemas com recurso à comunicação, a partilha de objetivos comuns, os conhecimentos partilhados e o respeito mútuo, que por sua vez contribuem positivamente nas relações entre os profissionais de saúde (ver **Tabela 13** em **ANEXO III**).

3.3.1.3 Estruturas de Controlo

Foram testadas associações (correlações bivariadas) entre as variáveis da Estrutura de Controlo e as variáveis das Relações Interprofissionais de Saúde (Daniel, 1990). Encontraram-se valores de correlações significativas entre a Avaliação de Desempenho Pessoal e da Equipa e a Partilha de Objetivos Comuns ($R=0,344$, $p=0,000$), os Conhecimentos Partilhados ($R=0,292$, $p=0,000$) e o Respeito Mútuo ($R=0,274$, $p=0,000$). Existe assim, um maior grau de concordância em que todos os profissionais de saúde participam na avaliação de desempenho pessoal e da equipa multidisciplinar, e este aspeto influencia positivamente nas relações interprofissionais de saúde,

na medida que maior é a partilha de objetivos comuns, de conhecimentos partilhados e de respeito mútuo.

Encontraram-se também valores de correlações significativas entre a Avaliação de Desempenho da Organização de Saúde e a Partilha de Objetivos Comuns ($R=0,245,p=0,000$), os Conhecimentos Partilhados ($R=0,220, p=0,002$) e o Respeito Mútuo ($R=0,208,p=0,003$). Existe um maior grau de concordância, em que todos os profissionais de saúde participam na avaliação de desempenho da organização de saúde, e este facto também influencia positivamente nas relações interprofissionais de saúde, na medida que também é maior a partilha de objetivos comuns, de conhecimentos partilhados e de respeito mútuo.

Encontraram-se valores de correlações significativas entre o Instrumento de Avaliação de Desempenho dos Profissionais de Saúde e todas as variáveis das Relações Interprofissionais de Saúde. Isto é, quanto maior o grau de concordância de que existe um instrumento de avaliação de desempenho dos profissionais de saúde, maior é a frequência da comunicação ($R=0,155,p=0,027$); maior é a pontualidade e precisão da comunicação ($R=0,163,p=0,020$); maior é a resolução de problemas com recurso à comunicação ($R=0,205,p=0,003$); maior partilha de objetivos comuns ($R=0,314,p=0,000$); maiores são os conhecimentos partilhados ($R=0,192,p=0,006$) e maior o respeito mútuo ($R=0,173,p=0,013$). Tal facto poderá indicar que a existência de um instrumento de avaliação de desempenho influencia as relações entre os profissionais de saúde, permitindo uma avaliação justa e igualitária entre todos os elementos, que por sua vez poderá ter reflexo na qualidade das relações.

Encontraram-se valores de correlações significativas entre o Instrumento de Avaliação de Desempenho do Hospital e a Pontualidade e Precisão da Comunicação, a Resolução de Problemas com Recurso à Comunicação, a Partilha de Objetivos Comuns e os Conhecimentos Partilhados. Existe um maior grau de concordância em que existe um instrumento de avaliação de desempenho do hospital, tendo influencia positiva, sendo também maior a pontualidade e precisão da comunicação ($R=0,174,p=0,013$), maior a resolução de problemas com recurso à comunicação ($R=0,156,p=0,026$), maior a partilha de objetivos comuns ($R=0,156,p=0,026$) e maior os conhecimentos partilhados ($R=0,173,p=0,013$). O instrumento de avaliação deve-se basear nos objetivos comuns e ser orientado para os resultados. É através dos resultados que se detetam as falhas e permite a melhoria contínua do desempenho da organização, podendo ter influência na comunicação, quer a nível da pontualidade e precisão da comunicação, quer no âmbito da resolução de problemas com recurso à comunicação, quer na partilha de conhecimentos entre os profissionais de saúde. Este instrumento de avaliação poderá permitir

a existência de relações interprofissionais de saúde com qualidade (ver **Tabela 14** em **ANEXO III**).

3.4 Gestão e Valorização do Capital Humano

Foram testadas associações (correlações bivariadas) entre as variáveis da Gestão e Valorização do Capital Humano e as variáveis das Relações Interprofissionais de Saúde (Daniel, 1990). Encontraram-se valores de correlações significativas entre todas as situações. De acordo com o grau de concordância, a identificação com a escolha do serviço onde trabalha por parte da organização de saúde tem influencia positiva, nas relações interprofissionais de saúde, pois quando se trabalha num serviço com o qual o profissional de saúde se identifica, e quando a organização garante a sua satisfação, existe motivação pelo trabalho e por sua vez, o profissional está feliz. Estando os profissionais de saúde motivados e felizes, existe uma maior probabilidade de as relações entre os mesmos serem positivas (ver **Tabela 15** em **ANEXO III**).

3.5 Práticas coletivas dos Profissionais de Saúde

Foram testadas associações (correlações bivariadas) entre as variáveis das Práticas Coletivas dos Profissionais de Saúde e as variáveis das Relações Interprofissionais de Saúde (Daniel, 1990). Encontraram-se valores de correlações significativas entre o Trabalho de Acordo com as NOC's e a Frequência de Comunicação ($R=0,154, p=0,021$), a Resolução de Problemas com Recurso à Comunicação ($R=0,162, p=0,015$), a Partilha de Objetivos Comuns ($R=0,206, p=0,002$) e o Respeito Mútuo ($R=0,215, p=0,001$). As NOC's, como anteriormente referido, permitem a uniformização da prestação de cuidados de saúde com vista a segurança do doente, ou seja um elevado desempenho da organização de saúde. Como se pode verificar, existe um elevado grau de concordância entre a prestação de cuidados de saúde e as relações interprofissionais de saúde, talvez pelo facto de a uniformização dos cuidados de saúde potenciar o aumento da confiança e respeito entre os colaboradores, fortalecer as relações interprofissionais de saúde, pois baseiam-se em objetivos comuns e conhecimentos partilhados, em que todos os profissionais de saúde partilham do mesmo modelo mental e executam boas práticas.

Encontraram-se valores de correlações significativas entre o Trabalho Flexível e o Respeito Mútuo ($R=0,136, p=0,043$), pois a flexibilidade no trabalho carece de uma comunicação eficaz e de conhecimento partilhado entre os membros da equipa e obriga a um grau de

interdependência. De acordo com o grau de concordância, verificou-se que quanto maior o trabalho flexível, maior a existência de respeito mútuo entre os elementos da equipa, facto que poderá estar associado à confiança que os elementos têm sobre o trabalho de equipa (ver **Tabela 16** em **ANEXO III**).

3.5.1 Comparações entre as características da amostra e as relações interprofissionais na saúde

Relativamente às variáveis de atributo quando se comparam os dois géneros, não se detetam diferenças significativas em nenhuma das variáveis das Relações Interprofissionais de Saúde. No entanto, quando se comparam as três categorias profissionais existem diferenças significativas, na frequência da comunicação ($\chi^2(2) = 12,535; 0,002$), na resolução de problemas com recurso à comunicação ($\chi^2(2) = 12,153; 0,002$) e no respeito mútuo ($\chi^2(2) = 12,605; 0,002$) (ver **Tabela 17** em **ANEXO III**).

Para percebermos o teor da diferença, efetuaram-se testes Post-Hoc (Tukey HSD) que revelaram a seguinte diferenciação (ver **Tabela 18** em **ANEXO III**).

Na frequência da comunicação, bem como na resolução de problemas com recurso à comunicação existem diferenças significativas entre assistente operacional e médico. Relativamente ao respeito mútuo, não existem diferenças significativas entre assistente operacional e enfermeiro, mas existem diferenças entre estas duas categorias e médico (ver **Tabela 18** em **ANEXO III**).

Santos *et al.* (2010: 54) justifica tal comportamento entre as diferentes categorias profissionais, quando afirma “*A comunicação é por vezes difícil em equipas de saúde interdisciplinares nas quais a hierarquia resultante de uma cultura profissional e institucional leva a que alguns grupos profissionais possam sentir dificuldade em se expressar abertamente com outras classes profissionais. Por outro lado, em alguns contextos profissionais existe a norma de evitamento da crítica dentro do mesmo grupo profissional.*”

As mesmas autoras defendem que as barreiras comunicacionais acima referidas são facilitadoras de erro, uma vez que não permitem o *feedback* do procedimento incorreto, nem existe uma proposta de alternativa corretora atempada. É assim importante que exista um líder que solicite aos membros da equipa, informação frequente sobre situações potenciadoras de incidentes adversos, bem como o relato de ocorrências de situações adversas. Compete ao líder facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde das equipas multidisciplinares, de modo

a esbater distâncias geradas pela estrutura hierárquica e pelo poder, assim como fomentar uma atitude e comportamento de valorização da Pessoa e respeito mútuo.

Talvez os assistentes operacionais partilhem de um sentimento de exclusão da equipa multidisciplinar, não se considerando integrados no trabalho equipa multidisciplinar e esse motivo ser reflexo do evitamento comunicacional e da ausência de sentimento de respeito mútuo.

3.6 Impacto da qualidade dos cuidados de saúde e as relações interprofissionais de saúde

No período de 1 de Agosto de 2016 a 28 de Julho de 2017, de acordo com os dados estatísticos do programa SONHO, estiveram internados nos serviços envolvidos na investigação, um total de 47.222 pessoas e de acordo com os dados do programa HER+, foram realizados no total 2048 registos informáticos de incidentes de segurança do doente, que correspondem a 4,30% dos casos; que 16 desses casos registados informaticamente se deveram a eventos adversos com medicação, que correspondem 0,03% dos casos; 1003 dos casos registados informaticamente se deveram a quedas de doentes em contexto de internamento, que correspondem 2,12% dos casos e após a consulta individual dos processos clínicos (SCLínic), dos casos de incidentes que provocaram dano moderado ou grave para o doente, conclui-se que 9 dos doentes tiveram necessidade de prolongamento de dias de internamento devido a incidentes não planeados, que correspondem 0,02% dos casos.

Em Portugal, a cultura de relato de incidentes ainda está incipiente pelo que foi apenas encontrado um estudo recente com objetivos e características semelhantes. O estudo realizado por Costa-Dias *et al.* (2014), foram reportadas 0,84% de ocorrências de quedas de doentes em contexto de internamento.

Num estudo australiano, realizado por Mousa (2017) nos hospitais Perth Austrália, a taxa de incidentes reportados com quedas é de 4,6% e num estudo americano de grande escala (1263 hospitais durante 27 meses) realizado por Bouldin *et al.*(2013) a taxa de incidentes de quedas reportados foi de 3,6%. De acordo com a notificação dos hospitais Suíços (H+, 2014), que se encontra disponível nas páginas info-hopitaux.ch, a taxa de quedas durante o ano 2014 foi de 3,6%. Num estudo que abrange hospitais da Suécia e Noruega, realizado por Deilkås *et al.* (2017) as taxas de quedas, em 2013, são de 13,0% na Suécia e de 14,4% na Noruega.

Estes dados acima referidos podem ser tentativamente comparados com os dados resultantes dos estudos nacionais e pode-se deduzir que no presente estudo existe a cultura de registo de

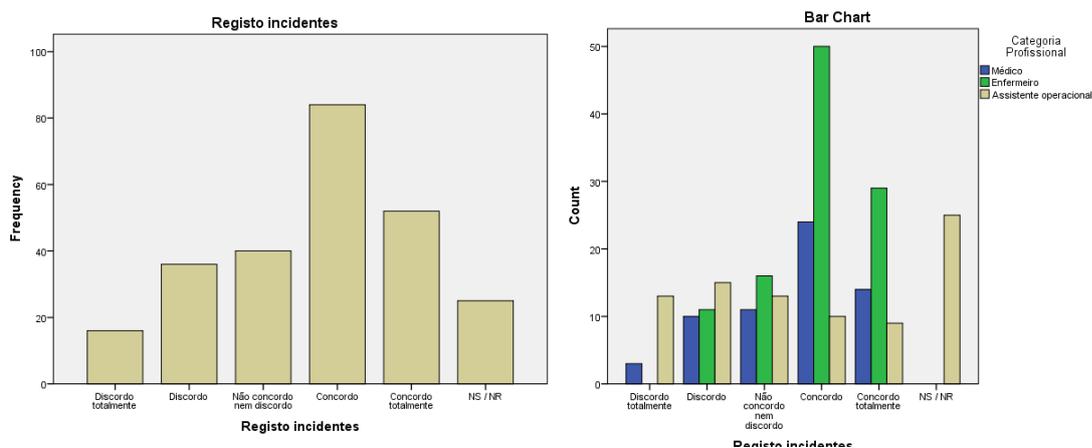
incidente de quedas de forma assídua, contrariamente ao registo de incidentes adversos com medicação, podendo-se assim justificar a baixa taxa apresentada nesta investigação.

A fraca cultura de notificação de incidentes em Portugal poderá dever-se ao tipo de relações interprofissionais de saúde, pois ainda poderá estar inerente, algum medo de perda de reputação perante os pares e instituição, de punição ou culpabilização do profissional de saúde, ou mesmo desvalorização da medida. Assim como falta de tempo para a prática do registo, poderá estar associada à escassez de recursos humanos, perante o fluxo de trabalho, não sobrando espaço para mais do que a prestação de cuidados de saúde.

Os resultados obtidos nesta investigação ficam assim muito aquém das metas traçadas no Plano Nacional da Segurança do Doente 2015-2020, em que se espera que até ao final de 2020, se atinja uma taxa de adesão nacional à avaliação da cultura de segurança (igual ou maior que 90%) e que se reduza 50% em cada ano, face ao ano anterior, o número de ocorrências relacionadas com o erro de medicação e quedas, nas instituições do SNS.

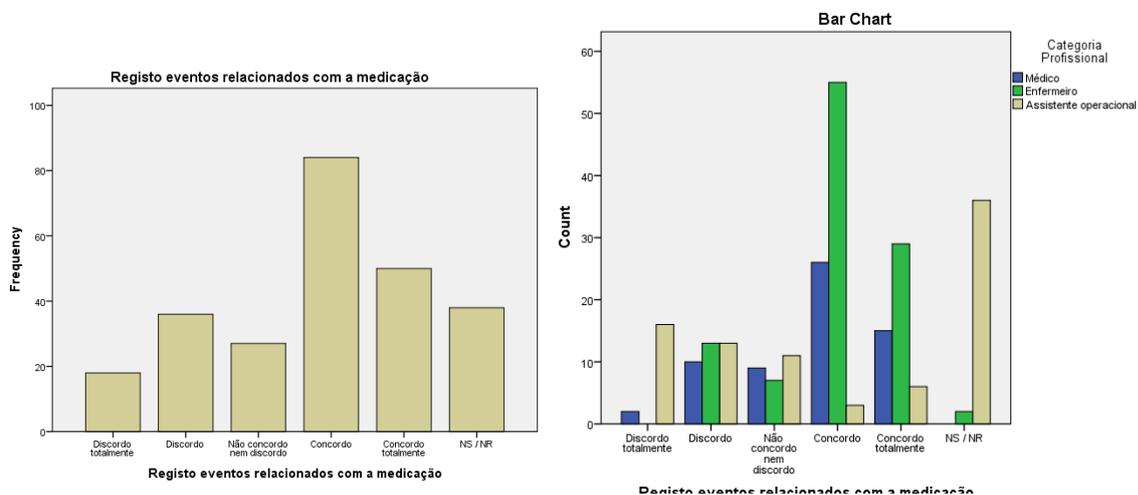
De acordo, com as respostas dos questionários por parte dos profissionais de saúde, poderá analisar-se que a maior fatia dos 253 profissionais inquiridos “concorda” ou “concorda totalmente” que regista sempre informaticamente os incidentes e eventos adversos ocorridos, sendo este registo de acordo com os gráficos posteriormente apresentado, realizado pelos enfermeiros e em menor número pelos médicos e assistentes operacionais (**Gráficos 7** (a) e (b)).

Gráficos 7. Distribuição do registo informático de incidentes adversos (a) e distribuição do registo informático de incidentes adversos entre as categorias profissionais (b)



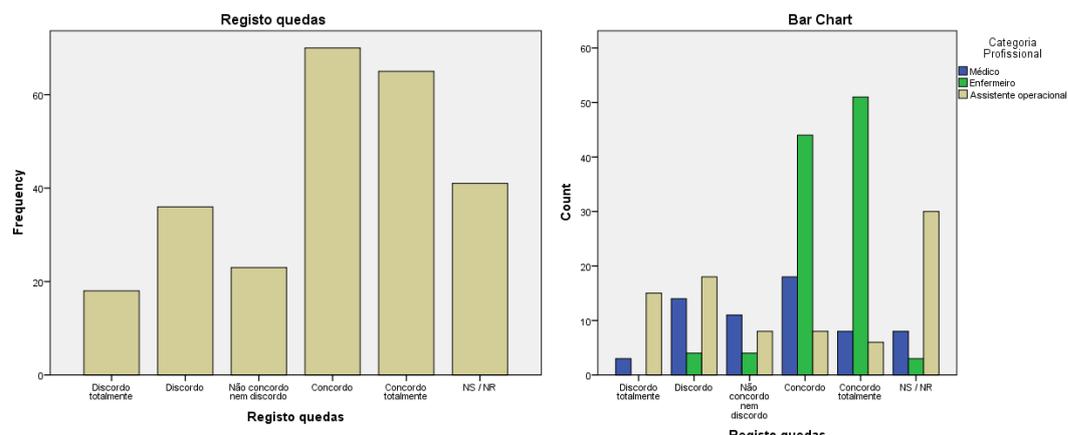
Relativamente à variável do registo informático dos eventos adversos com medicação, em que apesar de a taxa de registo informático de eventos adversos com a medicação ser muito baixa, como anteriormente divulgado, a maioria dos profissionais de saúde inquiridos responde “concorda” e “concorda totalmente” com o registo informático de eventos adversos com medicação, sendo novamente este realizado em maior número pelos enfermeiros, em menor número pelos médicos e assistentes operacionais. Sendo os assistentes operacionais, a categoria profissional que mais responde “discordo totalmente” e “discordo”, mas a grande fatia dos AO’s opta por responder que não sabe ou não responde (**Gráficos 8** (a) e (b)).

Gráficos 8. Distribuição do registo informático de incidentes relacionados com medicação (a) e distribuição do registo informático de incidentes relacionados com medicação entre as categorias profissionais (b)



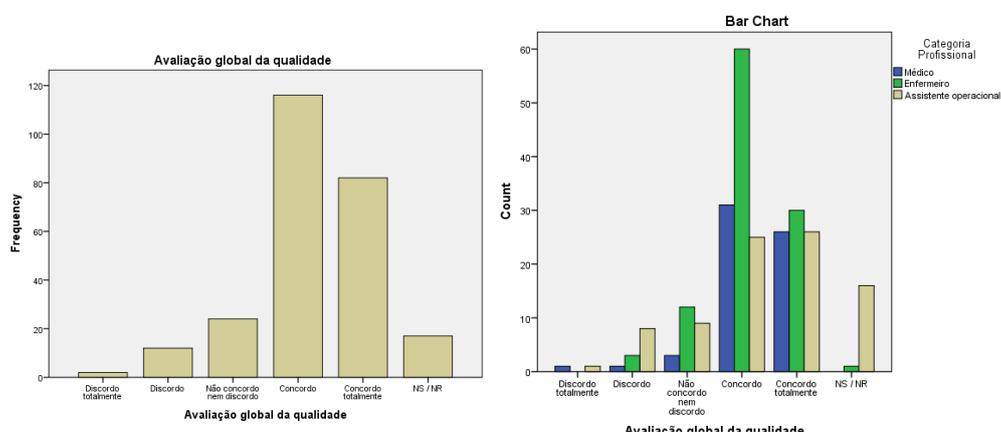
Existe maior adesão ao registo informático relativo à ocorrência de quedas em contexto de internamento, que é notório nos gráficos seguintes, em comparação com os anteriores. Existe um número superior de profissionais de saúde que responde “Concordo” e “Concordo totalmente”, face à questão “Registo sempre, informaticamente, todas as quedas de doentes”. Uma vez mais, o registo é maioritariamente realizado pelos enfermeiros, comparativamente com as outras categorias profissionais. A categoria profissional que mais responde “Discordo totalmente” e “discordo”, é mais uma vez, a dos AO’s, no entanto, o comportamento repete-se com a opção de resposta mais frequente “NS/NR” (**Gráficos 9** (a) e (b)).

Gráficos 9. Distribuição do registo informático de ocorrência de quedas (a) e distribuição do registo informático de ocorrência quedas entre as categorias profissionais (b)



Outro aspeto igualmente interessante é a perceção dos profissionais de saúde inquiridos relativamente à qualidade dos cuidados de saúde, aquando lhes é perguntado “Globalmente, os cuidados de saúde prestados pelo meu serviço são de elevada qualidade”. Como se pode analisar grande número de profissionais responde “Concordo” e “Concordo Totalmente”, em que a maioria que “Concorda” é enfermeiro e de uma forma unânime todas as categorias profissionais “Concorda Totalmente”. Nota-se que se trata de uma perceção, pois os resultados da taxa de registo informático de incidentes e eventos adversos é muito reduzido para se poderem tirar ilações relativamente aos resultados reais, apesar das taxas de ocorrências de quedas em contexto de internamento e de eventos adversos com medicação serem baixos (Gráficos 10 (a) e (b)).

Gráficos 10. Distribuição perceção dos profissionais de saúde inquiridos relativamente à qualidade dos cuidados de saúde (a) e distribuição perceção dos profissionais de saúde inquiridos relativamente à qualidade dos cuidados de saúde entre as categorias profissionais (b)



4 CONCLUSÕES

O presente estudo tem como objetivo geral perceber se os fatores essenciais às relações interprofissionais na saúde têm impacto na qualidade dos cuidados hospitalares e para isso, identifica as atitudes do trabalho em equipas multidisciplinares (médicos, enfermeiros e assistentes operacionais) de vários serviços de internamento, de quatro hospitais do CHLC, EPE. Assim como descreve quais os fatores organizacionais e individuais, que influenciam ou dificultam o trabalho em equipa multidisciplinar e por fim, relaciona os fatores essenciais às relações interprofissionais com os resultados na qualidade dos cuidados de saúde.

Pode-se assim, concluir que de uma forma geral foram alcançados os objetivos desta investigação, pois existem correlações positivas entre os elementos do trabalho na organização de saúde e as relações interprofissionais na saúde.

Os detalhes das contribuições individuais das relações interprofissionais na saúde e as variáveis de atributo mostram os seguintes resultados.

A presença de equipas com elevado grau de maturidade, nos serviços de internamento do CHLC, EPE, pois os profissionais de saúde apresentam maioritariamente idades compreendidas entre os 31-50 anos. Verificou-se que fator idade dos elementos tem relevância na qualidade das relações entre os profissionais de saúde. O mesmo sucede com o tempo de hospital, isto é, quanto maior o número de anos de trabalho na instituição que o profissional de saúde detém, maior é a partilha de objetivos comuns e de conhecimentos. Conclui-se que os profissionais de saúde mais velhos e/ou com mais anos de antiguidade no hospital, partilham mais objetivos em comum e conhecimentos.

Por outro lado, apenas no tempo de equipa e a pontualidade e precisão na comunicação, se influenciam, pois quanto maior o tempo de equipa, menor a pontualidade e precisão na comunicação. Este comportamento poderá indicar que quanto mais tempo os profissionais estiverem inseridos numa equipa, maior é a estabilidade e confiança e, por esse motivo, os profissionais de saúde acabam por aligeirar a pontualidade e precisão na comunicação.

Apesar de a população de profissionais de saúde abrangida ser maioritariamente feminina, os homens referem que se sentem mais respeitados pelo seu trabalho e pela sua pessoa, do que as mulheres. O fator género apresenta-se aqui como um ponto crítico nos relacionamentos interprofissionais na saúde, podendo ser gerador de conflitos. Caso os conflitos não sejam resolvidos, poderão eliminar toda a essência do trabalho em equipa.

Quanto à comunicação entre profissionais de saúde, os médicos são os que comunicam com maior frequência, comparativamente com os enfermeiros e os AO's. Estes últimos comunicam com menor frequência. Assim como, também são os médicos que recorrem mais à comunicação para resolver problemas, comparativamente com os enfermeiros. Os AO's são a categoria profissional que menos vezes recorre à comunicação para resolver problemas.

Da mesma forma, existe um maior sentimento de respeito mútuo na categoria profissional dos médicos, do que nos enfermeiros e menor sentimento de respeito mutuo nos assistentes operacionais.

A hierarquia vincada das organizações de saúde, poderá criar barreiras comunicacionais e afetar o trabalho em equipa, como já foi anteriormente referido (Santos *et al.*, 2010). Estas diferenças nos resultados das relações entre as categorias profissionais (médico, enfermeiro e assistente operacional) e os fatores essenciais às relações interprofissionais de saúde (frequência de comunicação, recurso à comunicação na resolução de problemas e respeito mútuo), poderá ser indicador, de que o trabalho em equipa multidisciplinar se encontra comprometido. Alguns grupos profissionais sentem dificuldade em se expressar abertamente com outras classes e por outro lado também poderá existir um comportamento de evitamento dentro do mesmo grupo profissional.

As estruturas de interligação da organização permitem desbloquear as barreiras hierárquicas que possam existir nas organizações de saúde, interligar os profissionais de saúde directamente, para que seja possível a coordenação do trabalho em equipa. De acordo com os resultados, existem reuniões multidisciplinares, e estas influenciam positivamente as relações interprofissionais de saúde, pois permitem a frequência da comunicação, a partilha de objetivos comuns, os conhecimentos partilhados e o respeito mutuo. Assim, como também existe(m) sistema(s) de informação que permite(m) a comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, influenciando positivamente, as relações interprofissionais de saúde, pois torna a comunicação frequente, é utilizado na resolução de problemas como canal de comunicação, permite(m) a partilha de objetivos comuns e de conhecimentos, assim como têm ponderação positiva no respeito mútuo. Os sistemas de informação poderão desbloquear as barreiras comunicacionais criadas pela hierarquia institucional e interligar os colaboradores.

Conclui-se assim que as estruturas de interligação influenciam positivamente as relações interprofissionais na saúde (**Hipótese 1**).

Quanto às estruturas de controlo da organização, os resultados mostram que existe avaliação de desempenho pessoal e da equipa, e que estas influenciam positivamente, as relações interprofissionais de saúde, permitindo uma maior partilha de objetivos comuns e de conhecimentos, e um maior sentimento de respeito mútuo. A envolvimento de todos os profissionais de saúde na avaliação da organização, também tem como resultado uma influência positiva, nas relações interprofissionais de saúde, uma vez que permite maior partilha de objetivos comuns, de conhecimentos e respeito mútuo.

Conclui-se assim que as estruturas de controlo influenciam positivamente as relações interprofissionais na saúde (**Hipótese 2**).

Quanto à gestão e valorização do capital humano, os resultados mostram que a identificação do profissional de saúde, com a escolha do serviço onde trabalha, por parte da organização de saúde, influencia positivamente as relações interprofissionais na saúde, pois a organização garante a satisfação, existe motivação pelo trabalho e por sua vez os profissionais estão felizes. Considera-se assim, que a gestão e valorização do capital humano influencia positivamente as relações interprofissionais na saúde (**Hipótese 3**).

Quanto às práticas coletivas dos profissionais de saúde, a prestação dos cuidados de saúde com base em NOC's, permite a uniformização do trabalho, e potencia o aumento de confiança e respeito entre os colaboradores, fortalecendo as relações entre os profissionais de saúde, pois baseiam-se em objetivos comuns e conhecimentos partilhados.

Também se verificou através dos resultados que quanto maior o trabalho flexível, maior a existência de respeito mútuo entre os elementos da equipa, podendo existir confiança na interdependência entre os elementos da equipa.

Assim conclui-se que, as práticas coletivas dos profissionais de saúde influenciam positivamente as relações interprofissionais na saúde (**Hipótese 4**).

Foram realizadas comparações entre as características da amostra e as relações interprofissionais na saúde e os resultados mostram que quando se comparam os dois géneros, não se verificam diferenças significativas, ser homem ou mulher, não influencia as relações interprofissionais na saúde. No entanto, verificam-se diferenças significativas quando se comparam as três categorias profissionais. Verifica-se na frequência da comunicação, bem como na resolução de problemas com recurso à comunicação existem diferenças significativas entre assistente operacional e

médico. Relativamente ao respeito mútuo, não existem diferenças significativas entre assistente operacional e enfermeiro, mas existem diferenças entre estas duas categorias e médico.

Conclui-se que talvez, os assistentes operacionais partilhem de um sentimento de exclusão da equipa multidisciplinar, não se considerando integrados no trabalho equipa multidisciplinar e esse motivo ser reflexo do evitamento comunicacional e da ausência de sentimento de respeito mútuo.

Quanto ao impacto das relações interprofissionais na saúde na qualidade dos cuidados de saúde, não é possível fazer uma correlação, mas este impacto pode ser avaliado através da comparação de proporções. No entanto, as proporções deste estudo são baixas, não sendo possível tirar ilações, se as relações interprofissionais na saúde influenciam positivamente ou não a qualidade dos cuidados de saúde (**Hipóteses 5, 6, 7 e 9**), podendo estes resultados, servir de modelo para estudos futuros.

Conclui-se apenas que existe uma fraca cultura de notificação, através da baixa proporção de registo informático de incidentes e eventos adversos, comparativamente com os resultados de estudos nacionais e internacionais. Que apesar do baixo relato, este estudo mostra que existe um registo informático de quedas, de forma mais assídua; tal facto não se verifica com o registo informático de eventos adversos com a medicação, através da comparação com dados de outros estudos nacionais e internacionais.

Os resultados deste estudo mostram que existem diferenças significativas no registo informático de incidentes e eventos adversos, entre as categorias profissionais, sendo este realizado em maior número pelos enfermeiros e menor número pelos médicos e AO's. O mesmo comportamento se verifica no registo informático de eventos adversos com medicação, em que os AO's são a categoria profissional que menos regista.

No registo informático da ocorrência de quedas de doentes em contexto de internamento, são novamente os enfermeiros, a categoria profissional que mais regista, comparativamente com os médicos e os AO's.

Conclui-se assim que existe uma barreira entre profissões, no seio da equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros e AO's), que influencia as relações interprofissionais na saúde e tem reflexo na cultura de notificação de incidentes e eventos adversos.

Curiosamente a perceção da qualidade dos cuidados de saúde, é unânime em todas as categorias profissionais.

Existiram algumas limitações neste estudo, nomeadamente a “arquitetura” do questionário, ou seja este ser constituído por escalas com apenas dois itens, que conferem baixa consistência interna, sendo necessário em caso de estudos futuros, um estudo exploratório das correlações. Uma outra limitação é a inexistência de informação relativamente à taxa de IACS (GCL do PPCIRA), de forma sectorizada por serviços, apenas existindo a taxa de IACS por hospital, não permitindo a utilização deste dado neste estudo.

Interessa assim à gestão das unidades de saúde, em particular do CHLC, EPE, a existência de relações interprofissionais na saúde, com qualidade, é necessário derrubar barreiras entre profissões, de modo a que possa ocorrer uma comunicação eficaz, sejam possíveis solucionar problemas atempadamente e haja o sentimento de respeito, por parte de todos os profissionais, permitindo só assim, o trabalho em equipa multidisciplinar. Também interessa a envolvimento de todas as categorias profissionais (médicos, enfermeiros e AO`s) no registo informático de incidentes e eventos adversos, reforçando junto de todos os profissionais, de todas as classes profissionais a importância do registo informático de incidentes, independentemente do tipo de incidentes, assegurando a cultura de relato, em que a valorização dos incidentes serve de aprendizagem e não de instrumento punitório.

Só assim se cumprem as metas traçadas pelo Plano Nacional de Segurança do Doente 2015-2020, e puderam ser obtidas melhorias na qualidade dos cuidados prestados, neste caso em particular, a diminuição das taxas de incidência de queda de doentes, das taxas de eventos adversos com medicação, das taxas de IACS e da redução dos dias de prolongamento de internamento associados a incidentes não planeados. A redução destas taxas, certamente terá impacto na redução das despesas do Hospital, no incómodo e sofrimento causado aos doentes e na diminuição dos efeitos sociais e económicos da doença.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abranches, M. T. 2013. *Caracterização dos incidentes na administração de medicamentos num serviço de medicina interna*. Lisboa: ENSP.
- Alcover, C. 2014. Pessoas, tarefas, processos e resultados: fundamentos das equipas de trabalho e do trabalho em equipa. Em: S. Gonçalves, ed. *Psicossociologia do trabalho e das organizações: princípios e práticas*. Lisboa: Pactor. (26):261-287.
- Alturas, B. 2013. *Introdução aos sistemas de informação organizacionais*. 1nd ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- Alves, A.; Sousa, P. 2014. *Caracterização clínica e económica das úlceras por pressão em ambiente hospitalar: contributos para a melhoria da segurança do doente e da qualidade dos cuidados*: Dissertação de Mestrado. Lisboa: ENSP.
- Amaral, L. e. a. 2005. *Sistemas de informação organizacionais*. 1nd ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- Amorim, A. P. T. d. A. 2002. *A viabilidade do portuguese quality indicator project em hospitais portugueses*. Lisboa: ENSP.
- Ministério da Saúde. Lei de bases da saúde. *Lei n.º48/90 de Agosto*.
- Antunes, E. L. 2008. *Erros de medicação em ambiente hospitalar*. Lisboa: s.n.
- Archer, E. 1997. O mito da motivação. Em: *Psicodinâmica da vida organizacional: motivação e liderança*. São Paulo: Atlas.
- Bouldin, E. et al. 2013. **Falls among adult patients hospitalized in the united states: prevalence and trends**. *Journal Patient Safety*. (2):13-14.
- Brites, D. & Boto, P. 2013. *Erros de medicação num serviço de internamento hospitalar: estudo de prevalência*: Dissertação de Mestrado. Lisboa: ENSP.
- Brook, O. 2005. *Center for Patient Safety Strategies to improve hand-off communication: implementing a process to resolve the questions*. [Online]
Available at: <http://www.jcipient.safety.org>
[Accessed 2007].
- Cameron, K.; Quinn, R. 2011. *Diagnosing and Changing Organizational Culture*. 3nd ed. São Francisco: Jossey-Bass.
- Carrasqueiro, S., 2007. *O papel das tecnologias da informação/sociedade de informação da saúde*. [Online]
Available at: <http://www.novabase.pt/showNews.asp?idProd=ressisaude>
[Acedido em 2015 Abril 11].
- CDC, 2009. *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: DGS.
- Costa, A. C. 2011. Controlo de Infeção. *Tecno hospital*. (4):13-16.
- Costa-Dias, M. J. M. et al. 2013. Quedas do doentes internados em serviços hospitalares, associação com grupos terapêuticos. *Revista de Enfermagem Referência*, 9 Março: (9):105-114.

- Costa-Dias, M., Martins, T. & Araújo, F., 2014. *Quedas em contexto hospitalar: fatores de risco*. Tese de Doutoramento. Lisboa: UCP.
- Cunha, G., Eiras, M. & Teixeira, N., 2011. *Bioestatística e Qualidade na Saúde*. Lisboa: LIDEL - Edições Técnicas Lda..
- Cunha, M. P., Rego, A. & Cunha, R. C., 2012. *Manual de gestão de pessoas e de capital humano*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Curral, L.; Chambel, M., 2011. Processos de comunicação nas organizações . Em: J. Ferreira, J. Neves & A. Caetano, edits. *Manual de Psicossociologia das Organizações*. Lisboa: Escolar Editora. (22):405-427.
- D.G.S., 2016. *Normas e Circulares Normativas*. [Online]
Available at: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas.aspx>
[Acedido em 12 Abril 2015].
- Daniel, Wagney.1990. *Sperman rank correlation coefficient: applied non parametric statistic*. 2nd ed. Boston: PWS-Kent. (7): 358-365
- da Silva, J. M. C., 1985. Garantia de qualidade dos cuidados médicos hospitalares - uma perspectiva global. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Outubro/Dezembro. (6):7-13.
- Dantas, J., 1993. Relação da produtividade com a satisfação no trabalho e liderança formal: um estudo de caso dos servidores da UEFS. *Revista Sitientibus*, Issue 11. (25):87-112.
- de Oliveira, S., Sousa, P., 2014. *A ocorrência de quedas em ambiente hospitalar: caracterização do impacto clínico e económico*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: ENSP.
- Deilkås, E., Risberg, M. & Haugen, M. L. J. N. U. R. H. M. S. 2017. Exploring similarities and differences in hospital adverse event rates between Norway and Sweden using Global Trigger Tool. *BJM*, Issue 20. (3):7
- Delgado, M., 2009. A melhoria contínua da Qualidade. Em: *Governança dos Hospitais*. Alfragide: Casa das Letras. (10):45-55.
- Delobbe, N., Herrabach, O., Lacaze, D. & Mignonac, K., 2005. *Comportamento Organizacional: Contrato Psicológico, emoções no trabalho, socialização organizacional*. 1nd ed. Lisboa: Instituto Piaget.
- Dicionário, P., 2009. *Léxico Dicionário de Português Online*. [Online]
Available at: <https://www.lexico.pt>
[Acedido em 1 Agosto 2017].
- Eiras, M., 2011. *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em meio Hospitalar*. Tese de Doutoramento. Lisboa: ENSP.
- Fernandes, A. T., 2008. *Percepções de profissionais de saúde relativas à infeção hospitalar e às práticas de controle de infeção*. São Paulo: USP/FM.
- Fragata, J.; Martins, L., 2008. *O Erro em Medicina: perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Coimbra: Edições Almedina.
- Fragata, J., 2009. Gestão do Risco. Em: *Governança dos Hospitais*. Alfragide: Casa das Letras. (30):75-105.

- Fragata, J., 2011. *A segurança dos doentes: uma abordagem prática*. Lisboa: LIDEL - edições técnicas, Lda..
- França, M., 2014. *Gestão Qualidade na Saúde*. Lisboa: ISCTE.
- Gillespie, B., Chaboyer, W., Longbottom, P. & Wallis, M., 2009. The impact of organisational and individual factors on team communication in surgery: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*. (9):732-741.
- Gittell, J., 2009. *High Performance Healthcare: Using the Power of Relationships to Achieve Quality, Efficiency and Resilience*. EUA: MacGrawHill.
- Gittell, J. H., 2000. Organizing work to support relational co-ordination. *The International Journal of Human Resource Management*, 3 Junho.(22):517-539.
- Gittell, J. H., Seidner, R. & Wimbush, J., 2009. A relational model of how high-performance work systems work. *Organization Science*, 21 July.(17):1-17.
- Gonçalves, S., 2014. *Pessoas, tarefas, processos e resultados: fundamentos das equipas de trabalho e do trabalho em equipa*. Lisboa: PACTOR - Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Gonçalves, S., 2014. *Psicossociologia do trabalho e das organizações Princípios e práticas*. 1nd ed. Lisboa: Pactor .
- H+, 2014. *Hôpitaux Suisse - Taux de prévalence des chutes survenues à l'hôpital*. [Online] Available at: http://www.hplus.ch/fr/chiffres_faits/moniteur_des_hopitaux_et_cliniques_de_h/soins_somatiques_aigus/qualite/chutes/ [Acedido em 11 Setembro 2017].
- Hesbeen, W., 2000. *Cuidar no Hospital*. Loures: Lusociência .
- Hill, E. et al., 2008. Defining and conceptualizing workplace flexibility. *Community, Work & Family*, Maio, (14):149-163.
- INE, UMIC, 2005. *Inquérito à Utilização de Tecnologias de Informação e da Comunicação dos Hospitais 2004*. [Online] Available at: <http://www.osic.unic.pt/publicacoes/RelatorioIUTICHospitais2004.pdf> [Acedido em 11 Abril 2015].
- Lacerda, R. & Egry, E. Y., 1997. As infeções Hospitalares e a sua relação com o desenvolvimento da assistência hospitalar: reflexões para análise de suas práticas atuais de controle. *Revista Latino-Am. enfermagem*, (10):13-23.
- Lage, M. J., 2010. *Segurança do doente: da teoria à prática*. [Online] Available at: www.elsevier.pt/rpsp
- Lapão, L., 2005. *A complexidade do serviço obriga à existência de uma arquitetura de sistemas e de profissionais altamente qualificados. O problema da saúde - inexistência de informação impossibilita a gestão*. [Online] Available at: <http://www.sielo.uces.mctes.pt> [Acedido em 25 Maio 2015].
- Lisboa, J., Coelho, A., Coelho, F. & Almeida, F., 2013. *Introdução à gestão de organizações*. 3rd ed. Porto: Vida Económica.

Lopes, A.; Capricho, L., 2007. *Manual de Gestão da Qualidade*. 1nd ed. Lisboa: Editora RH, Lda..

Lopes, A., 2012. *Fundamentos da Gestão de Pessoas: para uma síntese epistemológica da iniciativa, da competição e da cooperação*. Lisboa: Edições sílabo.

Maio, Dias, Dutschke, 2016. *A felicidade no trabalho: O impacto na gestão das organizações*. [Online]

Available at: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15221/1/ISG Tiago Leite Maio.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15221/1/ISG_Tiago_Leite_Maio.pdf) [Acedido em 12 Setembro 2017].

Malhotra, NK.2004. *Marketing Research: An applied orientation*. 4nd ed. New Jersey: Pearson Education,Inc.

Marques, J. & Ferreira, J., 2010. *Causas de prolongamento do internamento: o caso de um serviço de Medicina Interna*. Dissertação de Mestrado. Covinhã: UBI.

Martins, A. P. O. B., 2009. *Sistemas de registo de incidentes e eventos adversos: implicações legais de implementação em Portugal*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: ENSP.

Martins, H., 2009. Sistemas de informação. Em: *Governança dos Hospitais*. 1nd ed. Lisboa: Oficina do livro. (5):229-234.

Martins, V., 2006. *Integração de sistemas de informação: prespetivas, normas e abordagens*. Lisboa: Edições Sílabo.

Maxwell, J., 2008. *Vencer com as pessoas*. Lisboa: Smartbook.

Mintzberg, H., 2003. *Criando Organizações eficazes: estrutura de cinco configurações*. São Paulo: Atlas.

Ministério da Saúde, *Despacho n.º14178/2007 de 7 de Julho*

Ministério da Saúde, *D.R., 2ª série – N.º120 – 24 de Junho de 2009*

Ministério da Saúde, *Portaria n.º132/2009*

Ministério da Saúde, *D.R. , 2ª série – N.º38 – 22 de Fevereiro de 2013*

Ministério da Saúde, *D.R., 2ª série – N.º28 – 10 de Fevereiro de 2015, 3882-(3)*

Ministério da Saúde, *D.R., 2ª série – N.º28 – 10 de Fevereiro de 2015, 3882-(5)*

Ministério da Saúde, *D.R., 2ª Série – N.º 28 – 10 de Fevereiro de 2015, 3882-(7)*

Ministério da Saúde, *D.R., 2ª Série – N.º102 – 27 de Maio de 2015*

Ministério da Saúde, *D.R., 2ª Série – N.º102 – 27 de Maio de 2015, 13551*

Ministério da Saúde, *D.R., 2ª série – N.º104 – 29 de Maio de 2015*

Ministério da Saúde, *Despacho n.º5613/2015 de 24 de Junho*

Monteiro, J., 1992. Infecções Nocomiais. Alguns Aspectos. *Acta Médica Portuguesa* , 27 Abril, (5):135-140.

Morris, S., Devlin, N. & Parkin, D., 2007. *Economic Analysis in Health Care*. s.l.:John Wiley & Sons, Ltd.

- Mousa, A., 2017. *Nurse staffing, patient falls and medication errors in Western Australian hospitals: Is there a relationship?*. [Online]
Available at: <http://ro.ecu.edu.au/theses/1998/>
[Accessed 11 Setembro 2017].
- Neves, J., Garrido, M. & Simões, E., 2008. *Manual de competências pessoais, interpessoais e instrumentais*. 2ªed. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pereira, D., Nascimento, J. & Gomes, R., 2011. *Sistemas de informação na saúde: perspectivas e desafios em Portugal*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pina e Cunha, M. et al., 2012. *Manual de Gestão de Pessoas e do Capital Humano*. 2ª edição ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pina, E., Ferreira, E. & Marques, A. M. B., 2010. Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de saúde Pública*, (12):27-39.
- Ramos, S.; Trindade, L., 2011. Gestão do risco: Segurança do doente em ambiente hospitalar. *Tecno Hospital*, (4):16-20.
- Reason, J., 2000. Human error: models and management. *Education and debate*, 18 Março, (2):768-770.
- Rego, A., 2013. *Comunicação Pessoal e Organizacional*. 3rd ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- Santos, C. M. d., 2010. *A influência dos modelos mentais da equipa na eficácia ao longo do tempo: Uma relação mediada pelo conflito*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: ISCTE/IUL.
- Santos, M., Grilo, A., Andrade, T. & Gomes, A., 2010. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista portuguesa de Saúde Pública*, (10):47-57.
- Sotomayor, A., Rodrigues, J. & Duarte, M., 2014. A gestão e os Gestores. Em: *Principios de Gestão das Organizações*. Venda do Pinheiro: Rei dos Livros, (3):27-29.
- Spector, P. E., 1997. *Job Satisfaction: application assessment, causes and consequences*. Califórnia: Advance Topics in Organizational behavior.
- Warr, P., 2007. *Work, Happiness and Unhappiness*. London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

ANEXOS

ANEXO I – Pedido de consentimento para a investigação e sua autorização

Ana Helena Moreira de Oliveira Martins Garcia
Rua Conde Almoester, nº46 R/C Esquerdo
1500-195 Lisboa

Exma.

Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Lisboa Central
Dr.ª Ana Escoval

8 de Janeiro de 2016

Assunto: Informação adicional ao pedido de autorização para aplicação de inquérito “Os factores essenciais às relações interprofissionais na saúde e o seu impacto na qualidade dos cuidados prestados”.

Eu, Ana Helena Moreira de Oliveira Martins Garcia venho por este meio, solicitar autorização para a aplicação de inquérito “Os factores essenciais às relações interprofissionais na saúde e o seu impacto na qualidade dos cuidados prestados”, aos profissionais de saúde dos Serviços de Internamento de Adultos do Hospital de Santa Marta, Hospital de São José, Hospital dos Capuchos e Hospital Curry Cabral.

Este trabalho faz parte do trabalho de campo da dissertação para obtenção de título académico de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde, pelo ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa, sob orientação da Dr.ª Margarida França.

Com os melhores cumprimentos,

Protocolo de Investigação

Fundamentos do estudo:

A questão problemática levantada para esta investigação é a seguinte: *Qual o impacto que as relações interprofissionais têm na qualidade da prestação de cuidados de saúde?*”

Como profissional de saúde, ao longo dos anos de prática de prestação de cuidados ao doente, e de trabalho em equipa, refleti acerca desta problemática, sentindo necessidade de a estudar com pormenor para melhor entender, se efetivamente existe trabalho em equipa multidisciplinar e quais as causas e efeitos.

Pretendo com esta investigação dar algum contributo para a gestão de serviços ou unidades de saúde, proporcionando a aprendizagem e melhorias do trabalho em equipa, da comunicação, das inter-relações profissionais, enfatizando a melhoria da prestação de cuidados de saúde e a maior conformidade com as normas da qualidade e segurança do doente.

Objectivos do estudo:

- Identificar as atitudes do trabalho em equipas multidisciplinares (médicos, enfermeiros e assistentes operacionais) do serviço hospitalar;
- Descrever os factores organizacionais e individuais, que influenciam ou dificultam o trabalho em equipa multidisciplinar;
- Relacionar os factores essenciais às relações interprofissionais com os resultados na qualidade dos cuidados em saúde.

Desenho do estudo:

Esta investigação terá uma **abordagem metodológica quantitativa**, de **cariz exploratório, descritivo e correlacional**.

Nesta investigação, será abrangida como **população** os profissionais de saúde ou equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros e assistentes operacionais), dos serviços referidos anteriormente, do CHLC. Dessa população será seleccionada por conveniência e estratificada, uma **amostra** significativa de profissionais de saúde (300 inquiridos).

Como instrumento de estudo pretende-se aplicar um questionário em formato digital, que será disponibilizado através do Google Docs, cuja distribuição será efetuada pela Sr.^a Enfermeira Susana Ramos do Gabinete de Gestão de Risco do CHLC. O tratamento e análise de dados serão realizados através do programa de *software* SPSS, sendo garantido o anonimato de todos os hospitais inquiridos. Os dados dos hospitais são confidenciais e serão tratados em conjunto para o trabalho de mestrado e a publicar.

É garantido o total anonimato dos profissionais respondentes.

Segue em anexo o respetivo questionário, ainda por ser sujeito a pré-teste e podendo ser submetido a algumas alterações. O presente questionário resulta de uma adaptação do Modelo de Coordenação Relacional de Jody Gittell, disponíveis nos artigos *Model of relational coordination* (Gittell, 2000) e *Model of relational coordination and patient care quality* (Gittell et al., 2010).

Calendário do estudo:

- 8 de Janeiro 2016: Pedido de autorização de aplicação de inquéritos
- 6 de Junho 2016: Pré-Teste
- 1 Julho a 30 de Agosto 2016: Processo de recolha de dados
- 1 Setembro a 30 Setembro: Análise e tratamento de dados
- 30 de Setembro 2016: Entrega de Dissertação

Ana Helena Moreira de Oliveira Martins Garcia
Rua Bispo Ximenes Belo e Dr. Ramos Horta, Lote 6
2540-067 Bombarral

Exma.

Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Lisboa Central

Dr.^a Ana Escoval

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido Para a Participação Em Investigação

Assunto: Pedido de autorização para a consulta e obtenção de dados hospitalares

Venho por este meio, para fins de complementaridade da investigação anteriormente autorizada pela Comissão de Ética Para a Saúde do CHLC, a 02.03.2016, cujo processo n.º286/2016, solicitar a autorização para a consulta e obtenção dos seguintes dados:

- 1) Número total de registos informáticos de incidentes de segurança do doente;
- 2) Número de casos registados informaticamente de eventos adversos com medicação;
- 3) Número de casos registados informaticamente de quedas de doentes;
- 4) Taxa de IAC'S dos serviços em estudo;
- 5) Número de doentes com necessidade de prolongamento de dias de internamento que sofreram eventos adversos.

Os seguintes dados hospitalares reportam-se ao período de 1 de Agosto de 2016 a 28 de Julho de 2017, e correspondem aos serviços onde se integram os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e assistentes operacionais) onde foram aplicados os questionários “Qual o impacto que as relações interprofissionais têm na qualidade da prestação de cuidados de saúde?”. Este estudo continuará a ser apoiado pela Enfermeira Susana Ramos, do Gabinete de Segurança do Doente do CHLC, tal como foi anteriormente.

Os serviços do CHLC abrangidos pelo estudo são:

- Hospital de Santa Marta:
 - Medicina 4;
 - Pneumologia;
 - Cirurgia Cardiorácica – Internamento

- Cirurgia Cardiorácica – UCI
- Angiologia e Cirurgia Vascular
- Cardiologia Internamento
- Cardiologia UCI
- UCIP 4
- Hospital Santo António dos Capuchos
 - Medicinas 2.2.1; 2.2.2; 2.3.1; 2.3.2 e 2.4.
 - Gastroenterologia Internamento
 - Hematologia Internamento
 - Neurologia
- Hospital Curry Cabral
 - Medicina 7.2.
 - Cirurgia A,B. C e D
 - Unidade de Transplantes
 - UCIP 7
 - Doenças Infeciosas Internamento
 - Medicina Física e de Reabilitação Internamento
 - Nefrologia
 - Ortopedia A e B
- Hospital São José
 - Medicina 1.2. e 1.4.
 - Cirurgia 1
 - Neurocirurgia Internamento
 - Unidade Cerebrovascular
 - Unidade Vertebro-Medular
 - UUM
 - Urologia
 - UCI – Neurocriticos
 - Cirurgia Maxilo-Facial/ORL
 - Unidade de Queimados
 - Cirurgia Plástica e reconstrutiva
 - Oftalmologia internamento.

Apenas com estes dados, será possível realizar o estudo correlacional “Os factores essenciais às relações interprofissionais na saúde e o seu impacto na qualidade dos cuidados hospitalares”.

Com os mais cordiais cumprimentos,

Pede deferimento

A Mestranda Ana Helena Moreira de Oliveira Martins Garcia



CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA
CENTRAL (P)
CES - CHLC

António Santos Castro, Dr.
Presidente
Comissão de Ética para a Saúde

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Parecer

Data: 02.03.2016
Processo n.º 286/2016

Título: "Qual o impacto que as relações interprofissionais têm na qualidade da prestação de cuidados de saúde?"

Relator: Dr. António Santos Castro

Investigador principal: Dra. Ana Helena Moreira Oliveira Martins Garcia

Âmbito: Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde do ISCTE

Local: Serviços de Internamento de adultos dos Hospitais de Santa Marta, São José, Santo Antonio dos Capuchos e Curry Cabral.

Como profissional de saúde, ao longo dos anos de prática de prestação de cuidados ao doente, e de trabalho em equipa, a investigadora reflectiu acerca desta problemática, sentindo necessidade de a estudar com pormenor para melhor entender, se efectivamente existe trabalho em equipa multidisciplinar e quais as causas e efeitos.

Pretende com esta investigação dar algum contributo para a gestão de serviços ou unidades de saúde, proporcionando a aprendizagem e melhorias do trabalho em equipa, da comunicação, das inter-relações profissionais, enfatizando a melhoria da prestação de cuidados de saúde e a maior conformidade com as normas da qualidade e segurança do doente.

Objectivos: Identificar as atitudes do trabalho em equipas multidisciplinares (médicos, enfermeiros e assistentes operacionais) do serviço hospitalar; Descrever os factores organizacionais e individuais, que influenciam ou dificultam o trabalho em equipa disciplinar; Relacionar os factores essenciais às relações interprofissionais com os resultados na qualidade dos cuidados de saúde.

Tipo de estudo: Exploratório, descritivo e correlacional.

População/Amostra: Nesta investigação, será abrangida como população os profissionais de saúde ou equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros e assistentes operacionais), dos serviços referidos, do CHLC. Dessa população será seleccionada por conveniência e estratificada, uma amostra significativa de profissionais de saúde (300 inquiridos).

Recolha de Dados: Questionário adaptado do Modelo de Coordenação Relacional de Jody Gittel, disponíveis nos artigos *Model of relational co-ordination* (Gittel, 2000) e *Model of relational and patient care quality* (Gittel et al., 2010).

Aplicação via digital distribuído pela Enf. Susana Ramos.

Recolha de dados prevista entre 1 a 18 de Março de 2016.



Consentimento esclarecido: Informação no início do questionário, entendendo-se que a devolução do questionário corresponde à anuência à sua participação

Conclusão: O estudo em apreço tem interesse social, podendo a vir acrescentar conhecimento para a prática clínica.

Analizados os documentos enviados entende-se que estão respeitados os princípios éticos aplicáveis a este tipo de estudo e população.

O estudo não levanta questões do ponto de vista ético; respeita as normas de boa prática clínica e encontra-se de acordo com a Declaração de Helsínquia e posteriores actualizações, pelo que entende esta Comissão emitir parecer favorável à sua aprovação/realização.

O Presidente da Comissão de Ética

(António Santos Castro, Dr.)

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE
Nº 195
Entrada 18032016
Saída

Mulheres

2016.03.23

 Armandina Antunes
Enfermeira Diretora

Deu parecer sobre a
investigadora e
à Dep. Enf. Susana
Ramos

2016.03.23



Armandina Antunes
Enfermeira Diretora

ANEXO II – QUESTIONÁRIO

Parte I

Preencha ou assinale com um (X) a sua resposta.

1.	Idade	18-30	31-40	41-50	51-60	>60
2.	Género	Masculino	Feminino			
3.	Categoria Profissional	Médico	Enfermeiro	Assistente Operacional		
4.	Tempo no cargo	<1 ano	1 a 5 anos	6 a 10 anos	>10 anos	
5.	Tempo no hospital	<1 ano	1 a 5 anos	6 a 10 anos	>10 anos	
6.	Tempo na equipa	<1 ano	1 a 5 anos	6 a 10 anos	> 10 anos	

Parte II

Preencha ou assinale com um (X) a sua resposta.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não responde/ Não sabe
	1	2	3	4	5	6
1. Relações Interprofissionais na Saúde						
1.1. Comunico frequentemente com os outros profissionais de saúde						
1.2. Comunico pontualmente e com clareza com os outros profissionais de saúde						
1.3. Comunico frequentemente com outros profissionais de saúde para resolver problemas						
1.4. Partilho os mesmos objetivos de trabalho que os outros profissionais de saúde						
1.5. Partilho os mesmos conhecimentos de trabalho que os outros profissionais de saúde						
1.6. Existe respeito dos outros profissionais de saúde pelo meu trabalho e por mim						
2. Estruturas de interligação						
2.1. Existem reuniões onde todos os profissionais de saúde da equipa multidisciplinar estão presentes (médicos, enfermeiros, etc.)						
2.2. Existe (m) sistema (s) de informação que permitem a comunicação eficaz entre os profissionais de saúde (processos clínicos, programas informáticos, etc.)						
	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não sabe/Não responde
	1	2	3	4	5	6
3. Estruturas de controlo						
3.1. Todos os profissionais de saúde participam na avaliação de desempenho pessoal e da equipa multidisciplinar						
3.2. Todos os profissionais de saúde participam na avaliação da organização de saúde						
3.3. Existe um instrumento de avaliação de desempenho dos profissionais de saúde						

3.4.	Existe um instrumento de avaliação de desempenho do hospital						
4. Gestão e Valorização do Capital Humano							
4.1.	Foi-me possibilitada a escolha do serviço do hospital para trabalhar, com o qual me identifiquei.						
4.2.	A satisfação profissional é-me garantida pela organização na qual trabalho.						
5. Práticas coletivas dos Profissionais de Saúde							
5.1.	Os cuidados de saúde prestados regem-se por normas de orientação clínica da DGS.						
5.2.	Cada profissional de saúde presta cuidados de forma flexível, ou seja, baseando-se apenas nos seus conhecimentos individuais						
6. Qualidade dos cuidados de saúde							
6.1.	Registo, sempre, informaticamente, incidentes e eventos adversos						
6.2.	Registo, sempre, informaticamente, todos os eventos adversos com medicação						
6.3.	Registo, sempre, informaticamente, todas as quedas de doentes						
6.4.	Temos, no serviço, elevada incidência de infeções nosocomiais (hospitalares)						
6.5.	Frequentemente existe necessidade de prolongamento do internamento devido a incidentes não planeados						
6.6.	Globalmente, os cuidados de saúde prestados pelo meu serviço são de elevada qualidade						

ANEXO III – TABELAS

Tabela 4. Distribuição da amostra de acordo com as Categorias Profissionais

Categoria Profissional				
	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Médico	62	24,5	24,5	24,5
Enfermeiro	106	41,9	41,9	66,4
Assistente operacional	85	33,6	33,6	100,0
Total	253	100,0	100,0	

Tabela 5. Distribuição da amostra de acordo com das Idades

Idade				
	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
18-30	59	23,3	23,3	23,3
31-40	82	32,4	32,4	55,7
41-50	48	19,0	19,0	74,7
51-60	55	21,7	21,7	96,4
>60	9	3,6	3,6	100,0
Total	253	100,0	100,0	

Tabela 6. Distribuição da amostra quanto ao gênero

Gênero				
	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Acumulada
Masculino	47	18,6	18,6	18,6
Feminino	206	81,4	81,4	100,0
Total	253	100,0	100,0	

Tabela 7. Distribuição da amostra de acordo com o tempo no cargo.

Tempo no cargo				
	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Acumulada
<1 ano	28	11,1	11,1	11,1
1-5 anos	28	11,1	11,1	22,1
6-10 anos	66	26,1	26,1	48,2
>10 anos	131	51,8	51,8	100,0
Total	253	100,0	100,0	

Tabela 8. Distribuição da amostra de acordo com o tempo no hospital

Tempo no Hospital				
	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Acumulada
<1 ano	37	14,6	14,6	14,6
1-5 anos	27	10,7	10,7	25,3
6-10 anos	61	24,1	24,1	49,4
>10 anos	128	50,6	50,6	100,0
Total	253	100,0	100,0	

Tabela 9. Distribuição da amostra por tempo na equipa multidisciplinar

Tempo na equipa				
	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Acumulada
<1 ano	50	19,8	19,8	19,8
1-5 anos	48	19,0	19,0	38,7
6-10 anos	66	26,1	26,1	64,8
>10 anos	89	35,2	35,2	100,0
Total	253	100,0	100,0	

Tabela 10. Correlações entre elementos do trabalho na organização de saúde e as relações interprofissionais de saúde

	EST_INTE LIG_c	EST_C ONTR_c	GEST_ CAPHU M_c	PRAT_ COL_c	QUAL_ CUID_c 3	Avaliação global da qualidade
REL_INTERPROF_c	,372**	,279**	,411**	,140*		,275**
EST_INTERLIG_c	-	,395**	,362**	,322**	,295**	,335**
EST_CONTR_c		-	,256**	,218**	,200**	,255**
GEST_CAPHUM_c			-	,353**	,168*	,350**
PRAT_COL_c				-	,138*	,220**
QUAL_CUID_c3					-	,275**

Legenda: *-Nível de significância $p < 0,05$ **- Nível de confiança de significância $p < 0,01$

Tabela 11. Regressão linear entre elementos do trabalho na organização de saúde e as relações interprofissionais de saúde

Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	3,239	,238		13,588	,000
	EST_INTERLIG_c	,115	,044	,208	2,629	,009
	EST_CONTR_c	,069	,046	,108	1,484	,140
	GEST_CAPHUM_c	,186	,041	,335	4,535	,000
	PRAT_COL_c	-,034	,061	-,040	-,554	,581
	QUAL_CUID_c3	-,050	,040	-,088	-1,251	,213

a. Dependent Variable: REL_INTERPROF_c

Tabela 12. Relação entre idade, género, categoria profissional, tempos no cargo, hospital e na equipa e as relações interprofissionais de saúde

	Idade	Género	Categoria Profissional	Tempo no cargo	Tempo no Hospital	Tempo na equipa
Frequência da comunicação			-,221**			
Pontualidade e precisão da comunicação						-,149*
Resolução de problemas com recurso à comunicação			-,226**			
Partilha de objetivos comuns	,158*				,133*	
Conhecimentos partilhados	,170**				,138*	
Respeito mútuo		-,126*	-,198**			

Legenda: *-Nível de significância $p < 0,05$ **- Nível de confiança de significância $p < 0,01$

Tabela 13. Relação entre as estruturas de ligação e as relações interprofissionais de saúde

	Frequência da comunicação	Pontualidade e precisão da comunicação	Resolução de problemas com recurso à comunicação	Partilha de objetivos comuns	Conhecimentos partilhados	Respeito mútuo
Reuniões multidisciplinares	,130*			,257**	,240**	,328**
Sistemas de informação na saúde	,222**		,127*	,266**	,190**	,410**

Legenda: *-Nível de significância $p < 0,05$ **- Nível de confiança de significância $p < 0,01$

Tabela 14. Relação entre as estruturas de controlo e as relações interprofissionais na saúde

	Frequência da comunicação	Pontualidade e precisão da comunicação	Resolução de problemas com recurso à comunicação	Partilha de objetivos comuns	Conhecimentos partilhados	Respeito mútuo
Avaliação de desempenho pessoal e da equipa				,344**	,292**	,274**
Avaliação de desempenho da organização de saúde				,245**	,220**	,208**
Instrumento de avaliação de desempenho de profissionais de saúde	,155*	,163*	,205**	,314**	,192**	,173*
Instrumento de avaliação de desempenho do hospital		,174*	,156*	,156*	,173*	

Legenda: *-Nível de significância $p < 0,05$ **- Nível de confiança de significância $p < 0,01$

Tabela 15. Relação entre a gestão e valorização do capital humano e as relações interprofissionais na saúde

	Frequência da comunicação	Pontualidade e precisão da comunicação	Resolução de problemas com recurso à comunicação	Partilha de objetivos comuns	Conhecimentos partilhados	Respeito mútuo
Identificação com a escolha de serviço	,244**	,179**	,187**	,240**	,199**	,256**
Garantia da satisfação profissional	,180**	,165*	,139*	,218**	,240**	,444**

Legenda: *-Nível de significância $p < 0,05$ **- Nível de confiança de significância $p < 0,01$

Tabela 16. Relação entre as práticas coletivas dos profissionais de saúde e as relações interprofissionais na saúde

	Frequência da comunicação	Pontualidade e precisão da comunicação	Resolução de problemas com recurso à comunicação	Partilha de objetivos comuns	Conhecimentos partilhados	Respeito mútuo
Trabalho de acordo com as NOC's	,154*		,162*	,206**		,215**
Trabalho flexível						,136*

Legenda: *-Nível de significância $p < 0,05$ **- Nível de confiança de significância $p < 0,01$

Tabela 17. Comparações entre as características da amostra e as relações interprofissionais na saúde

Test Statistics^{a,b}

	Frequência da comunicação	Pontualidade e precisão da comunicação	Resolução de problemas com recurso à comunicação	Partilha de objetivos comuns	Conhecimentos partilhados	Respeito mútuo
Chi-Square	12,535	1,488	12,153	2,853	3,757	12,605
Df	2	2	2	2	2	2
Asymp. Sig.	,002	,475	,002	,240	,153	,002

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Categoria Profissional

Tabela 18. Diferenças da frequência da comunicação, resolução de problemas com recurso à comunicação e respeito mútuo entre as categorias profissionais

Tukey HSD^{a,b}

Categoria Profissional	N	Frequência da comunicação		Resolução de problemas com recurso à comunicação		Respeito mútuo	
		1	2	1	2	1	2
Assistente operacional	75	4,49		4,35		3,72	
Enfermeiro	104	4,69	4,69	4,57	4,57	3,74	
Médico	59		4,81		4,76		4,25
Sig.		,144	,483	,136	,209	,992	1,000