

Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa



COMO MELHORAR A PERFORMANCE DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE, QUAL O MODELO A SEGUIR?

Estudo descritivo e correlacional entre os paradigmas da Qualidade, Cultura da Fiabilidade e
Patient Safety, suas implicações na Performance dos Serviços de Urgência Pediátrica

André Caetano de Oliveira

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

Orientador:

Professor Doutor Luís Dias Martins, Coordenador do Mestrado, ISCTE Business School,
Departamento de Gestão

Agosto 2009

Resumo

As organizações de saúde são ambientes complexos onde múltiplas decisões são tomadas com implicações no percurso do utente. Devido a esta complexidade, tem-se demonstrado que para além de salvar/cuidar de vidas, estas organizações erram e demonstram falhas nos seus processos, com implicações em vidas humanas, morbilidade, gastos evitáveis entre outras. São organizações complexas que exigem especificidades na gestão e nos programas de melhoria contínua.

Com o objectivo de reduzir estas falhas, múltiplos paradigmas se têm desenvolvido na procura da melhoria da performance. Neste estudo destacam-se os paradigmas da *Patient Safety Culture*, Cultura da Fiabilidade e Qualidade, como modelos de melhoria dos serviços de saúde. Cada paradigma foca-se numa perspectiva distinta e com dimensões diferentes.

Os Serviços de Urgência são caracterizados como exemplos de organizações altamente fiáveis, razão pela qual se optou por centrar nelas o estudo.

Pretendeu-se por um lado, perceber como os profissionais percebem os diferentes paradigmas, ou seja, se os serviços de urgência são avaliados, pelos seus profissionais, como fiáveis com qualidade e dotados de uma cultura de segurança. Por outro lado, pretendeu-se perceber quais as dimensões dos paradigmas que têm mais impacto na performance dos serviços de saúde.

Verificou-se que a percepção dos profissionais das dimensões dos paradigmas, não varia de acordo com nenhum padrão pelas diferentes instituições analisadas, categorias profissionais ou tempo de funções no SUP.

Concluiu-se que um modelo global explicativo da performance é um propósito difícil de alcançar, mas aponta-se caminhos de análise dos serviços de saúde que permitam revelar quais as orientações estratégicas a desenvolver.

Palavras-chave

Performance; Qualidade; *Patient-Safety*; Fiabilidade; Serviço de Urgência Pediátrica; Modelo de regressão.

Classificações do Journal of Economic Literature

I12 — Health Production

I18 — Government Policy; Regulation; Public Health

Abstract

Health-care organizations are complex environments where multiple decisions are made with implications for the patient. Because of this complexity, it has been demonstrated that in addition to “save/take care“ of lives, these organizations have failures and show lack of success in their processes, with implications in mortality, morbidity, and other avoidable costs. These complex organizations require specific management strategy and continuous improvement programs.

In order to reduce these failures, multiple paradigms have been developed in the quest for a better performance. This study emphasizes the paradigms of Patient Safety Culture, High-Reliability Organizations and Quality, as models for improving health services. Each paradigm has different perspective and focuses on different dimensions.

The Emergency Departments are characterized as examples of High-Reliability Organizations, which is why, they are the subject of the study.

The purpose of the study was, to see how professionals perceive the different paradigms, that is, if Emergency Departments are evaluated by their professionals as reliable, with quality and capable of a patient safety culture. Furthermore, we sought to understand which dimensions of the paradigms have more impact on the performance of health services.

As a result, it was found that the dimensions perception's of the paradigms does not varies according to any pattern through the institutions, professions or time of service in Emergency Department.

A comprehensive model explaining performance in health services proved to be difficult to achieve, but the study points ways of analysis for understanding the strategic guidelines to be developed in health care.

Key-words

Performance; Quality; Patient-Safety, High-Reliability Organizations; Paediatric Emergency Department; Regression model.

Journal of Economic Literature Classifications

I12 — Health Production

I18 — Government Policy; Regulation; Public Health

Agradecimentos

Aos meus pais e ao meu irmão, pelo apoio constante e por me terem feito acreditar que tudo é possível com trabalho e perseverança. Pelos valores que me transmitiram e pelo exemplo que são. À Patrícia a amizade e colaboração neste desafio. À Rita e à Maria um obrigado especial pela amizade e energia que transmitem.

A todos os meus colegas e amigos que me ajudaram nesta fase e com os quais eu conto para desafios futuros. Um obrigado Raquel, Marta, São, Rosa, Miguel e Paulo, pelo incentivo na realização deste projecto e pela amizade.

Ao Professor Luís Martins, pela orientação, apoio e incentivo que sempre me transmitiu, por vezes, acreditando mais do que eu próprio na conclusão dos trabalhos. Obrigado pela crítica e por me fazer acreditar em projectos grandiosos e nas minhas capacidades.

Índice

Resumo	II
Palavras-chave.....	II
Abstract	III
Key-words	III
Agradecimentos	IV
Índice	V
Índice de Quadros.....	VII
Índice de Figuras	IX
Lista de Abreviações	XIII
1 Introdução	1
Parte I — Enquadramento à Problemática	3
2 Compreender o mundo numa era de complexidade	3
2.1 A Teoria do Caos	3
2.2 Os Sistemas de Saúde	6
2.3 Síntese.....	18
3 O Erro como disfuncionamento; ou uma oportunidade de melhorar ..	19
3.1 A natureza do erro	20
3.2 O Erro em Saúde.....	24
3.3 Síntese.....	27
4 Como assegurar a performance nos cuidados de saúde	28
4.1 O Paradigma da Qualidade	32
4.2 Gestão do Risco Clínico e Patient Safety Culture	38
4.3 Fiabilidade: contributos das High Reliability Organizations	42
4.4 Síntese.....	47
5 Performance	48
5.1 Performance nas organizações de saúde.....	50
5.2 Síntese.....	53
Parte II — Os Serviços de Urgência Pediátrica como referência.....	54
1 Metodologia.....	55

1.1	Instrumento de recolha de dados	57
1.2	Sujeitos	62
1.3	Procedimentos	63
2	Caracterização da amostra.....	64
3	Estudo I — A realidade dos Serviços de Urgência Pediátrica	70
3.1	Patient Safety Culture	70
3.2	Fiabilidade	81
3.3	Qualidade.....	88
4	Estudo II — Como melhorar a Performance dos Serviços Urgência Pediátrica, em busca de um modelo	98
4.1	Introdução	98
4.2	Método.....	98
4.3	Resultados.....	99
4.4	Discussão dos Resultados	103
	Conclusões	105
5	Conclusões Gerais.....	105
5.1	Conclusões do Estudo I	105
5.2	Conclusões do Estudo II	107
5.3	Implicações para a prática	108
5.4	Limitações do Presente Estudo.....	109
5.5	Pistas de Investigação Futura	110
6	Bibliografia.....	112
7	Anexos.....	117
7.1	Anexo 1 — Exemplo do instrumento de recolha de dados	117
7.2	Anexo 2 — Estatísticas descritivas das questões de avaliação da Cultura de PS ...	124
7.3	Anexo 3 — Representação gráfica dos intervalos de confiança para as médias das dimensões da Cultura de PS	126
7.4	Anexo 4 — Estatísticas descritivas das questões de avaliação dos Processos de Fiabilidade.....	139
7.5	Anexo 5 — Representação gráfica dos intervalos de confiança para as médias dos Processos de Fiabilidade	140

7.6	Anexo 6 — Representação gráfica dos intervalos de confiança para as médias das Dimensões da Qualidade.....	144
7.7	Anexo 7 — Estatísticas descritivas das questões de avaliação da Performance	151
7.8	Anexo 8 — Correlação entre as 26 dimensões e a Performance.....	152
7.9	Anexo 9 — Resultados da Regressão das dimensões e a Performance.....	154

Índice de Quadros

Quadro 1 - A combinação público privado do sistema de saúde (dados de 1992)	10
Quadro 2 — Questionários por SUP	64
Quadro 3 — Categoria Profissional por SUP.....	65
Quadro 4 — Resultados estatísticos da Idade por SUP	66
Quadro 5— Resultados estatísticos do tempo de funções no SUP por Serviço.....	67
Quadro 6— Resultados estatísticos do tempo de funções no SUP por Categoria Profissional	68
Quadro 7 — Funções noutra serviço por Categoria Profissional.....	69
Quadro 8 — Estatísticas descritivas das Dimensões da Cultura de PS.....	70
Quadro 9 — Número de eventos reportados nos últimos 12 meses.....	72
Quadro 10 — Resultados estatísticos do teste à distribuição das dimensões da Cultura de PS pelos SUP	73
Quadro 11 — Determinação das diferenças entre SUP para as distribuições das dimensões da PSC.....	74
Quadro 12 — Resultados estatísticos do teste à distribuição das dimensões de PSC pelas categorias profissionais	75
Quadro 13 — Determinação das diferenças entre categorias profissionais para as distribuições das dimensões de PSC.....	76
Quadro 14 — Resultados estatísticos do teste à distribuição das dimensões da PSC pelos escalões de tempo de funções no SUP	77
Quadro 15 — Determinação das diferenças entre os escalões de tempo de funções no SUP para as distribuições das dimensões de PSC	78
Quadro 16 — Processos de Fiabilidade	81
Quadro 17 — Resultados estatísticos do teste à distribuição dos Processos de Fiabilidade por SUP.....	82

Quadro 18 — Determinação das diferenças entre os SUP para as distribuições do Processo “Sensibilidade às Operações”.....	83
Quadro 19 — Resultados estatísticos do teste à distribuição dos Processos de Fiabilidade por categoria profissional	84
Quadro 20 — Determinação das diferenças entre categorias profissionais para as distribuições dos Processos de Fiabilidade.....	85
Quadro 21 — Resultados estatísticos do teste à distribuição dos Processos de Fiabilidade por escalão de tempo de funções no SUP.....	86
Quadro 22 — Determinação das diferenças entre os escalões de tempo de funções no SUP para as distribuições dos Processos de Fiabilidade	86
Quadro 23 — Dimensões da Qualidade dos cuidados prestados no SUP e sua classificação Global.....	89
Quadro 24 — Resultados estatísticos do teste à distribuição das dimensões da Qualidade por SUP.....	90
Quadro 25 — Determinação das diferenças entre os SUP para as distribuições da dimensão da Qualidade “Segurança”	91
Quadro 26 — Resultados estatísticos do teste à distribuição das dimensões da Qualidade por categoria profissional	92
Quadro 27 — Determinação das diferenças entre as categorias profissionais para as distribuições das dimensões da Qualidade.....	93
Quadro 29 — Determinação das diferenças entre os escalões de tempo de funções no SUP para as distribuições das dimensões da Qualidade e classificação global da qualidade.	95
Quadro 30 — Sumário do modelo de regressão linear (Stepwise) às 25 dimensões.....	101
Quadro 31 — Análise de variância (ANOVA) aos modelos criados pela regressão linear (Stepwise).....	102
Quadro 32 — Coeficientes das dimensões que constituem os modelos de regressão linear (Stepwise).....	103
Quadro 33 — Correlação entre as variáveis das dimensões e a Performance	152
Quadro 34 — Sumário do resultado do modelo de regressão linear (25 Dimensões)	154
Quadro 35 — Análise de variância (ANOVA) à regressão linear (25 Dimensões).....	154
Quadro 36 — Coeficientes das dimensões na análise de regressão linear (25 Dimensões) ..	155
Quadro 37 — Sumário do resultado do modelo de regressão linear (Dimensões da PSC) ...	156
Quadro 38 — Análise de variância (ANOVA) à regressão linear (dimensões da PSC).....	156

Quadro 39 — Coeficientes das dimensões na análise de regressão linear (Dimensões da PSC)	156
Quadro 40 — Sumário do resultado do modelo de regressão linear (Processos de Fiabilidade)	157
Quadro 41 — Análise de variância (ANOVA) à regressão linear (Processos de Fiabilidade)	157
Quadro 42 — Coeficientes das dimensões na análise de regressão linear (Processos de Fiabilidade)	158
Quadro 43 — Sumário do resultado do modelo de regressão linear (Dimensões da Qualidade)	158
Quadro 44 — Análise de variância (ANOVA) à regressão linear (Dimensões da Qualidade)	158
Quadro 45 — Coeficientes das dimensões na análise de regressão linear (Dimensões da Qualidade)	159

Índice de Figuras

Figura 1 — Algoritmo para distinguir os tipos de comportamento intencional	21
Figura 2 – Modelo do Queijo Suíço	23
Figura 3 — Equação da Performance	52
Figura 4 — Modelo da Relação dos Paradigmas (Qualidade, PS e Fiabilidade) com a Performance	57
Figura 5 — Categoria Profissional por SUP	65
Figura 6 – Idade da amostra por SUP	66
Figura 7 — Tempo de funções no Serviço de Urgência Pediátrica	67
Figura 8 — Tempo de funções no SUP por Serviço	68
Figura 9 — Tempo de funções no SUP por Categoria Profissional	69
Figura 10 — Perfil dos valores médios das dimensões da Cultura de PS	71
Figura 11 — Perfil dos valores médios dos Processos de Fiabilidade	82
Figura 12 — Processo de Fiabilidade “Sensibilidade às Operações” por SUP	83
Figura 13 — Perfil dos valores médios das dimensões da Qualidade	89

Figura 14— Dimensão da Qualidade “Segurança” por SUP	91
Quadro 28 — Resultados estatísticos do teste à distribuição das dimensões da Qualidade por escalões de tempo de funções no SUP	94
Figura 15 — Histograma com curva de normalidade para a Performance dos SUP	99
Figura 16 — Equação explicativa da Performance dos SUP	102
Figura 17 — Dimensão da Cultura de PS “Expectativas e acções dos supervisores/gestores que promovem a segurança” por SUP.....	126
Figura 18 — Dimensão da Cultura de PS “Aprendizagem da organização — Melhoramento contínuo” por SUP	127
Figura 19 — Dimensão da Cultura de PS “Feedback e comunicação sobre erros” por SUP	127
Figura 20 — Dimensão da Cultura de PS “Staffing” por SUP	128
Figura 21 — Dimensão da Cultura de PS “Suporte da Gestão do Hospital para a Segurança do Doente” por SUP.....	128
Figura 22 — Dimensão da Cultura de PS “Transferências hospital” por SUP	129
Figura 23 — Dimensão da Cultura de PS “Frequência de relato de erros” por SUP.....	129
Figura 24 — Dimensão da Cultura de PS “Expectativas e acções dos supervisores/gestores que promovem a segurança” por categoria profissional	130
Figura 25 — Dimensão da Cultura de PS “Aprendizagem da organização — Melhoramento contínuo” por categoria profissional	131
Figura 26 — Dimensão da Cultura de PS “Facilidade de comunicação” por categoria profissional.....	131
Figura 27 — Dimensão da Cultura de PS “Resposta não-punitiva ao erro” por categoria profissional.....	132
Figura 28 — Dimensão da Cultura de PS “Suporte da Gestão do Hospital para a Segurança do Doente” por categoria profissional.....	132
Figura 29 — Dimensão da Cultura de PS “Percepção geral da segurança” por categoria profissional.....	133
Figura 30 — Dimensão da Cultura de PS “Expectativas e acções dos supervisores/gestores que promovem a segurança” por escalão de tempo de funções no SUP.....	134
Figura 31 — Dimensão da Cultura de PS “Aprendizagem da organização — Melhoramento contínuo” por escalão de tempo de funções no SUP.....	135
Figura 32 — Dimensão da Cultura de PS “Trabalho de equipa entre unidades” por escalão de tempo de funções no SUP	135

Figura 33 — Dimensão da Cultura de PS “Facilidade de comunicação” por escalão de tempo de funções no SUP	136
Figura 34 — Dimensão da Cultura de PS “Feedback e comunicação sobre erros” por escalão de tempo de funções no SUP.....	136
Figura 35 — Dimensão da Cultura de PS “Staffing” por escalão de tempo de funções no SUP	137
Figura 36 — Dimensão da Cultura de PS “Suporte da Gestão do Hospital para a Segurança do Doente” por escalão de tempo de funções no SUP	137
Figura 37 — Dimensão da Cultura de PS “Frequência de relato de erros” por escalão de tempo de funções no SUP	138
Figura 38 — Dimensão da Cultura de PS “Escala de Segurança do Doente” por escalão de tempo de funções no SUP	138
Figura 39 — Processo de Fiabilidade “Relutância em simplificar interpretações” por categoria profissional	140
Figura 40 — Processo de Fiabilidade “Sensibilidade às operações” por categoria profissional	141
Figura 41 — Processo de Fiabilidade “Resiliência” por categoria profissional	141
Figura 42 — Processo de Fiabilidade “Deferência com a “Expertise”” por categoria profissional.....	142
Figura 43 — Processo de Fiabilidade “Preocupação com a falha” por escalões de tempo de funções no SUP	142
Figura 44 — Processo de Fiabilidade “Relutância em simplificar interpretações” por escalões de tempo de funções no SUP.....	143
Figura 45— Processo de Fiabilidade “Sensibilidade às operações” por escalões de tempo de funções no SUP	143
Figura 46 — Dimensão da Qualidade “Appropriateness” por categoria profissional	144
Figura 47 — Dimensão da Qualidade “Continuidade” por categoria profissional	145
Figura 48 — Dimensão da Qualidade “Capacidade de atingir os resultados esperados” por categoria profissional	145
Figura 49 — Dimensão da Qualidade “Oportunidade” por categoria profissional.....	146
Figura 50— Dimensão da Qualidade “Disponibilidade” por categoria profissional	146
Figura 51 — Dimensão da Qualidade “Eficácia” por escalões de tempo de funções no SUP	147

Figura 52 — Dimensão da Qualidade “Eficiência” por escalões de tempo de funções no SUP	147
Figura 53 — Dimensão da Qualidade “Continuidade” por escalões de tempo de funções no SUP.....	148
Figura 54 — Dimensão da Qualidade “Capacidade de atingir os resultados esperados” por escalões de tempo de funções no SUP	148
Figura 55 — Dimensão da Qualidade “Oportunidade” por escalões de tempo de funções no SUP.....	149
Figura 56 — Dimensão da Qualidade “Disponibilidade” por escalões de tempo de funções no SUP.....	149
Figura 57 — Classificação global da qualidade dos cuidados prestados no Serviço de Urgência por escalões de tempo de funções no SUP	150

Lista de Abreviações

ANOVA	<i>Analysis of variance</i>
EUA	Estados Unidos da América
FMEA	<i>Failure Modes and Effects Analysis</i>
GQT	Gestão para a Qualidade Total
GRC	Gestão do Risco Clínico
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</i>
NHS	<i>National Health System</i>
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PS	<i>Patient Safety</i>
PSC	<i>Patient Safety Culture</i>
RCA	<i>Root Cause Analysis</i>
RU	Reino Unido
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SS	Sistemas de Saúde
SU	Serviço de Urgência
SUP	Serviço de Urgência Pediátrica
TAN	Teoria dos Acidentes Normais
TQM	<i>Total Quality Management</i>
VIF	<i>Variance Inflation Factor</i>

1 Introdução

Por todo o mundo, a par dos efeitos da globalização, assiste-se cada vez mais a um crescimento na complexidade dos sistemas, sejam eles organizacionais, económicos ou mesmo relacionais. As organizações de saúde, acompanhando o mundo, têm crescido em complexidade, à qual exigem constante renovação e actualização. Este aumento da complexidade, numa organização com as características das instituições de saúde, pode levar a disfuncionamentos, como erros e dificuldades em manter altos níveis de performance.

Nas últimas décadas tem-se assistido a movimentos de melhoria nas organizações de saúde, no entanto, não existe uma só ideologia e observa-se a adopção de diferentes metodologias. Algumas organizações de saúde investem em acções com base nos paradigmas da Qualidade, outras introduzem conceitos associados à *Patient Safety* e mais recentemente tem surgido a Cultura da Fiabilidade em organizações complexas. Esta última, mais recente e pouco difundida nas organizações de saúde.

Por vezes, estes paradigmas partilham conceitos, mas têm sempre uma abordagem diferente face aos métodos e filosofias de melhoria da performance das organizações.

Da percepção que a crescente complexidade (gera disfuncionamentos) choca com a procura de aumento da performance (que utiliza diversos modelos), surge a questão central: *Como melhorar a performance das organizações de saúde, qual o modelo a seguir?*

Desta forma, interessa perceber de entre os três paradigmas (Qualidade, Cultura de Fiabilidade e *Patient Safety*) quais os *princípios* que mais têm implicações na performance dos serviços de saúde.

Neste estudo, entende-se o erro em saúde, no seu sentido mais lato, como revelador da incapacidade do sistema de responder adequadamente, ou seja, sem qualidade e com baixa performance.

Não sendo viável a prospecção por toda a organização, optou-se por centrar o objecto de análise, num serviço específico: o Serviço de Urgência (SU). Esta opção surge do facto dos Serviços de Urgência serem referenciados, como exemplo de um serviço exposto ao imprevisto, que possui grande complexidade e é indicado como exemplo de uma organização altamente fiável de entre as organizações de saúde.

O documento é composto por duas partes. Na primeira, realiza-se o enquadramento à problemática em estudo, com introdução das noções de complexidade e caos nas organizações e na gestão. Aborda-se ainda, as especificidades dos sistemas e organizações de saúde, as suas

principais características e elementos distintivos. Introduce-se o erro como disfuncionamento dos sistemas e em específico dos serviços de saúde, como sendo a chave da evolução e da melhoria constante. Discute-se os modelos de melhoria das organizações de saúde que têm surgido, com foco nas perspectivas da Qualidade, Cultura da Fiabilidade e *Patient Safety*. Por último, enquadra-se a Performance como central na gestão das organizações quando se implementa processos de melhoria.

Na segunda parte são desenvolvidos os dois estudos, utilizando os SU como referência.

O estudo descritivo da realidade dos SU em relação aos paradigmas da Qualidade, Cultura da Fiabilidade e *Patient Safety*, constitui o primeiro estudo. Nesta análise testam-se as hipóteses:

- Os SU apresentam boas classificações nas dimensões da Qualidade, Cultura da Fiabilidade e de *Patient Safety*.
- As dimensões da Qualidade, Cultura da Fiabilidade e de *Patient Safety*, variam, segundo a instituição em que o SU está inserido, a categoria profissional, ou o tempo de exercício no SU.

Por último, o segundo estudo pretende a criação do modelo explicativo da performance, através das dimensões da Qualidade, Cultura da Fiabilidade e *Patient Safety* utilizando os SU como modelo.

PARTE I — ENQUADRAMENTO À PROBLEMÁTICA

2 Compreender o mundo numa era de complexidade

2.1 A Teoria do Caos

Sendo o tema central deste estudo a complexidade, parece coerente iniciar-se com uma abordagem à principal teoria que pretende explicar o mundo que nos rodeia, segundo os mecanismos da complexidade e da imprevisibilidade – a *teoria do caos*.

James Gleick, no seu famoso livro de 1987, revela a história da criação de uma nova ciência, afirmando que, com este novo domínio na compreensão dos sistemas, nada pode ser visto da mesma forma. A teoria do caos mudou drasticamente a forma como o Homem compreende o Universo, trazendo para a compreensão de sistemas complexos novas abordagens, novas formas de compreender e explicar o mundo. Este mundo cada vez mais complexo e imprevisível, como refere (Gleick, 2005, p. 390), depois de compreendermos as implicações do caos, “*nunca mais poderia trabalhar com os métodos antigos*”.

Embora a teoria do caos tenha sido originalmente desenvolvida nas Ciências Naturais, diversos autores apontam que os sistemas sociais, ecológicos e económicos são caracterizados por reacções de não linearidade e interacções complexas. O estudo do caos e das teorias transformistas têm revelado novas e promissoras correntes nas mais diversas ciências em particular no estudo das ciências naturais, mas cada vez mais, este novo paradigma tem influenciado as novas pesquisas no campo da economia, sociologia, marketing apresentando resultados promissores no campo da gestão e na compreensão dos comportamentos organizacionais.

Uma definição técnica e consensual para caos foi proposta por Lorenz em 1993. “*Processes that appear to proceed according to chance even though their behavior is in fact determined by precise laws.*” (Haigh, 2002, p. 463)

O mesmo autor aponta as características que caracterizam os sistemas caóticos ou não lineares:

- *Sistemas dinâmicos*; um sistema que varia com o tempo. Refere-se a qualquer processo que muda de um estado inicial para outro, passando por diversas fases.

- *Parâmetros iniciais do sistema*; refere-se à descoberta de Lorenz, quando se observou que existe uma dependência das condições iniciais. Se escolhermos 2 pontos de partida, por mais próximos que estes estejam, ao desenvolver um processo dinâmico, iremos eventualmente observar uma completa divergência.
- *Estado de equilíbrio*; os sistemas dinâmicos evoluem e variam de estado de equilíbrio, onde a energia potencial é mínima. Estes sistemas mudam de estado, podem ser periódicos ou aperiódicos, estáveis ou instáveis.
- *Atratores estranhos*; embora os sistemas dinâmicos aparentem desenvolver-se ao acaso, o seu comportamento está determinado. Embora não se consiga prever como vai ficar no futuro, sabemos que o seu comportamento está a obedecer a regras. O sistema comporta-se dentro de limites e pode tender para um estado, ainda que não consigamos prever qual ou por que “caminho” (estados) percorrerá.

Alguns cientistas já elevaram o estudo do caos a uma “nova ciência”, (Gleick, 2005), afirmando que vivemos num mundo de complexidade e cheio de incertezas e de acontecimentos aleatórios e imprevisíveis, que alteram os planos e conduzem os sistemas para o caos e por vezes para situações catastróficas, impossíveis de prever. (Farazmand, 2003)

As crises e acontecimentos inesperados que geram a perda de controlo predominam no nosso mundo e caracterizam as organizações modernas onde os sistemas complexos abundam. Desta forma, para os líderes e gestores conseguirem desempenhar as suas funções têm que compreender que vivemos num mundo complexo e que nem tudo pode ser previsto, que muitos dos acontecimentos futuros se deverão ao aparecimento do caos, devido a estarmos inseridos em sistemas dinâmicos onde a complexidade impera.

A maioria dos grandes pensadores da gestão como Peter Drucker, Charles Handy e Karl Weick, apresentam nos seus textos expressões que integram as noções de complexidade e de incerteza para se poder gerir eficazmente as crises e turbulências das organizações. (Haigh, 2002)

Alguns dos exemplos da aplicação da teoria do caos à gestão são os estudos de Levy, (1994), onde apresenta uma aplicação da teoria do caos a uma situação de gestão de uma cadeia logística. Por sua vez Dolan *et.al.*, (2003) apresenta um confronto entre filosofias de gestão, apontando a filosofia de gestão por valores, como a forma mais adequada para gerir a complexidade a que as organizações são confrontadas.

A integração das correntes transformistas nos quadros conceptuais da gestão surge, porque as recentes crises mundiais/organizacionais já não se podem explicar apenas com referenciais estáticos ou com observações isoladas, como refere Farazmand (2003, p. 340):

“(...) many organizational problems can no longer be solved or managed through traditional approaches and methods; they require new ways of thinking and solutions, nonlinear complex models of action, and chaotic models to deal with chaotic situations.”

Poder-se-à conduzir uma análise SWOT, realizar estudos e monitorizações contínuas para prevenir a resistência à mudança, mas o impacto das acções delineadas será sempre imprevisível. Ou seja, será sempre uma ilusão a criação de uma visão, um plano de mudança e a sua implementação. É um engano que consigamos prever e antecipar o futuro, pelo menos de forma exacta. (Visscher e Rip, 2003)

Embora grande parte da teoria do caos assente na imprevisibilidade e esteja conotada a uma perspectiva destrutiva, a verdade, é que possui também a vertente construtiva e evolutiva. É de facto uma teoria que prevê a destabilização dos sistemas, sejam eles naturais/ecológicos, económicos ou organizacionais, para depois recriar uma nova estabilidade, outro nível, que se espera esteja mais preparado/melhorado que o anterior.

Os comportamentos caóticos e mudanças causadas por sistemas não-lineares, revelam falhas nos sistemas e criam caminhos alternativos, são considerados processos saudáveis que devem até ser encorajados. Após a destabilização de um sistema (seja ele organizacional, social ou económico) a tendência é para uma nova ordem com novos valores e em princípio mais adaptada. (Farazmand, 2003)

O conceito de caos representa a evolução natural que é incerta e resulta de um ambiente turbulento, mas que regressa sempre a uma nova ordem, a uma nova estabilidade. A questão consiste no controlo do caos, para que os seus efeitos destrutivos sejam minimizados e os seus efeitos positivos sejam potencializados.

Fragata (2006) coloca a complexidade no centro do estudo da performance e da gestão do risco clínico, dando especial ênfase aos mecanismos de aumento da performance e de como lidar com o inesperado e o caos. Desta forma, introduz para o domínio das organizações de saúde a ciência da complexidade.

“Muitos dos nossos comportamentos num hospital desenvolvem-se com grandes graus de incerteza e de concordância, na margem do caos, mas esta incerteza, se tem como inconveniente a sua imprevisibilidade, terá como vantagem inequívoca a capacidade de inovar e progredir.” (Fragata, 2006, p. 159)

Mais do que compreender profundamente o que são sistemas não lineares, importa a noção de que vivemos num mundo cada vez mais complexo e que as teorias de gestão se estão a adaptar para compreender este novo mundo. As noções de imprevisibilidade e de sistemas dinâmicos vão ser fundamentais para enquadrar o presente estudo

2.2 Os Sistemas de Saúde

É comum afirmar-se que os Sistemas de Saúde (SS) surgiram no final do século XIX, associados à revolução industrial, após se constatar que ocorriam grandes baixas de produtividade devido às doenças e acidentes de trabalho, mas também à percepção de que nos cenários de guerra ocorriam mais baixas devido a doenças do que às balas do inimigo. A estes factos associou-se a crescente intervenção política de movimentos socialistas na Europa. (Simões, 2004)

Na criação dos sistemas de saúde destaca-se a reforma de Bismark que, em 1883, obrigou os trabalhadores a contribuírem para um seguro-doença, criando desta forma o primeiro modelo de segurança social imposto pelo estado.

Um outro marco na evolução do sistema de saúde foi a criação do *National Health Service* no Reino Unido em 1948, no seguimento das propostas apresentadas no Relatório Beveridge de 1942. Desta forma, cria-se um modelo centrado no estado que propõe um sistema de saúde geral e a afirmação da universalidade dos cuidados de saúde.

Simões (2004) afirma que foi esta criação que influenciou ao longo de décadas a organização de outros sistemas de saúde, (onde se inclui o português) em cinco aspectos nucleares:

- Responsabilidade do Estado pela saúde dos cidadãos;
- Abrangente, um sistema que promova a saúde de uma forma global, intervindo nos três níveis de prevenção;
- Universalidade;
- Igualdade, um só princípio de qualidade para todos os cidadãos;
- Autonomia profissional nas decisões clínicas, sem a interferência/condicionalismo do sector administrativo.

Com o assumir dos custos de saúde por parte dos estados, observou-se a adopção de três tipos de sistemas de financiamento dos SS:

O sistema de seguro privado

Este modelo existe em todos os países, no entanto, só nos EUA e Suíça é que cobrem a maioria dos riscos e para a maioria da população. Nos restantes países os seguros actuam como complemento às opções públicas. As pessoas podem subscrever um seguro para cobrir riscos que o seguro público não assegure, beneficiar de tratamento privado ou para cobrir o co-pagamento que o sistema público exige.

O sistema de seguro social

Entidades sociais gerem fundos de seguro-doença das populações, mas estão sujeitas a um apertado controlo público. As seguradoras é que definem os prémios dos seguros, em regra, em função dos rendimentos, podendo ocorrer disparidades entre os seguros contratados. Nos casos de desigualdades os governos intervêm.

Financiamento por imposto

No caso de financiamento por imposto, este pressupõe a afectação dos recursos financeiros à entidade prestadora de cuidados, que recebe via Orçamento do Estado. Neste modelo pode estar um só organismo público (como o SNS) ou o cumprimento de contratos de serviços de empresas estatais ou entidades privadas. (Simões, 2004)

As despesas com a saúde tiveram um crescimento do seu peso na gestão dos governos. Por exemplo, a percentagem das despesas totais em saúde no PIB, para Portugal variou dos 2,6% em 1970 para os 9% em 2000 e os EUA de 6,9% para 13,1% nos mesmos anos. (Simões, 2004)

Os gastos com a saúde têm constituído preocupação nas últimas duas décadas, onde se tem vindo a constatar o aumento das despesas de saúde acima do crescimento dos recursos públicos. Desta forma se compreende que as últimas reformas dos sistemas de saúde estejam centradas na contenção de custos e na melhoria da eficiência. (Panavos e Mckee citados por Simões, 2004)

O sistema de saúde português

A evolução do sistema de saúde português decorre das evoluções políticas e é influenciado pela conjectura dominante na Europa. Simões (2004) refere três importantes reformas dos serviços de saúde até 1974.

A primeira de 1899 conduzida por Ricardo Jorge, que reorganizou a Direcção-Geral de Saúde e Beneficência Pública em que criaram a Inspeção Geral Sanitária entre outras organizações que seguiram a influência dos organismos e intervenções internacionais de consensos relativos à Saúde Pública.

Em 1945 ocorre a segunda reforma com a criação de duas Direcções-gerais, da Saúde e da Assistência, dividindo desta forma a acção preventiva e de fiscalização sanitária e a responsabilidade administrativa sobre os Hospitais. Nesta reforma criou-se em cada distrito uma Delegação de Saúde e em cada concelho uma subdelegação de saúde.

A esta reforma é reconhecido o aumento das competências das autoridades de saúde, mas originou desigualdades na promoção da saúde e tratamento, devido à desarticulação entre instituições. Durante esta reforma ocorre a centralização das caixas de previdência, que agregou os cuidados de saúde dos seus beneficiários, proporcionando regalias superiores às cedidas pelo Estado.

A terceira reforma do sistema de saúde português é a de 1971, que Simões (2004) refere ser a reforma que “marcará as opções doutrinárias para as décadas seguintes”. Refere ainda que estas opções reflectiam a modernidade nos diplomas apresentados que se verificaram na declaração de Alma-Ata que definiu posteriormente a noção de saúde pública e da necessidade dos governos intervirem activamente nos processos de prevenção da doença e promoção da saúde.

Simões (2004, p. 88) citando Gonçalves Ferreira salienta os princípios que orientaram a reforma de 1971:

- *“uma politica unitária de saúde nacional;*
- *reconhecimento do direito à saúde e o delineamento do esforço legislativo e administrativo a empreender para o generalizar a toda a população;*
- *A necessidade de progressiva instauração de um Sistema Nacional de Saúde com capacidade para executar essa politica;*
- *O reconhecimento da intervenção do Estado como difusor da politica de saúde e assistência e responsável pela sua execução (...);*
- *A integração de todas as actividades de saúde e assistência, designadamente nos planos local e regional;*
- *planeamento geral dessas actividades, a elaborar ao nível central...”*

Estas orientações mudaram drasticamente a filosofia de organização do sistema de saúde português, criando instituições com funções científicas como a actual Escola Nacional de Saúde Pública e a reorganização das instituições Centrais e de periferia. É o próprio Observatório Português dos Sistemas de Saúde, que no seu relatório, afirma que a legislação de 1971 “constitui já um esboço de um verdadeiro Sistema Nacional de Saúde.” (Simões, 2004, p. 91), introduzindo os cuidados de saúde primários como um novo conceito para a organização dos sistemas de saúde.

Desta forma conclui-se que, foi o modelo Beveridge e o NHS, que influenciou a criação do sistema de saúde português. Em 1976, a Constituição da República firmava “*o direito à protecção da saúde é realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito...*”. Em 1990, com a publicação da Lei de Bases da Saúde (Portugal, 1990) afastou o princípio sem custos para o utilizador, para o tendencialmente gratuito.

As reformas seguintes aos anos 90 centraram-se mais na reorganização do sector administrativo, gestão e sustentabilidade das instituições e do próprio SNS, não colocando em causa os princípios orientadores da existência do SNS. Estas reformas ao longo de quatro décadas trouxeram para a população portuguesa ganhos consideráveis, observados nos indicadores de saúde e no aumento da produtividade e qualidade de vida. Estes incrementos surgem associados ao processo de desenvolvimento económico que o país obteve durante as últimas décadas. No entanto, os gastos com a saúde, têm sofrido um aumento acima da capacidade do rendimento *per capita* dos portugueses. (Simões, 2004)

A importância do controle de custos nos Sistemas de Saúde

Nos últimos anos tem se assistido a inúmeras tentativas de controlo dos custos nos sistemas de saúde, não só em Portugal, mas por toda a Europa e EUA. A procura de um modelo que preste os cuidados de saúde com mais qualidade, mais universalidade, mais eficiente, onde o controlo dos gastos é mais eficaz é ainda uma demanda sem desfecho certo.

Em todas as reformas dos sistemas de saúde, o seu financiamento é o tema central e muitas vezes é a própria causa das reformas. Actualmente coloca-se em causa o modelo de Estado-Providência. Será mais eficiente optar por substituir o papel do Estado de financiador, por agentes do sector dos seguros, passando o Estado a ter uma actividade reguladora?

O crescimento das despesas com a saúde aparece relacionado com o envelhecimento da população e inevitável aumento das suas morbilidades e multipatologias. Também o crescimento do rendimento individual aparece relacionado com o aumento das exigências e aumento do consumo de serviços de saúde. Por seu lado, os Sistemas de Saúde, caminharam para a universalização, e havendo mais cuidados de saúde ao dispor, para *todos*, ocorre o inevitável aumento dos gastos. (Simões, 2004)

Em relação ao SS português, Ramos (1994) referindo-se ao modelo postulado por Correia de Campos em 1992, demonstra a distribuição dos gastos com a saúde, segundo a sua prestação e o seu financiamento. Tendo estas duas vertentes cria-se assim uma tabela de dupla entrada, como a que se pode observar no Quadro 1.

Quadro 1 - A combinação público privado do sistema de saúde (dados de 1992)

		FINANCIAMENTO		Total
		Público	Privado	
PRESTAÇÃO	Pública	345 (44,4%)	32 (4,0%)	377 (48,2%)
	Privada	150 (19,2%)	254 (32,6%)	404 (51,8%)
Total		495 (63,4%)	286 (36,6%)	781 (100%)

Legenda: Os gastos em saúde financiamento vs prestação, dados em Mc, adaptado de (Ramos, 1994, p. 72)

Através da análise do Quadro 1, facilmente se percebe porque é que se afirma que o SS português é um sistema misto, apesar do seu postulado legal de ser um SNS público, universal e geral.

Se observarmos apenas os totais dos financiamentos, percebe-se que em 1992, a percentagem de gastos suportados pela população, ou pelos seguros contratados, é de cerca de 36,6%. Ainda Ramos (1994) salienta outro aspecto curioso da análise do mesmo quadro, ao observar-se que mais de metade da prestação é assumida por privados para um país com um SNS em funcionamento. Estes factores devem-se provavelmente ao facto do sector privado ter uma forte componente na prestação de ambulatório e nas consultas de especialidade, onde o sector público apresenta mais lacunas na sua oferta. Desta forma, apresenta-se uma lógica de mercado, onde o sector privado se assume como complemento à posição dominante do SNS.

Simões (2004) referindo-se às medidas de contenção de gastos utilizados pelos países da OCDE, refere que se podem categorizar em duas grandes áreas: as que afectam a procura de cuidados financiados por fundos públicos ou as que intervêm na oferta de cuidados.

Utilizando a metodologia de Mossialos e le Grand, Simões (2004, p. 60), apresenta as principais medidas de contenção de custos utilizadas pelos membros da união Europeia, agrupadas em três categorias:

- Limitação de recursos públicos:
 - Crescimento dos co-pagamentos
 - Redução do número de situações de excepção aos co-pagamentos

- Racionamento com base em decisões explícitas
- Papel crescente dos seguros voluntários de saúde
- Desenvolvimento de formas alternativas à hospitalização
- Novas técnicas de orçamentação
 - Orçamentos fixos substituídos por orçamento indiciários;
 - Orçamentos combinados com pagamentos de acordo com as actividades
 - Orçamentos sectoriais substituídos por orçamentos para prestadores individuais
- Formas de controlo
 - Controlo sobre os honorários
 - Controlo dos inputs
 - Controlo das camas hospitalares
 - Introdução de *guidelines* na medicina
 - Introdução do sistema de preços de referência
 - Controlo do tempo de internamento

Para além destas medidas, o mesmo autor realça as medidas específicas no controlo de custos com medicamentos, pois estes assumem uma fatia muito pesada nos orçamentos da saúde.

A forma como se vai evoluir no sistema de financiamento dos SS é uma incógnita, no entanto, prevê-se que as futuras reformas irão incidir no controlo dos custos com mais medidas. Ainda não se determinou se irá ocorrer uma mudança de paradigma de um sistema preponderantemente público, financiamento e regulação ou se a opção será por um crescimento da parte sustentada por privados (seguros ou população).

No entanto, “não está de modo algum demonstrado que a progressiva “privatização” do financiamento da saúde, conduza a melhores resultados.” (Ramos, 1994)

2.2.1 As diferenças no sector da saúde

Após compreendermos como surgiu o SNS e parte da ideologia que esteve na sua génese, torna-se importante perceber porque é que o sector da saúde deve ser observado e estudado de forma separada. Este sector tem algumas especificidades na sua estrutura e dinâmica, que escapa a algumas lógicas de mercado e de sustentabilidade das próprias organizações que se

inserir neste sector. Importa compreender as suas dissemelhanças, para mais facilmente integrar o contexto do estudo, de melhorar as organizações de saúde.

Para compreendermos melhor as diferenças, seguir-se-ão as reflexões de Lucena, *et al.*, (1996). As principais diferenças centram-se em três áreas: o juízo de valor que a própria sociedade imprime aos cuidados de saúde a incerteza em relação às decisões e aos seus resultados e a existência de externalidades.

Em relação ao juízo de valor, este encontra-se conotado com o estágio de desenvolvimento social e a noção de bem-estar social que a própria sociedade deseja. Surge assim o princípio de acesso universal, que é linha comum nas sociedades modernas, ou seja, que independentemente da classe social ou poder económico todos têm direito aos cuidados de saúde mínimos.

Outro ponto que aparece discrepante da lógica de consumo e de mercado dos sectores normais, prende-se com o facto de a sociedade aceitar que sejam prestados os cuidados de saúde mesmo quando o próprio não reconheça essa necessidade. Reconhece-se que por vezes o próprio “consumidor” não possuiu a capacidade de escolher os cuidados de que necessita.

Ao contrário de outros sectores, onde cada vez mais ocorre a especialização tendo em conta nichos específicos de mercado, a sociedade pretende do sector da saúde o atenuar das desigualdades (cuidados médicos e não hoteleiros).

Nesta área de juízo da saúde, ainda se acrescenta um ponto, o facto de a sociedade atribuir um valor positivo aos cuidados de saúde prestados a outros membros da sociedade.

A segunda área de diferença do sector da saúde prende-se com as incertezas. Lucena, *et al.* (1996), apontam três grandes níveis de incerteza:

- É incerto o momento em que o indivíduo precisa de cuidados e quais os custos envolvidos (*imprevisibilidade do inicio do processo*)
- É incerto que o tratamento a instituir seja o mais adequado, (*imprevisibilidade das opções a tomar*)
- É incerto o resultado do tratamento escolhido (*imprevisibilidade do resultado*).

Nesta questão de incertezas crescem as assimetrias de informação e da delegação de decisões, ou seja, a maioria das vezes os indivíduos confiam nos conhecimentos, julgamento e nas opções tomadas pelo seu prestador de cuidados. É um mercado conduzido pelos próprios prestadores de serviços, que controlam o processo de decisão, encaminhamento e até do início ou fim do processo de prestação de cuidados.

Por último, a terceira área de diferença deste sector prende-se com a existência de externalidades. Ou seja, as acções/cuidados de saúde que estão a ser prestados a um

indivíduo, não irão só beneficiá-lo, mas a toda a comunidade. Estas podem ser classificadas da seguinte forma:

- Externalidades associadas a prevenção de doenças contagiosas, diminuição dos contágios e da qualidade de vida;
- Externalidades associadas à disseminação de informação e comportamentos de saúde, através de estilos de vida saudáveis;
- Externalidades decorrentes da acção na saúde de indivíduos que podem por exemplo regressar ao trabalho, ser mais produtivos, ou até mesmo na ajuda em aumentar a população. (Lucena, *et al.*, 1996)

No sector da saúde, o papel do Estado de regulador e promotor no Sector da Saúde é geralmente mais marcado que em outros como o económico-financeiro ou mesmo na Educação. Este facto deve-se à exigência da sociedade, que pretende um país desenvolvido, capaz de disponibilizar os melhores cuidados de saúde, mas que tem em conta os aspectos que distinguem o sector da saúde.

2.2.2 As Organizações de Saúde

Após percebermos como surgiram os actuais sistemas de saúde, importa explicitar alguns conceitos sobre estruturas e dinâmica das organizações de saúde, pois é esse o foco do estudo e não os sistemas no seu geral.

Ao utilizarmos o modelo de Mintzberg para caracterizar as organizações de saúde, facilmente as enquadrámos na categoria das burocracias profissionais. Esta categoria é caracterizada por se apoiar na estandardização das qualificações para coordenar as suas actividades, e nas normas que a formação e a socialização defendem para essas qualificações.

Estes profissionais são especialistas devidamente formados e socializados para o seu centro operacional, no qual têm uma relativa autonomia e controlo dos processos de negócio da organização. (Mintzberg, 2004)

Destas características, podemos inferir que a formação dos profissionais é o elemento central do funcionamento organizacional, este facto é facilmente observável ao perceber como se realiza a integração de um profissional de saúde numa organização. Esta integração é realizada em termos dos processos burocráticos de apoio ao processo (específicos de cada organização) e não em termos da sua actividade específica propriamente dita (as opções clínicas).

Por se tratar de uma dinâmica em que os profissionais assumem grande relevância para o desenvolvimento dos processos de negócio das organizações, faz dos profissionais determinantes, não apenas nas actividades/processos de sua responsabilidade directa, mas também, em outras áreas como, por exemplo na gestão geral da própria organização. (Mintzberg, 2004)

Pelas características intrínsecas deste tipo de organização, os fluxos de informação que ocorrem e pelos “jogos” de poder que existem, Mintzberg (2004) revela que podem ocorrer entraves à mudança. Estas estruturas estão particularmente vocacionadas para aperfeiçoarem o existente e não para inovarem. Por outro lado, a especialização que o profissionalismo acarreta, causa problemas quando ocorre necessidade de mobilização de mais do que um centro operacional para um mesmo objectivo, como por exemplo, num projecto de mudança de grandes dimensões que seja multidisciplinar, podem ocorrer severas dificuldades.

Mintzberg (2004, p. 408) em relação á mudança nas burocracias profissionais refere:

“ [A mudança] não provém de novos administradores que tomem os seus postos e anunciam reformas maiores, nem de tecnoestruturas que procurem controlar os profissionais. A mudança parte mais do processo, lento, de mudança dos profissionais — dos processos de avaliação dos candidatos, da formação (ideais assim como competências e conhecimentos), e depois disso, da motivação dos candidatos no aperfeiçoamento dos seus conhecimentos profissionais.”

Esta desvantagem, e outras decorrentes desta dinâmica, podem ser colmatadas através de um esforço de coordenação, acrescido de uma comunicação eficaz e pela cooperação entre todos os elementos. Neste âmbito a gestão deve criar mecanismos e instrumentos capazes de dotar os elementos da organização dessas capacidades, pode criar mecanismos de comunicação bidireccionais, transversais e multidisciplinares, criar momentos de discussão e partilha de ideias, entre outros mecanismos, que aumentem a coesão da organização como um todo, que é caracterizada também como imperfeitamente conectada, conceito explorado mais à frente.

Para uma compreensão das organizações de saúde, importa também ter em conta a forma como os grupos profissionais, entendem a própria organização, pois são eles os factores determinantes, são eles o foco de mudança. São os profissionais a parte determinante dos processos de negócio, visto serem estes mesmos profissionais que os coordenam.

Estas últimas afirmações podem ser facilmente, compreendidas nas palavras de Mintzberg (2004, p. 407), *“os controlos e mudanças impostas por outras estruturas que não os profissionais, perturba a delicada relação entre o profissional e o seu cliente, uma relação fundada sobre a existência de um contacto sem entraves entre os dois”*.

Segundo este modelo, são os profissionais que são o centro da organização, é deles que partem os valores da organização e a orientação das suas práticas, a identidade para com a profissão e com os valores partilhados na organização, criando a coesão necessária.

Mintzberg (2004) refere que há autores que definem a burocracia profissional, como uma pirâmide invertida, onde no topo estarão os profissionais que desempenham as funções operacionais e na base os que proporcionam as condições para que essas “operações” aconteçam de acordo com as normalizações sugeridas pelos próprios profissionais.

Outra abordagem útil para compreendermos as organizações de saúde é a fornecida por Orton e Weick, denominada de *Loosely Coupled Systems*, ou Sistemas Imperfeitamente Conectados, que são definidos como o estado situacional em que os elementos constituintes interagem, mas onde são evidentes manifestações de separação e de identidade distintas, este é um referencial conceptualizado na década de 80.

Este referencial, integra a noção de que as organizações possuem elementos interdependentes que as unem mas também, mantém características próprias e capacidade de autodeterminação. (Orton e Weick, 1990)

Esta noção traduz-nos uma imagem de disfuncionamentos, que pode dever-se, ao facto dos modelos organizacionais utilizados pelas organizações de saúde apresentarem dificuldades em integrar variáveis complexas e transversais à própria organização, uma vez que ocorreu a especialização e a autonomia/independência profissional das normas e standards da própria organização. Desta ideia, decorre a percepção de que, numa organização de saúde ocorrem fluxos de informação, de decisão ou outros, onde é característica comum, a imperfeita conexão entre os diversos centros operacionais. Este factor dificulta o desenvolvimento de estratégias correctas de gestão da organização de saúde como um todo. O que pode levar à completa fragmentação, até, dos estilos de liderança a aplicar nos diferentes contextos da organização, acentuando ainda mais as discrepâncias entre os diferentes serviços ou centros operacionais. (Nunes, 1994)

Este tipo de organizações caracteriza-se por um ambiente interno fragmentado, devido à tendência para a autonomia dos profissionais. Estes factores podem ser ultrapassados através da liderança, e/ou da partilha de valores entre os diferentes actores da organização. (Nunes, 1994)

Orton e Weick, citado por (Nunes, 1994, p. 24) referem que:

“o conceito de conexão imperfeita, ao reconhecer a existência de dimensões estruturas múltiplas, ao enfatizar a conexão e desconexão simultâneas (...) força os investigadores a aprofundar a análise da actividade humana subjacente à estrutura organizacional. Do mesmo modo (...) o conceito de conexão imperfeita pode levar os investigadores a

estudar a estrutura como algo que as organizações fazem, mais do que algo que elas, meramente possuem.”.

A compreensão das especificidades das organizações de saúde, caracterizadas como burocracias profissionais, e com elementos de estruturas imperfeitamente conectadas, irá proporcionar um melhor enquadramento a possíveis propostas para melhorar o seu desempenho. Se não compreendermos a estrutura e a dinâmica do objecto de estudo, será apenas por sorte que as conclusões se podem aplicar na prática.

Os Serviços de Urgência

De entre as organizações de saúde, os Serviços de Urgência (SU) têm características específicas que as tornam um bom modelo de estudo para a gestão. As razões da opção pelo objecto de análise ser focado nos SU são explicitadas no capítulo 1 da Parte II.

A evolução dos SU é caracterizada como tendo duas etapas, uma primeira associada a um serviço marginal com pouco interesse para o hospital (como organização) e para os profissionais que lá desempenhavam funções. Esta ideia é realçada nas palavras de Schwartz (1999, p. 284):

“For years, physicians and nurses spoke of the emergency department as “The Pit.” This implies a seething, dangerous place set in some dank subterranean chamber. Many emergency departments (EDs) were indeed situated in badly lighted basement areas, poorly maintained, and often administratively forgotten. As medical sophistication has increased and respect for EDs and their function within a hospital has grown, newer facilities have evolved.”

Com o crescimento da exigência pública de cuidados de urgência e pré-hospitalar mais eficientes, surgiu legislação que nos últimos cinquenta anos tem garantido mais crédito e poder reivindicativo na reorganização das urgências. Como o caso da *Emergency Medical Treatment and Active Labor Act* aprovada em 1986 nos EUA e a de 1948 do *National Health Service*.

Em 1948 na altura da criação do *National Health Service*, no Reino Unido, não havia Departamentos de Urgência. Nos EUA, embora a legislação obrigasse a criação de Departamentos de Urgência desde 1946, estes eram mal equipados e com pessoal não especializado em urgência. (The Lancet editor, 2006)

Fleischmann, T. e Fulde, G. (2007) apresentam a evolução da emergência médica e discutem a sua evolução. Revelam que existiam dois paradigmas contrastantes. Alguns países optaram pela corrente anglo-americana, baseada em SU altamente especializados e no pré-hospitalar utilizando paramédicos. Por outro lado, alguns países seguiram a corrente franco-

germânica, baseada num pré-hospitalar altamente desenvolvido e uma organização básica nas urgências hospitalares.

Actualmente estas diferenças tendem a reduzir-se, criando uma abordagem mais homogénea com a aposta em SU mais especializados, potenciado pela criação da especialidade de emergência médica em alguns países. (Fleischmann, T. e Fulde, G., 2007)

Estudos demonstram que a procura de cuidados de saúde nos SU tem aumentado mais do que o crescimento populacional. O *Institute of Medicine* em Junho de 2006 emanou um relatório sobre a crise dos SU nos EUA, onde afirmava que embora a população tivesse crescido 12%, (no período de 1993-2003) os episódios de urgência aumentaram 26%. Crise agravada com o fecho de 9% dos Departamentos de Emergência. (The Lancet editor, 2006)

Este fenómeno nos EUA deve ser observado com cuidado, uma vez que todo o seu SS é baseado em seguros de saúde. Para se compreender este fenómeno deve saber-se que 41 milhões de pessoas (1 em cada 7) não possuem seguro, recorrendo aos SU quando necessitam de cuidados, uma vez que segundo a referida lei de 1986, apenas os SU não podem recusar prestar os cuidados de saúde, tornando-os numa componente fulcral dos sistemas de segurança social.

No entanto, o aumento exponencial dos episódios de urgência não se verifica apenas nos EUA, mas um pouco por toda a Europa inclusive Portugal. Entre 1995-1999 as urgências cresceram 10,6%, muito mais do que o número de consultas ou doentes tratados, que cresceram respectivamente, 1,8% e 7,1%. (Simões, 2004, p. 147)

Os principais factores para a crescente utilização dos SU, prende-se com o aumento da esperança média de vida, novas doenças, avanços na medicina que permitem intervenções imediatas e aumento das morbilidades. (Cohen, 1999)

A presunção de que os custos dos cuidados de saúde num SU são exorbitantes é uma falácia. Este preconceito é muitas vezes indicado, mas não se tem em conta o volume de doentes que são tratados. Desta forma, embora seja um custo elevado em absoluto, não o é em termos de utilização dos recursos que estão disponíveis. (Cohen, 1999)

Cohen (1999) refere um estudo de 1993 em seis hospitais, a média a pagar (pelo seguro ou pelo próprio) era de 383 dólares, sendo os gastos médios de 297 dólares para 24010 episódios de urgência. Concluindo-se que estas discrepâncias de mais custos do que gastos, se devem às décadas de compensação dos custos daqueles que não pagam (ou não têm meios de pagar).

O estudo sociológico de Jean Peneff (2002), publicado originalmente em 1992, baseado na observação participante durante mais de um ano num SU em França, faz um retrato das

dificuldades e das condições difíceis em que os profissionais dos SU trabalham. Reflecte também sobre a, nem sempre fácil, organização do trabalho e das relações de autoridade entre os profissionais. Este estudo, embora focado numa abordagem sociológica, permite compreender que forças estão em jogo num serviço com muitas e complexas personagens. Também, se revê as funções de um SU, que vão muito além da prestação de cuidados aos doentes urgentes, como já foi descrito.

Em relação ao universo do SS português, existe a obra de Graça Carapinheiro (1993), estudo sociológico onde podemos compreender a dinâmica de poderes e sub-poderes e estratégias de convivência e de trabalho nos serviços de saúde em Portugal.

2.3 Síntese

Neste capítulo pretendeu-se enquadrar e focalizar o estudo. Desta forma, compreendemos como o mundo à nossa volta é extremamente complexo e como estão a evoluir novas correntes do pensamento e paradigmas que nos permitam compreender melhor o mundo em constante mudança. A Teoria do Caos traz para a Gestão contributos importantes na compreensão das dinâmicas das organizações. Os processos de gestão podem ser definidos por leis caóticas, mas importa, que num mundo em evolução, se consiga um equilíbrio e a organização evolua para um estado mais adaptado.

Sendo o objecto de estudo um serviço de saúde, apresenta-se a evolução dos SS, que é recente e teve diversas orientações ideológicas. O sector da saúde, tem especificidades que importa compreender, para se poder inferir sobre o futuro.

O SS português, como sistema nacional, tem uma evolução recente e como todos os outros está sujeito à evolução e ao aumento da complexidade que se tem observado na prestação de cuidados. A par do aumento da complexidade, ocorre o aumento da exigência da sociedade, para quem a saúde tem um valor para além do seu custo. Desta forma, observa-se o inevitável aumento dos custos com o sector da saúde.

O controlo do financiamento nos SS tem sido o aspecto mais focado nas últimas reformas. O aumento da performance e diminuição dos disfuncionamentos, torna-se assim central, nos estudos a realizar em gestão de serviços de saúde.

Os SU são agora centrais nos cuidados de saúde, mas esta realidade nem sempre se verificou. Para além da sua importância, na sociedade, têm-se tornado alvo de estudos e constituem um bom modelo/objecto de estudo, representativo das características das organizações de saúde, como sistemas imperfeitamente conectados, num mundo caótico.

3 O Erro como disfuncionamento; ou uma oportunidade de melhorar

Errar é humano é uma “desculpa” que se ouve correntemente nas bocas de todos nós, utilizada para descrever algo que acontece a todos, em todas as fases da nossa vida, em qualquer tipo de profissão, ou seja, algo que é intrínseco à *Condição Humana*.

Esta concepção é fundamentada na perspectiva de Edgar Morin em que o erro representa uma característica da genialidade humana, e representa o seu inconformismo, que leva à evolução. Para Morin (2000), a evolução pressupõe a presença da desordem, erro ou “ruído” durante o funcionamento de qualquer sistema, seja ele, um organismo vivo, uma organização, ou uma sociedade. No seguimento do exposto no capítulo anterior, também Morin entende que a presença de desordem se deve ao aumento da complexidade das estruturas e das ligações que se verificam nos organismos vivos e também nas sociedades. Este processo, Morin, chama de *hipercomplexidade*.

Embora para as máquinas artificiais os ruídos ou erros (definidos como sendo a recepção inexacta de uma informação, em relação à sua emissão) levem a degradação e a destruição, a verdade é que, nos organismos vivos, apesar de serem constituídos por inúmeros elementos pouco fiáveis, nem sempre se verifica a degeneração ou destruição do sistema. Um exemplo deste aumento de complexidade e da presença de erros que dão origem à evolução são a presença de mutações durante a reprodução. As mutações são erros que aumentam a desorganização, mas são a base da própria evolução. É este fenómeno de reorganização permanente que dá aos sistemas vivos a flexibilidade e liberdade em relação às máquinas. Da mesma forma, que para os sistemas biológicos, também os sociais e organizacionais evoluem com base no crescimento da complexidade e da contínua regeneração permitida pela flexibilidade inerente aos sistemas abertos.

Morin (2000) expõe uma tese sobre o facto de ser a complexidade e a capacidade de realizar a produção e partilha de conhecimento que permitiu ao Homem a construção da Sociedade. Neste crescimento estão presentes os erros que sendo parte da natureza humana, são também, o que irá permitir evoluir e repensar os conhecimentos e valores estabelecidos.

Estes pressupostos serão úteis na compreensão dos sistemas organizacionais na saúde, em busca de uma evolução na sua fiabilidade e performance.

3.1 A natureza do erro

A natureza e a escala dos erros hoje em dia, torna-se objecto de estudo tanto para a psicologia que pretende compreender o comportamento humano, como para a gestão ao pretender compreender os mecanismos das organizações para lidar com este fenómeno. Como Reason (1990) refere, desenvolvem-se métodos mais precisos de prever e reduzir os erros, através do melhor entendimento que temos dos processos mentais. No entanto, se por um lado, este crescimento teórico pretende explicar o processo cognitivo, deve por outro, proporcionar uma explicação da performance, bem como determinar as mais frequentes formas das falhas humanas.

Reason (1990, p. 9) define o erro como qualquer situação em que uma sequência planeada de actividades mentais ou físicas não atinge o fim proposto e quando essa falha não pode ser atribuída ao acaso.

No estudo do erro e dos disfuncionamentos nos planos do Ser Humano, deve-se ter presente um aspecto fulcral. Embora se consiga elaborar uma lista quase infinita de aspectos que podem correr mal em qualquer processo/actividade, a realidade do erro humano é bastante diferente, como diz Reason (1990) o erro não é nem tão abundante nem tão variado como o seu vasto potencial pode sugerir. Não só os erros são muito mais raros do que as acções correctas, como estas tendem a apresentar um número limitado de formas, quando comparados às vastas possibilidades.

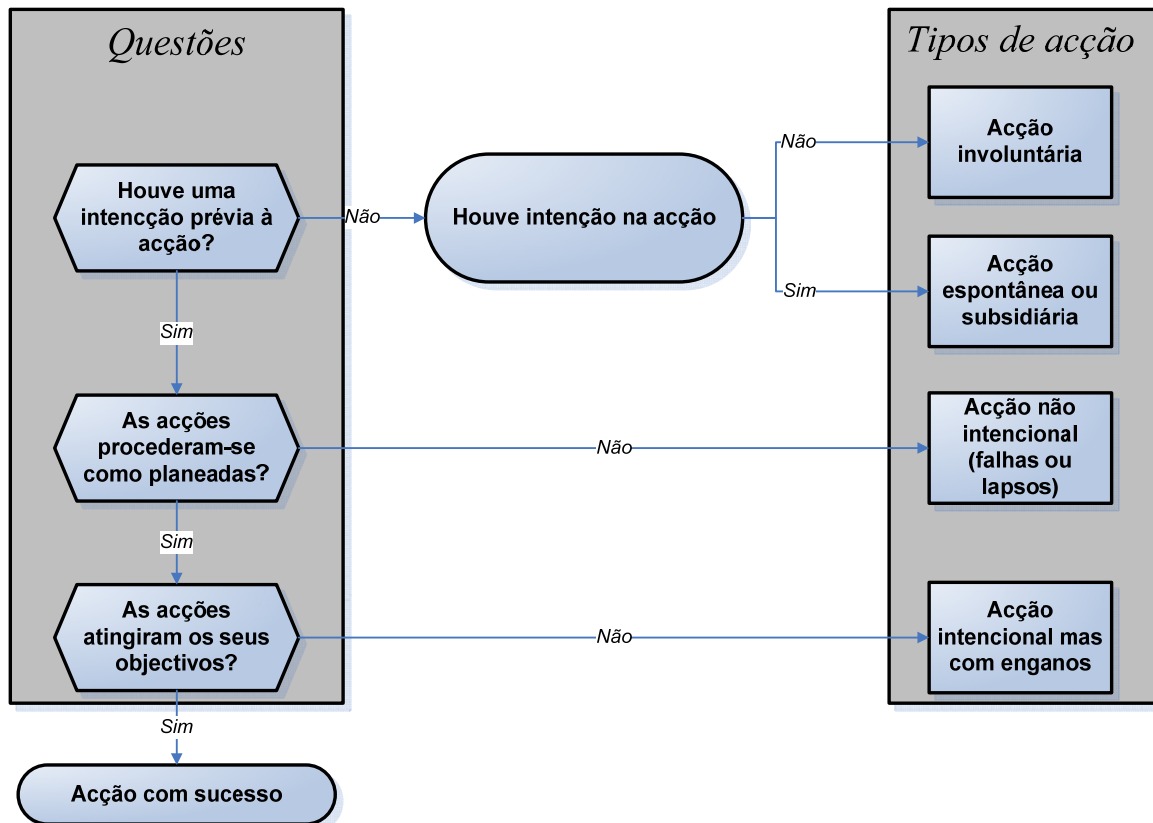
Outro aspecto central na compreensão do erro é a noção de intenção que é inseparável do erro. Reason (1990) refere que este ponto é fundamental na definição ou classificação dos tipos e formas de erro. Reason propõe uma abordagem de classificação do erro através de três questões sequenciais e categóricas; estas permitem a clarificação do erro em três tipos de acção, como demonstra o esquema na Figura 1.

Desta forma, entende-se que as acções podem ser involuntárias, quando não existe nem intenção planeada nem intenção na acção, como por exemplo num acto reflexo. Por outro lado, a acção pode ter intenção correcta, mas as acções não correram como planeadas, ou seja, ocorreu algum lapso ou falha no processo, estas acções são não intencionais porque derivam de um plano correcto. Como por exemplo, durante o acto de prescrição de um fármaco ao ser interrompido, troca miligramas por gramas.

Por último, as acções decorreram como o planeado, mas não atingiram o seu objectivo, porque o plano estava errado. A tomada de posição, planeamento, que origina o engano pode ocorrer devido a conhecimentos gerais insuficientes ou informação incompleta, falhas de

memória, entre outras que originam uma decisão que no momento parece a mais correcta mas posteriormente se verifica ter sido errada. Um exemplo poderá ser, a prescrição e administração de um fármaco, a alguém que sabia ser alérgico, por não se ter colhido e validado essa informação.

Figura 1 — Algoritmo para distinguir os tipos de comportamento intencional



Legenda: Algoritmo para distinguir os tipos de comportamento intencional. (adaptado de Reason, 1990, p. 6)

A maioria dos autores que se dedicam ao estudo do erro, realizam diferentes abordagens para a sua classificação, sejam elas baseadas na psicologia, ou na teoria dos sistemas, não existindo uma classificação universal para a categorização dos erros. No entanto, a abordagem mais comum e mais divulgada baseia-se nos trabalhos de Reason (1990). Nesta perspectiva, os tipos de erro estão relacionados com os diferentes estádios que estão envolvidos na concepção e na execução das acções. Estes estádios são: planeamento, armazenamento e execução.

A fase de planeamento refere-se ao processo de identificação de objectivos e a decisão dos mecanismos para o atingir. Como os planos não são executados de forma imediata, ocorre sempre uma fase de armazenamento do plano antes da sua execução. O último estádio é a execução que cobre os processos de implementação do plano armazenado.

Também no seguimento do algoritmo anterior, os tipos de erros podem ser integrados nestas três categorias. Quando os erros ocorrem na fase de planeamento são denominados de enganos; quando estão associados ao estágio de armazenamento são denominados de lapsos, se estiverem relacionados com a fase de execução, entram no tipo de erro de falhas.

Como a fase de planeamento é das mais complicadas em qualquer processo, por envolver múltiplas competências psicológicas e a necessidade de mobilizar múltiplos recursos, pode ser subdividida em duas categorias. A primeira relacionada com falhas na *expertise*, surge quando um profissional habilitado define um plano que é inapropriado e a segunda categoria, refere-se à falta de *expertise*, quando alguém que não está habituado à tomada de decisões/planeamento de uma situação, se vê confrontado com a necessidade de definir um plano baseado nas suas experiências e conhecimentos limitados.

No entanto, não devemos ficar estáticos e assumir, que “errar é humano”, e não agir. De facto, os erros são algo que tem uma característica de imprevisibilidade, mas as organizações podem deles criar factores de mudança organizacional. Como diz Rasmussen, citado por Fragata e Martins (2005, p. 63),

“os incidentes explicitam, (...) o nível de competência e flexibilidade de um dado sistema organizacional. Logo, os eventos adversos traduzem um questionamento interno ao sistema, quanto à sua capacidade de os evitar, resolver ou avaliar, revelando a fronteira do sistema e, portanto a sua periferia.”

Assim, ao intervirmos na análise e detecção de erros, criamos oportunidades de identificar as causas que os originam e programar acções para os ultrapassar. Esta é uma metodologia que permite a criação de uma cultura de aprendizagem organizacional, “através de uma prática sistemática, individual e colectiva de debelar as causas dos disfuncionamentos que ocorrem, alargando assim, a fronteira do sistema” (Fragata e Martins, 2005, p. 63).

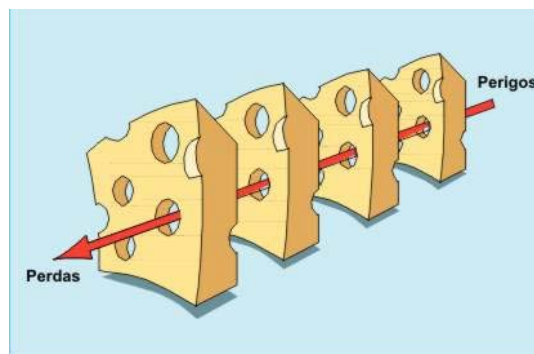
Torna-se importante inserir o conceito de aprendizagem em “*single loop*” e em “*double loop*”. A aprendizagem em *single loop* é aquela que intervém no processo de detecção do erro e corrige, mas não intervém na origem do erro. A aprendizagem em *double loop* considera-se quando implica um questionamento dos pressupostos, valores, normas e políticas em que a organização se baseia, devendo implicar a mudança de modelos mentais. (Martins, 2005a) Segundo Reason (1990), o erro pode ser compreendido em duas vertentes distintas. Para cada uma das abordagens decorre diferentes filosofias de gestão do erro.

A abordagem no *indivíduo*, considera que esta deve-se a erros e violações de processos pelas pessoas que se situam no final da cadeia de prestação de serviços, esta abordagem focaliza-se nas acções.

A abordagem do *sistema* presume que o erro e acidentes resultam de uma sequência de falhas latentes e activas, que ao se alinharem e ultrapassarem as defesas provocam o erro/acidente.

Neste modelo, as *falhas activas*, são entendidas como erros ou violações cometidas pelos que se encontram na parte final do sistema, no caso da Saúde, os profissionais de saúde. As *falhas latentes* estão relacionadas com as fases do processo de negócio mais a montante da fase final, (no caso, prestação de cuidados), têm relação com erros de planeamento e de plano estratégico ou de fundo. As *defesas* são o que impede qualquer tipo de trajectória de acidente, (como por exemplo, os alarmes dos monitores). Como estas defesas têm falhas “buracos”, que permitem a prossecução da trajectória até ao erro acontecer, é definida metaforicamente como o modelo do queijo suíço por Perrow (Figura 2). (Reason, 1990; Reason, 2000; Fragata e Martins, 2005)

Figura 2 – Modelo do Queijo Suíço



Legenda: Modelo do Queijo Suíço - Mostra como as barreiras e defesas dos sistemas são penetrados pela trajectória de acidente. (adaptado de Reason, 2000, p. 769)

A ocorrência de um erro não se deve apenas a atitudes ou práticas de actuação individual, mas sobretudo a condições latentes, defeitos na organização em que o indivíduo se insere. (Fragata e Martins, 2005)

Fragata e Martins (2005) referem que em 50% a 60% dos incidentes, as falhas seriam imputáveis aos indivíduos e que 30% a 40% ao sistema em que este se insere. Esta proporção encontra-se descrita para organizações com uma cultura de gestão do erro, como o controlo de tráfego aéreo ou numa central nuclear.

Reason citado por Fragata e Martins (2005, p. 76) enuncia 5 fases da etiologia de um acidente:

- Processo organizacionais que dão origem às falhas latentes
- Ocorrência de um erro ou violação no contexto de condições específicas

- Cometimento dos erros e violações pelos indivíduos que desempenham tarefas específicas no contacto directo com os utentes do serviço
- Eventos nos quais uma ou mais das defesas e salvaguardas são quebradas ou ultrapassadas.
- Resultados que podem ir desde uma “lição” a uma catástrofe.

Fragata e Martins (2005) citando Reason, descrevem 3 abordagens de gestão do risco: modelo de atribuição pessoal, da engenharia e o organizacional.

No modelo de “*atribuição pessoal*”, a ênfase é colocada nos actos dos indivíduos e nos acidentes que provocam. Considera as pessoas como desinseridas de um contexto/organização e que a escolha entre um acto seguro ou de risco depende exclusivamente da pessoa.

O modelo da “*engenharia*” tem a sua sustentabilidade na engenharia da fiabilidade, na ergonomia. A segurança é percebida como objecto de uma engenharia do sistema, que deve ser quantificada e prevista ao máximo detalhe.

Por último, o modelo “*organizacional*”, o erro é percebido como uma consequência, são os “sintomas” que revelam as deficiências do sistema. Este modelo foca-se nas medidas pró-activas de segurança na necessidade de contínuas evoluções/adaptações dos processos organizacionais.

No entanto, os mesmos autores referem que o modelo mais efectivo da gestão do risco e da segurança é o que une um referencial de permanente melhoria do sistema, ultrapassando resistências da organização em mudar. Referem também, que, muitas organizações percebem a gestão do risco e a segurança de uma forma negativa para a produção, e centram o seu objectivo na redução do número de erros, em vez de entenderem o erro como uma consequência do sucesso.

Como descrito nos primeiros parágrafos do capítulo, o erro faz parte da condição humana e é parte da sua genialidade que lhe permite a busca de novos horizontes, desde que entendido como agente de mudança e de questionamento das pessoas e organizações na busca de uma contínua melhoria dos seus processos.

3.2 O Erro em Saúde

O erro em Saúde tem sido um foco importante de análise do Ser Humano, já desde Hipócrates ao enunciar um conjunto de princípios de forma a orientar a prática médica e da saúde em geral. Nestes princípios, pode observar-se muitos princípios éticos, mas também,

formas de criar regras de prevenir o erro, no entendimento que o erro é algo que acontece num percurso/projecto que faz desviar do seu fim/objectivo, que no caso da saúde é cuidar.

É também com o mote, “Errar é humano”, que o *Institute of Medicine* (Kohn, *et al.*, 2000) emitiu um relatório em que o ponto de partida é a constatação de que os erros acontecem e que têm repercussões muito graves, sendo o objectivo, explanado no subtítulo, a construção de um sistema de saúde mais fiável. O relatório refere objectivamente dois estudos, um realizado nos estados do Colorado e Utah e outro no estado de Nova York. Estas investigações revelaram a presença de eventos adversos em 2,9 e 3,7% dos internamentos, respectivamente. De entre estes eventos 6,6% conduziram a morte no primeiro estudo e 13,6% no segundo. Estes resultados levam à extrapolação de que pelo menos 44000 americanos morrem, por ano, devido a erros no sistema de saúde. (Kohn, *et al.*, 2000) Ao aceitar estes dados, assume-se que nos EUA, morrem mais pessoas devido a erros no percurso dentro do sistema de saúde do que em acidentes de viação, cancro da mama ou mesmo SIDA. A extrapolação para Portugal realizada por Martins (2005) afirma que por ano, ocorrem cerca de 1309 a 2916 mortes, devido a erros.

Estima-se que, nos EUA, os custos associados a eventos adversos na saúde, onde se inclui perdas de produção e custos com cuidados de saúde e com a morbilidade, estejam entre os 17 e os 29 biliões de dólares, dos quais os custos com cuidados de saúde representam metade. (Kohn, *et al.*, 2000)

A visibilidade e o enfoque dado às grandes descobertas e avanços da Medicina só são comparados com o destaque com que a sociedade acompanha os escândalos de erros médicos ou de incongruências na Saúde. Este facto, deve-se também, à evolução na capacidade assistencial, e divulgação da mesma, que criou elevadas expectativas na população em torno do seu “direito à Saúde”, e esse paradigma é abalado por informações que revelem números como os estudos anteriores. Embora se tenha investido largamente em mecanismos de acreditação, que permitam garantir aos utentes que os processos desenvolvidos são de acordo com padrões de qualidade, a verdade, é que estes tiveram pouco impacto na diminuição dos erros, quer por não estarem focados nesse aspecto, quer por terem encontrado resistências nas próprias organizações e profissionais. (Kohn, *et al.*, 2000; Bohigas, 1996)

O relatório já mencionado é citado de forma extensiva por todas as publicações que se debruçam neste tema. Neste relatório publicado inicialmente em 2000, o *Institute of Medicine Quality of Health Care in America Committee*, formado em Junho de 1998, revela as conclusões e a estratégia delineada para a melhoria da qualidade nos próximos 10 anos. Assume dois pontos fundamentais na construção da estratégia. Por um lado, não existe uma

resposta mágica e instantânea e que nenhuma recomendação por si só irá resolver o problema. Por outro lado, assume-se que é necessário aumentar o conhecimento e os instrumentos que nos permitem construir um melhor sistema de saúde, nomeadamente as barreiras legais e culturais que impedem a melhoria da segurança nos cuidados. Desta forma, propõe um objectivo audaz de reduzir 50% dos erros ao longo de 5 anos. (Kohn, *et al.*, 2000) No entanto, não se encontra nenhuma publicação que realize esta comprovação.

Kohn, *et al.* (2000, p. 6), refere que os sistemas de saúde encontram-se uma década atrasados em relação a outras indústrias de alto risco quanto à sua capacidade de assegurar mecanismos de segurança básica. As recomendações para a criação de um sistema de saúde mais seguro estão agrupadas em quatro pilares:

- Determinar a segurança como um foco de atenção, para criar movimentos de liderança, investigação e protocolos que permitam melhorar os conhecimentos e a implementação de medidas;
- Realizar esforços para a criação de sistemas de *report* obrigatórios que permitam identificar e aprender com os erros e encorajar esforços voluntários com o objectivo de evoluir o sistema de forma mais segura para os utentes;
- Criação de standards e expectativas de melhoria em segurança, através da coordenação de organizações, que se dedicam a esta temática, grupos de utilizadores e grupos de profissionais;
- Criação de sistemas de segurança dentro das organizações de saúde, através da implementação de práticas seguras ao nível da prestação de cuidados. Este nível é o objectivo último de todas as recomendações.

Embora tenha sido referido, em capítulos anteriores, que existem especificidades na estrutura e dinâmica das organizações de saúde, a verdade é que, o acontecimento do erro (na sua forma genérica – modelo do queijo suíço) é semelhante para todo o tipo de organizações. Desta forma, também o estudo específico das inúmeras possibilidades de erros na saúde reflecte as características gerais das organizações e dos processos de erro. Por exemplo, os erros de prescrição revelam falhas ao nível da comunicação e do desenho do sistema, da mesma forma que, um controlador aéreo ao comunicar uma instrução, que é mal interpretada pelo piloto.

No âmbito deste documento não é relevante o discriminar e aprofundar a dissecação dos tipos de erros mais frequentes nas organizações de saúde. Salienta-se como pontos-chave no estudo do erro: a cultura de declaração de eventos; comunicação interpessoal; desenho de

segurança do sistema; interacção homem-máquina e os factores humanos, como sendo os pontos mais comuns de análise dos processos e na construção de processos seguros.

Destacam-se os estudos de Spath, (2000); Fragata e Martins, (2005); Peters e Peters, (2008), e os inúmeros artigos que têm sido publicados recentemente a este respeito com propostas comprovadas de melhoria dos sistemas de saúde, a maioria dos quais importando metodologias de outras organizações que não da saúde.

3.3 Síntese

Neste capítulo pretendeu-se compreender o erro como uma componente da actividade humana inerente ao crescimento da complexidade da nossa sociedade. Está presente em todos os processos sejam eles de grande complexidade ou actividades simples. No entanto, são os seus disfuncionamentos que nos permitem evoluir, eles são parte da Condição Humana.

O erro é entendido como a face visível dos disfuncionamentos das organizações, o seu estudo revela oportunidades de melhoria dos sistemas de forma comprovada e regrada. As organizações que estudam os seus processos e intervêm na gestão do erro, conseguem garantir a qualidade do seu produto evitando prejuízos, sejam eles desperdícios ou reclamações.

O erro na saúde é um aspecto cada vez mais estudado. Aos profissionais de saúde é confiada a vida das pessoas, e como seres humanos que são, estão propícios aos erros. Estes erros apresentam custos elevados para os utentes, para o sistema de saúde e mesmo implicações a nível nacional. O erro é uma componente que nenhum verdadeiro profissional leva de ânimo leve. Na saúde os profissionais são socializados para apresentar segurança e decisões prontas, sem hesitações, é uma cultura de infalibilidade transmitida que se desmorona devido a erros no sistema, a falhas e enganos durante o percurso de doença.

É o facto de se compreender melhor o que leva a acções erradas, e o facto do comportamento humano não ser tão propício ao erro, que nos permite dedicar esforços à sua compreensão e aos mecanismos que existem para o seu controlo. Existe evidência de que o erro é algo transversal a todas as organizações. No entanto, as organizações de saúde apresentam atrasos significativos face a outras actividades de alto risco como a aviação ou mesmo a produção de energia nuclear.

Não existe nenhuma fórmula mágica, apenas o repensar e redesenhar dos processos irá permitir a mudança de paradigmas de uma realidade chocante de erros, de forma a conseguir manter altas especificações de segurança do doente. Como se pode melhorar a qualidade e evitar os disfuncionamentos/erros nos processos das organizações de saúde será o foco do capítulo seguinte.

4 Como assegurar a performance nos cuidados de saúde

No seguimento do exposto nos capítulos anteriores, destacam-se os relatórios e estudos que revelam o facto dos cuidados de saúde possuírem uma qualidade inferior às expectativas, sejam elas dos próprios profissionais, dos utentes, dos investidores ou mesmo dos decisores políticos. Estes disfuncionamentos que implicam riscos aumentados de erros acarretam custos elevados. Por sua vez, os gastos ao corrigir um erro, implicam menos recursos para cuidar outros doentes e também na desacreditação dos sistema de saúde por parte da população que sente a saúde como um direito seu.

Para melhorar esta situação algumas medidas têm sido estudadas. Desta forma tem-se assistido nos últimos anos à discussão de diferentes abordagens para a melhoria dos sistemas de saúde.

Para além dos estudos individuais, também a Organização Mundial de Saúde (OMS) se tem debruçado sobre esta temática, de como assegurar a qualidade nos cuidados de saúde e na criação de mecanismos de performance dos sistemas de saúde e das organizações em particular. (Ovretveit, 2003)

A maioria dos governos, investidores privados e os próprios utentes têm vindo a realizar pressão para que as organizações de saúde desenvolvam mecanismos de controlo da qualidade e de estratégias de melhoria dos resultados. Ovretveit (2003) refere que a maioria dos profissionais acredita que alguma acção tem de ser tomada, mas não conseguem decidir qual a mais sensata e como proceder, principalmente numa conjectura de controlo de custos.

Se por um lado os profissionais no terreno têm dúvidas como proceder, a verdade é que a literatura aponta inúmeras estratégias para a melhoria da qualidade. Mas é difícil determinar as estratégias mais apropriadas e com melhor custo-efectividade para uma organização em particular ou para uma situação específica e na literatura procura-se um modelo que permita escolher a melhor estratégia. Estas são as questões colocadas pela própria OMS na procura de orientações para os estados, decisores políticos e entidades reguladoras da saúde.

Existe pouca evidência científica que ateste a efectividade da aplicação de uma estratégia de melhoria da qualidade nos hospitais. Esta falta de evidência não significa que não aconteça, reflecte muito provavelmente a dificuldade em avaliar as relações causa-efeito entre os resultados e as intervenções devidas à estratégia delineada, não podendo excluir efeitos relacionadas com factores externos. Como observamos em capítulos anteriores, o mundo é

complexo e as organizações de saúde são estruturas com uma dinâmica rígida à mudança e possui um *core-business* que implica difíceis previsões.

Ovretveit (2003) afirma existirem algumas publicações e relatórios que pretendem comprovar os resultados da implementação de diferentes estratégias. No entanto, estes apresentam metodologias pouco convincentes, tornando os seus resultados pouco válidos na perspectiva científica, nomeadamente não permitindo a extrapolação.

Com o objectivo de melhorar a capacidade dos decisores para formular, implementar e avaliar as estratégias de melhoria da qualidade, Ovretveit (2003) no âmbito da OMS, elabora uma revisão da literatura científica das estratégias existentes e dos resultados que obtiveram. Entende estratégia de qualidade como um programa de 2 a 5 anos, com o objectivo de melhorar a segurança do doente e do pessoal e melhorar a qualidade de uma forma global. Uma estratégia de qualidade difere de um instrumento de qualidade, na medida em que é uma abordagem generalizada para a instituição, durante um período de tempo, em vez de ser um método específico para um objectivo particular. Definiu como indicadores de avaliação do sucesso de uma estratégia, facilidade e custos de implementação, impacto nos profissionais de saúde, resultados para os doentes e redução de custos. Atribuiu aos estudos uma classificação numa escala de 1-6.

As 12 estratégias de melhoria das organizações de saúde, identificadas por Ovretveit (2003), são:

- Aumentar os recursos
- Reorganização de larga escala e/ou reforma financeira
- Reforçar o poder de gestão
- Normas e “*guidelines*”
- “*Empowerment*” do utente e definição dos seus direitos
- Sistemas de gestão da qualidade
- Avaliação da qualidade e acreditação, interna ou externa
- Gestão para a qualidade total e melhoria contínua da qualidade
- Parcerias para a qualidade
- Reengenharia
- “*Benchmarking*”
- Gestão do Risco e segurança.

A principal conclusão da revisão da evidência científica é a incapacidade de decidir que tipo de estratégia é melhor. Existem poucas investigações que avaliem a efectividade das

estratégias implementadas, não conseguindo demonstrar os passos que desenvolveram para conseguir levar a termo uma estratégia. Estas falhas devem-se à dificuldade em avaliar as intervenções e conseguir demonstrar que a melhoria nos indicadores está relacionada com a implementação da estratégia, não conseguindo excluir outros factores.

Ovretveit (2003) refere ainda, inúmeros estudos sobre a incapacidade de comprovar resultados da implementação da estratégia *gestão para a qualidade total e melhoria contínua da qualidade*, que é uma das mais divulgadas e aconselhadas por toda a literatura. Um estudo envolvendo 67 hospitais nos EUA, que implementaram esta estratégia, revelou mesmo que ao fim de dois anos os resultados para o utente não sofreram grandes modificações. Outro estudo revela que 61 hospitais, também nos EUA, com a estratégia para a qualidade total, falharam em atingir resultados de melhoria para os profissionais de saúde.

A estratégia de *aumento dos recursos*, não consegue provar melhorias na qualidade, apenas diminuição no tempo de espera, mas este é um indicador pobre, no que à qualidade se refere.

A criação de *normas e “guidelines”* são estratégias simples e fáceis de implementar, mas nem sempre têm em conta as necessidades de recursos e as variações dos contextos, revelando falhas na adesão e na credibilidade da estratégia.

Não existe nenhuma evidência científica relativa à implementação numa organização de saúde das estratégias de *reorganização, reengenharia e “empowerment” do utente e definição dos seus direitos*.

A estratégia de *sistemas de gestão da qualidade*, é mais comum na Europa, através do *European Foundation for Quality Management*. Embora se encontre muitos debates e partilha de experiências sobre a implementação deste tipo de estratégias, a verdade é que, não se encontra a comprovação de ganhos em qualidade de uma forma válida. A mesma situação se aplica para a estratégia de *avaliação da qualidade e acreditação, interna ou externa*.

A estratégia de *parcerias para a qualidade* tem revelado ganhos em indicadores únicos e não em grandes mudanças organizacionais, não se afirmando como uma alternativa viável para a estruturação de uma estratégia comum e global para as organizações.

Em relação ao *“benchmarking”*, que noutras indústrias tem-se revelado promissor na procura de melhor performance, nas organizações de saúde, não se conseguiu provar uma forte evidência dos seus benefícios.

Por último a estratégia de *gestão do risco e segurança*, apresenta-se como uma alternativa recente, que incorpora metodologias já testadas noutras indústrias. Os resultados

dos estudos extrapolados para o contexto da saúde parecem auspiciosos de atingirem melhorias.

Em síntese não existe nenhuma estratégia da qualidade que possa ser recomendada, numa perspectiva de evidência de efectividade, facilidade de implementação ou custos. Tendo em conta a crescente pressão nos decisores políticos e institucionais, em relação à necessidade de implementar melhorias nas organizações de saúde, importa encontrar mecanismos de comprovar os resultados da implementação das estratégias.

Tem-se debatido a implementação de uma estratégia genérica ou se esta deverá ser específica para cada situação. Por outro lado, debate-se a possibilidade da estratégia ser focada nos profissionais, ou ter uma abordagem organizacional.

A falta de resultados na comprovação de ganhos com a implementação das estratégias de qualidade revela um problema maior. Revela a dificuldade em desenhar estudos com instrumentos adequados para avaliar os resultados dos processos de uma organização de saúde. Como se comprova ganhos em saúde ou rentabilidade se não se pode excluir outros factores, existe dificuldade em criar grupos de controlo e em comparar instituições ou indicadores nas organizações de saúde.

Um dos maiores consensos, na escolha da estratégia, é que não existe *uma* estratégia perfeita mas é mais provável de ser bem sucedida se for escolhida com conhecimento das abordagens alternativas, adaptada ao contexto com possibilidade de ser revista e ajustada às mudanças conjecturais e é obrigatório o compromisso de toda a gestão. Também é importante, uma política e um contexto financeiro que premeia maior segurança e qualidade, tal como uma gestão transparente dos recursos, custos e qualidade do serviço. (Ovretveit, 2003)

Desta análise destacam-se a existência de dois paradigmas que interferem nos princípios das estratégias para melhorar os serviços de saúde. Um é a Qualidade, com um caminho já longo de definição de metodologias e instrumentos. A outra dimensão é a cultura de segurança do utente, mais recente, mas com uma implementação cada vez maior, muitas vezes associada em conjunto a componentes da Qualidade. Um terceiro paradigma que não tem sido muito referenciado para as organizações de saúde, é a Fiabilidade. Martins (2005b) aponta a cultura de fiabilidade organizacional como um instrumento para melhorar a performance através da criação de um estado de inteligência activa e capacidade de alerta. É este estado que consegue manter altos padrões de fiabilidade nos ambientes mais complexos.

De seguida, estes três *paradigmas* serão analisados de forma mais extensa, pois serão o foco do estudo.

4.1 O Paradigma da Qualidade

A geração *Baby-Boom* cresceu, exige e necessita de qualidade e quantidade de serviços de saúde. Esta geração espera um acesso imediato a um constante fluxo de novas terapias e de novas tecnologias. Para se conseguir atingir o nível adequado de serviços de saúde, é necessário que as administrações agarrem com vontade e de forma efectiva a implementação de uma gestão estratégica para a qualidade. (Nauert, 2005)

4.1.1 Contexto histórico

Embora a importância da qualidade, só tenha realmente emergido no final do séc. XX, a qualidade do produto e a sua normalização, têm sido importantes desde os primeiros tempos da humanidade. Davies (2003) sustenta esta afirmação no facto de que, mesmo os egípcios, teriam de ter um conceito de qualidade para poder construir pirâmides com tamanha precisão.

Segundo alguns autores, a evolução do conceito qualidade e a forma como esta foi sendo perspectivada, pode ser descrita em quatro grandes etapas: Inspecção ou Controlo da Qualidade; Garantia de Qualidade; Controlo de Qualidade Total e finalmente a Gestão para a Qualidade Total (GQT ou TQM do inglês *Total Quality Management*) por vezes também denominado de Melhoria Contínua da Qualidade (do inglês *Continuous Quality Improvement* — *CQI*). (Davies, 2003)

Em relação à primeira etapa, a Inspecção ou Controlo de Qualidade, foi desenvolvida e primeiramente aplicada no Reino Unido, nos anos vinte. O Controlo da Qualidade baseia-se em inspecções realizadas após a produção. A Qualidade era um processo no final da cadeia de produção. Nos anos 30, Shewart melhorou este sistema, introduzindo elementos matemáticos/estatísticos na qualidade, ao que chamou de “*statistical process control*”. (Davies, 2003)

Nos anos 40 a 50, surge a Garantia de Qualidade, na qual a qualidade não é inspeccionada, mas é integrada nos processos desde o início, começa-se a dar ênfase à prevenção em vez da inspecção. Os elementos estatísticos mantêm-se, mas desde a década de oitenta que preconizam zero defeitos, foi introduzida a BS5750 (actual ISSO 9000). Esta fase é ainda referida e categorizada, basicamente como um processo de inspecção às pessoas, equipamentos e processos. (Davies, 2003)

Os japoneses introduzem um novo conceito, a qualidade tem de ser integrada no desenho original dos processos para poder surgir no processo de fabrico. O actual significado do termo

garantia de qualidade é a prevenção de problemas de qualidade através do planeamento e sistematização das actividades. Para que este facto possa ocorrer, deve incluir o estabelecimento de um bom sistema de qualidade, de verificação, de auditoria do sistema produtivo e da capacidade de rever o próprio sistema. (Davies, 2003)

O Controlo da Qualidade Total é um conceito importado do Japão em meados dos anos oitenta. Este conceito pretende que a qualidade seja desenvolvida na organização. É uma abordagem que pretende expandir o conceito de qualidade e a sua filosofia, para além do processo produtivo e que a qualidade esteja presente em todas as actividades da empresa. Alguns profissionais preferem chamar-lhe de “*Assegurar a Qualidade*”, por se basear na aprovação por terceiros, auditorias dos sistemas, planeamento da qualidade, custos de qualidade, estudos das falhas e ou suas consequências, entre outros.

A Gestão para a Qualidade Total surgiu no final dos anos oitenta, início dos anos noventa e pretende que ocorra uma mudança, na forma, como a organização realiza os seus negócios. Pressupõe que a qualidade deve acompanhar todas as facetas da organização, esta deve ser gerida em função da qualidade, a todos os níveis e baseia-se em quatro princípios.

- Ir ao encontro dos desejos dos consumidores
- Trabalhar para criar processos livres de erros
- Gerir pela prevenção
- Medir o custo da não-qualidade (Davies, 2003)

Por vezes a Gestão para a Qualidade Total é referida como “*business excellence*”. Alguns autores descrevem que o seu objectivo é de assegurar que todas as actividades contribuem para atingir os objectivos chave do negócio e que são realizadas eficientemente. A filosofia subjacente é “*to do things right at first time*”. (Davies, 2003)

Em comparação entre as 4 formas de estar da organização face à qualidade, a aposta na Gestão para a Qualidade Total, permite às organizações uma visão de serem líderes de mercado, competitivas na qualidade e basearem-se em crescimento sustentado, redução de custos de produção e no aumento de quotas de mercado. (Davies, 2003) Esta evolução revelou-se nos anos noventa e tornou-se essencial colocar em primeiro a qualidade, para as organizações poderem crescer de forma sustentada.

Assim, conclui-se que apostar em melhor qualidade tem benefícios na produtividade, reduz custos e aumenta a margem de proveitos para toda a organização e todos os seus “*stakeholders*”

4.1.2 Gestão da Qualidade na Saúde

Desde os finais dos anos oitenta, e início dos anos noventa, que se tem observado crescentes interesses em perceber e gradualmente implementar elementos de contínuos melhoramentos na qualidade, ou de Gestão para a Qualidade Total, no sector da saúde. (Counte e Meurer, 2001)

Estas mudanças surgem da constatação de que as teorias económicas sobre o mercado da saúde falharam em proporcionar mecanismos de aumento da qualidade. (Glennester, 1998). Surgiu a teoria dos “*quasi-markets*” que propõe a introdução da competição como estímulo para a eficiência no sector da saúde, financiado por meios públicos. Este princípio foi a base para as reformas introduzidas na Suécia, Finlândia, Holanda, Alemanha e Nova Zelândia. (Glennester, 1998)

Na teoria económica geral, a qualidade de um serviço, ou produto é sustentada e alargada com base nas inovações que vão surgindo num ambiente competitivo. No entanto, é reconhecido que o mercado dos cuidados médicos possui características que não se encaixam nestes padrões e pressupostos. Embora este paradigma possa ser percepcionado nos EUA, onde muita da pressão para os melhoramentos na qualidade dos serviços prestados se deve ao mercado, noutras sociedades, muita desta pressão se deve aos governos, que interpretam um papel muito mais activo na regulação da saúde. (Counte e Meurer, 2001)

Os modelos e monopólio público, desprezam as preferências dos clientes, e com clientes cativos, os prestadores de cuidados não têm de se esforçar em manter ou melhor a qualidade dos seus serviços. Estes prestadores estão numa poderosa posição para manipular os governos, especialmente, no que concerne a uma perspectiva corporativa e poderosa na sociedade, que muitas das profissões relacionadas com a saúde possuem. No entanto, neste tipo de ambiente, a população prefere manter o livre acesso à saúde. (Counte e Meurer, 2001)

A teoria de “*quasi-market*” surgiu de um compromisso, de que seria possível, combinar o financiamento público, o livre acesso à saúde e em certo grau permitir a competição entre os prestadores públicos de saúde.

As estratégias de GQT representam uma mudança de paradigma para a aproximação às ciências de gestão, que também se tem verificado no sector da Saúde.

Rivers e Bae (1999) descrevem os conceitos-chave utilizados nas organizações de saúde, para implementar a GQT. Estes podem variar, mas a maioria utiliza os mesmos princípios, que inclui:

- Liderança forte

- Criação de um referencial de qualidade para a organização
- Mudança na cultura organizacional
- Foco no cliente
- Benchmarking
- Medição da qualidade e relatórios estatísticos
- Reconhecimento e gratificação
- Integração nos processos

Estas mudanças surgiram de formas diferentes em diferentes países. No Reino Unido, primeiro atribuíram aos *General Practitioners* (denominados de Médicos de Família) a responsabilidade e o poder de gerir para onde encaminhar os seus clientes. No Reino Unido, criaram-se os distritos de saúde, onde os prestadores de cuidados negociam e competem para obter os clientes, o que promove o aumento da responsabilidade pela qualidade do serviço prestado, porque os clientes já não são cativos.

Desta forma, os prestadores terão de competir pelos clientes, em vez de apenas reclamarem o seu orçamento anual ou contrato-programa. Estes factores vieram abalar o poder atribuído pelo monopólio dos hospitais públicos. (Glennerster, 1998)

Quando estas medidas foram implementadas, pretendeu-se aumentar:

- a capacidade de resposta e diminuição do tempo para cuidados não emergentes;
- a conveniência na escolha do local e da forma como os clientes receberam os cuidados;
- o número de tratamentos da mesma qualidade por unidade de custo;
- a qualidade médica por unidades de custo.

Glennerster (1998), descreve de forma extensiva a forma como se podem medir estes indicadores de aumento da qualidade e melhoramento da produtividade e diminuição de custos, medindo a capacidade de resposta às populações locais, a rapidez no tratamento, medindo a qualidade dos cuidados prestados utilizando a análise económica custo-efectividade. Nesta análise, conclui que embora o caminho tenha sido sinuoso, ocorreram melhoramentos na qualidade e na rapidez no tratamento, mas, nem sempre com o pressuposto controlo dos custos.

A implementação de estratégias para a GQT coloca uma especial ênfase na responsabilidade conjunta da qualidade e custos dos processos. Quando implementada devidamente, proporciona à organização, a capacidade de reduzir potenciais desperdícios, bem como aumentar a qualidade dos seus *outcomes*. A GQT proporciona às organizações de

saúde a oportunidade de criar um alto nível de competitividade e assim oferecer ganhos ao nível da qualidade e da produtividade.

Para determinar o nível de implementação das estratégias de GQT, podem ser utilizados diversos modelos, nos EUA, é comum usar-se o “*American gold standard*”, para a área da saúde é mais usado o *Malcolm Baldrige Award*, mas não tem tido muita aceitação. No Reino Unido o sistema de standardização para definir e implementar as estratégias de GQT é o *King’s Fund*, enquanto grande parte da Europa utiliza o *European Foundation for Quality Management* (EFQM), ambos baseados em critérios da ISO 9000. (Counte e Meurer, 2001)

4.1.3 Processo de Acreditação

A acreditação é um processo formal, pelo qual uma autoridade valida e reconhece a nível individual ou organizacional (como um hospital) a conformidade dos pressupostos e standards para os diferentes critérios da referida autoridade.

A acreditação de uma organização é realizada através da solicitação a uma entidade exterior ao hospital, que avalia o grau de conformidade com uma série de standards determinados previamente. (Bohigas, 1996) As entidades que realizam a acreditação, publicam as suas normas que são actualizadas periodicamente.

Um hospital que deseja ser acreditado, realiza o seu pedido de forma voluntária para a entidade que a irá realizar, esta, por sua vez, envia uma equipa de inspectores que realizam uma inspecção para verificar o grau de conformidade com as normas. Se esse grau é julgado como suficiente para a entidade acreditadora, esta entrega um certificado de acreditação, que tem um prazo de validade, na maioria dos casos de três anos.

Muitos dos hospitais procuram a acreditação de forma a aumentar o seu prestígio, entre os profissionais e entre o seu público, em alguns casos o processo de acreditação, permite também, que essa instituição possa negociar um contrato-programa e/ou um orçamento mais vantajoso. (Bohigas, 1996)

As entidades mais antigas e mais comuns a realizarem a acreditação são as seguintes:

- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations — JCAHO (EUA)
- Canadian Council on Health Services Accreditation — CC (Canadá)
- Australian Council on Healthcare Standards — AC (Austrália)
- King’s Fund Organizational Audit — KFOA (Reino Unido)
- New Zealand Council on Healthcare Standards — NZC (Nova Zelândia)

Todas estas instituições são não governamentais, mas algumas financiadas com fundos privados e outras com financiamento repartido com uma fatia de dinheiros públicos. Em geral o objectivo da entidade certificadora tem um princípio altruístico de melhorar a qualidade dos cuidados prestados. (Bohigas, 1996)

A primeira entidade a realizar a função de acreditação, na altura com o nome de “*Hospital Standardization Program*”, foi criada nos EUA, e foi iniciada pela *American College of Surgeons* em 1917. Em 1951, com o crescente desejo de acreditação e normalização na saúde, nos EUA, a *American College of Surgeons* associa-se a outras organizações e funda a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*, e em 1986 é renomeada com o actual nome. (Bohigas, 1996)

O *Canadian Council of Health Services Accreditation* iniciou funções em 1958, após se ter separado da *Joint Comission*. A congénere australiana foi fundada em 1973. O programa de acreditação do *King’s Fund* iniciou-se em 1988.

A *Joint Comission* e a sua homóloga canadiana são as mais antigas e conseqüentemente são as que possuem maior número de acreditações realizadas, Bohigas (1996) refere que para o ano de 1994 a *Joint Comission* certificou 4264 instituições e a congénere canadiana 464, o *Australian Council* 203 e o *King’s Fund* apenas 79.

Bohigas (1996) enfatiza a importância da acreditação para os hospitais, na medida em que, permite ganhos para uma maior eficiência e a prestação de cuidados de alta qualidade.

Nestes projectos, as próprias normas/standards são continuamente actualizadas, através do contínuo processo de aprendizagem, e novas formas de realizar a inspecção e novos pontos de avaliação são adicionados.

É reconhecida a capacidade do projecto de acreditação para melhorar a comunicação intrahospitalar. Num qualquer hospital médio ou grande, as políticas e os procedimentos são frequentemente fragmentados, com diferentes departamentos a definirem as suas próprias políticas descontextualizadas de toda a organização. O processo de acreditação permite o estabelecimento de um maior senso, de pertença para com a organização, e de corporativismo e de trabalho de equipa. (Vidall, 1998)

O processo de auditoria é muitas vezes percebido como uma ferramenta de gestão, de alguém que olha para a instituição de fora e se apercebe de dimensões por vezes ocultas pelo quotidiano. No entanto, não existem ainda evidência, de que, uma instituição que tenha sido certificada tenha melhores resultados que outra instituição que não se tenha submetido. (Vidall, 1998; Ovretveit, 2003)

4.2 Gestão do Risco Clínico e Patient Safety Culture

No seguimento dos estudos já mencionados do *Institute of Medicine* (Kohn, *et al.*, 2000) e da consciencialização do número de erros que existem no sector da saúde, a *Patient Safety Culture* (PSC) e a Gestão do Risco Clínico (GRC), têm se tornado no foco de intervenções estruturais das organizações de saúde.

A PSC no sistema de saúde, refere-se às actividades de evitar, prevenir e minimizar os resultados adversos ou lesões decorrentes do processo de cuidados de saúde. É o equivalente noutras indústrias à “*segurança operacional*”, mas completamente diferente da saúde ocupacional. A PSC, é diferente dos complexos objectivos da qualidade, bem como do propósito de atingir resultados clínicos óptimos, porque centra-se noutra vertente do processo de cuidar – gerir os riscos inerentes à complexa actividade da saúde. (Gaba, 2000) Por este motivo aparece associada ao movimento de gestão do risco clínico, no reforço da *Patient Safety*.

A GRC é convencionalmente definida pela sua forma em três processos: identificação, análise e controlo de riscos. O risco é definido em termos latos como os eventos que podem ameaçar ou prejudicar a organização e os seus interesses. A gestão do risco pretende ponderar entre os riscos (ou a consequência de tal exposição) e os custos da redução de riscos. Para realizar esta ponderação é necessário *identificar* os riscos existentes nas organizações (através dos registos, inquéritos dirigidos, auditoria de processos/serviços, ...), de seguida realizar uma *análise* que permita compreender as causas e consequências e estabelecer uma avaliação quantitativa e qualitativa dos riscos. Com esta informação é possível tomar decisões relativas ao *controlo* de riscos, através de mudanças nos sistemas, de forma, a prevenir ou reduzir os riscos, minimizar as consequências ou preparar para as possíveis sequelas. Esta sequência é uma definição genérica, mesmo fora do ambiente das organizações de saúde, sendo por vezes, centrada no evitar o prejuízo financeiro ou da própria organização, não no utente.

Nas organizações de saúde, é mais útil definirmos a GRC, através da sua função do que através da sua forma. Desta forma, entende-se que o foco não deve ser, minimizar os custos do risco e a protecção da organização, mas a melhoria da qualidade e a protecção do utente. (Walshe, 2001) Deve-se entender a GRC como uma das ferramentas da instituição para a melhoria da organização, mas orientada para a criação e manutenção de um sistema seguro de cuidados.

A necessidade de GRC surgiu do aumento dos processos legais, com pedidos de indemnização face a erros durante o percurso de assistência médica. Walshe (2001) refere que

entre 1975 e 1992, passou de 500 processos para cerca de 6000, com custos associados de um milhão de libras em 1975 para 200 milhões em 1996. É consensual, que esta subida não se deve ao aumento da negligência médica, mas sim, devido a um aumento da consciencialização do direito à saúde e principalmente da justiça, como forma de compensar as perdas decorrentes de falhas no sistema de saúde.

Com estas mudanças, ocorreu um grande reconhecimento de que os eventos adversos, têm grandes custos e consequências elevadas, levando ao interesse na gestão da qualidade dos cuidados de saúde e desta forma, promovendo a GRC. Há mais de três décadas que se assiste a movimentos de GRC nos EUA. No entanto, só nos últimos 15 anos se assiste ao crescimento do interesse nos países da Europa, inicialmente no NHS do UK.

Os instrumentos para a realização de GRC são vários, não havendo uma “melhor forma de fazer” ou mesmo uma “fórmula mágica” de implementar. Depende sempre da avaliação da organização e do estágio de desenvolvimento organizacional em que se encontra, bem como dos recursos disponíveis.

Os principais instrumentos podem ser agrupados em duas categorias. Na categoria da *identificação*, insere-se o relato de incidentes e as matrizes de risco. Na segunda categoria de *análise* inclui-se a *root cause analysis* (RCA) e as análises de risco (McIlwain, 2006).

Em relação ao relato de incidentes, este é dos instrumentos mais usados e muitas vezes o primeiro a ser implementado, pois é a base do sistema de gestão dos riscos. É considerado o instrumento primário para descrever a situação, entendendo os incidentes como qualquer acontecimento não intencionado ou inesperado que poderia, ou que levou, a lesões a um, ou mais, utentes do sistema de saúde.

Compreende-se que o seu relato tenha dificuldades em ser completamente extensivo. Este facto deve-se principalmente ao receio de atribuição pessoal do incidente ou a descredibilização de um serviço.

As matrizes de risco são um instrumento muito utilizado por todas as organizações, permitindo a descrição dos incidentes relatados, através da relação entre a frequência e a gravidade dos incidentes relatados ou identificados. Desta forma, permite a estratificação dos incidentes através da definição de uma matriz que pondera a frequência e a gravidade. Eventos com efeitos graves, mas pouco frequentes, são classificados como necessitando de intervenção imediata, da mesma forma, como incidentes com consequências insignificantes mas muito frequentes.

A RCA é uma metodologia estruturada de análise de incidentes e pretende, tal como o nome indica, perceber quais as origens do incidente. Existem várias formas de realizar RCA,

no entanto a descrita como “espinha de peixe” é das mais comuns. Nesta análise avalia-se 9 domínios (utente, individuo, tarefa, comunicação, equipa e sistema, educação e treino, condições de trabalho, organização e estratégia). Esta metodologia necessita de tempo e de recursos para analisar o incidente, de uma forma aprofundada e de múltiplas perspectivas. (McIlwain, 2006)

As análises de risco são um ciclo de questões que se colocam à execução dos processos, de forma a assegurar que estes são seguros. Podem ser desenvolvidas de forma proactiva (atendendo a problemas potenciais) ou serem reactivas (focando em problemas previamente identificados), podendo aplicar-se a critérios clínicos ou de gestão dos processos. (McIlwain, 2006)

Um dos exemplos de análises de risco é o modelo de *Failure Modes and Effects Analysis* (FMEA), que ao contrário de muitos modelos neste âmbito, pretende ir mais além do apenas modelo de relato. Ao contrário de muitos modelos que se concentram em analisar acontecimentos adversos, onde os erros já originaram prejuízos, a FMEA permite uma avaliação proactiva das vulnerabilidades dos sistemas e agir, mesmo antes que os erros e disfuncionamentos ocorram. Embora existindo outros modos de realizar a abordagem do risco, quando este se aplica à saúde e aos seus múltiplos processos, a HFEMA, é considerado um modelo conceptual mais simples e fácil de utilizar devido às suas definições e algoritmos de actuação. (DeRosier, 2002)

Para além de metodologias muito regradas, outras intervenções têm sido propostas, como a re-certificação dos profissionais e a formação no âmbito da segurança e da melhoria contínua. Este último ponto pretende o *empowerment* dos profissionais nas questões relativas à segurança, para que estas não sejam entendidas apenas, como responsabilidade da gestão macro da organização. Entende-se que o problema do erro na saúde tem que ser objectivo de uma mudança na cultura organizacional, que deve englobar conceitos de segurança, para a criação de um sistema de saúde mais fiável e seguro.

A PSC tem sido apontada como um subconjunto da cultura organizacional, especificamente, em relação aos valores e crenças sobre saúde e segurança dentro da organização. Feng, *et al* (2008) apresentam uma meta-análise dos documentos relativos às dimensões da PSC. Referem duas perspectivas para ajudar a compreender o conceito de PSC. Uma primeira abordagem está relacionada com a proposta de Schein relativa à cultura organizacional. Para Schein, a cultura é o resultado das interacções entre três camadas. A primeira camada (princípios base e objectivos) incorpora as políticas organizacionais, a estrutura de gestão e os objectivos da organização. Esta camada, por sua vez, pré-determina

ou condiciona os valores e crenças publicamente assumidas pelos gestores e profissionais. Os valores e crenças constituem a segunda camada que por sua vez influencia e predispõe os profissionais a comportamentos específicos.

Desta forma, a PSC na perspectiva de Schein, pode ser explicada da seguinte forma. Na primeira camada reflecte a determinação de que a PS é a *primeira prioridade* dos princípios e objectivos base da organização. Por sua vez, através desta definição, as políticas e os mecanismos de supervisão irão incorporar elementos de PS. Desta forma, os profissionais irão desenvolver valores e crenças, sobre a importância da segurança, que se irão demonstrar nos comportamentos de promoção da *Patient Safety*, nomeadamente, na adesão a protocolos de segurança, relato de incidentes, identificação de complicações, entre outras.

A segunda abordagem ajuda a compreender a PSC, de uma forma não tão causal, mas com mais ênfase à natureza dinâmica da PSC. Esta baseia-se no modelo de Johnson “*Culture Web*”, que contrapõe, o facto de a cultura organizacional não ser apenas o resultado de um objectivo central da organização, sendo o resultado da complexa interacção entre os valores e crenças das pessoas que constituem a organização. Desta forma, a cultura organizacional consiste nas relações entre a percepção dos profissionais e as suas atitudes face ao objectivo *core* da organização, bem como as relações de poder entre as actividades e a existência de um sistema de controlo da qualidade, que promova e mantenha as atitudes e comportamentos.

Em relação à PSC na perspectiva de Johnson, entende-se que, a colocação da segurança do doente como uma prioridade é mais o resultado da interacção entre os valores dos profissionais, as suas atitudes e crenças relativas à PS, juntamente com a “pressão” dos mecanismos de controlo da qualidade e de supervisão definidos do que resultado da definição dos objectivos centrais da organização.

Resumindo, para a criação de um sistema seguro de prestação de cuidados, este deve estar englobado na cultura da organização e ser implementado através dos mecanismos de Gestão do Risco, que não deve implicar apenas a gestão, mas todos os profissionais. A GRC, não existe de forma isolada, mas está entrelaçada com outras iniciativas de melhoria das organizações de saúde como as auditorias clínicas e a *Clinical Governance*. Este último representa o contexto em que a GRC efectiva deve ser promovida e continuamente melhorada. A GRC, não deve ser observada como uma actividade separada das actividades do dia-a-dia e requer trabalho de equipa, de forma multidisciplinar e a vontade de reflectir e aprender com os erros para atingir um sistema mais seguro.

O conceito de *Clinical Governance* é recente, finais dos anos 90, e nem sempre tem sido completamente compreendido. Como reflecte Houghton e Wall (2000), referindo opiniões,

para quem, a *Clinical Governance*, não é um conceito novo, mas um nome diferente para algo que já se faz, agrupando várias perspectivas, desde a segurança à qualidade. No entanto, como refere Taylor (2002), é de facto uma mudança, estando na base dos processos de assegurar a qualidade nos Sistemas de Saúde, através de profissionais competentes.

A definição de *Clinical Governance* proposta em 1999, citado por Houghton e Wall (2000), refere ser um referencial através do qual, as organizações de saúde são responsáveis pelos melhoramentos contínuos da qualidade nos seus serviços e garantir o cumprimento dos mais altos padrões de qualidade, criando um ambiente em que a excelência dos cuidados de saúde irá prosperar.

Através desta definição, observa-se o entrecruzar de algumas correntes, nomeadamente, a qualidade. No entanto, a *Clinical Governance*, tem como objectivo agrupar as abordagens da gestão, organização e clínicas para a melhoria da qualidade dos cuidados. Desta forma, a principal mudança é a responsabilização por todos os profissionais na implementação de processos de qualidade, deixando de ser o projecto de alguns, ou ideal da organização, para implicar todos. A *Clinical Governance* exige o desenvolvimento de um novo estilo de profissionalismo e uma mudança nas relações com os utentes e com a gestão. (Taylor, 2002)

4.3 Fiabilidade: contributos das *High Reliability Organizations*

Em geral as pessoas gerem mal os eventos inesperados, no entanto existem organizações em que estes eventos são comuns, ou que estes têm de ser contidos rapidamente na eventualidade de acontecer uma catástrofe. Estas organizações são classificadas como livres de erros, ou seja com alta fiabilidade, são as chamadas de *High-Reliability Organizations* (HRO).

Weick e Sutcliffe (2001) incluem nestas organizações, as centrais nucleares, as equipas de negociações de reféns, os controladores aéreos e os departamentos de emergência dos hospitais.

Estas organizações enfrentam um excesso de eventos inesperados e no entanto, conseguem gerir esses eventos de forma a superá-los. Weick e Sutcliffe atribuem este sucesso das HRO, em gerir o inesperado pelos seus esforços determinados em agir de uma forma (“*mindfulness*”), inteligente atenta e activa, assumida tanto a nível individual como colectivamente.

Ao se reconhecer esta capacidade nestas organizações, torna-se importante, colocá-las no centro do estudo organizacional e delas retirar contributos para as outras organizações.

Como refere Martins (2005b, p. 219),

“ao contrário da abordagem clássica, onde se inclui a da qualidade (...), a fiabilidade não é o resultado da standardização, pela procura da invariância organizacional, determinando regras formais para o desenvolvimento das actividades na organização. Pelo contrário, resulta de uma gestão continuada das oscilações da performance, a nível do posto de trabalho e de toda a dinâmica de interacções na organização.”

Weick e Sutcliffe (2001) afirma ainda que a fiabilidade assenta numa cultura organizacional, em pressupostos que influenciam as pessoas a gerirem o inesperado, este tipo de culturas apresenta várias características:

Cultura de relatos de erros. Uma cultura de segurança depende do conhecimento adquirido nos incidentes “*near misses*”, (quase erros, mas que não tiveram as consequências do erro), uma organização que aprende com os seus erros. Para isso acontecer é necessário que ocorra um relato dos erros de forma voluntária.

Cultura de Justiça. Criação de uma atmosfera de confiança definida pela forma como a organização pune e recompensa.

Cultura flexível. “é a que se adapta às exigências de mudança. O pressuposto fundamental é o modo e a rapidez com que a informação flui, o que tem implicações no design organizacional”. (Martins, 2005b, p. 218)

Cultura de aprendizagem. Baseada na partilha de informação, “uma cultura informada torna-se uma cultura de aprendizagem”. (Martins, 2005b, p. 219)

Quando Weick e Sutcliffe (2001) referem o conceito de (“*mindfulness*”) explicitam que as HRO, lutam para manter um estilo de funcionamento mental contínuo e integrado que lhes permite uma contínua actualização e perceber as múltiplas interpretações do contexto que as rodeia, quais os problemas que este contém, e quais as soluções que se podem desenvolver.

A principal diferença entre as HRO e outras organizações em gerir o inesperado, revela-se nas primeiras etapas do inesperado, quando apenas são visíveis sinais fracos de problemas, onde a tendência geral é responder com uma resposta igualmente fraca. Ao contrário, as HRO, por manterem o referido pensamento de contínua actualização, respondem ao sinal fraco de forma agressiva, mesmo que não se revele uma ameaça. Este “contra-ataque” é a chave em gerir o inesperado. (Weick e Sutcliffe, 2001)

Martins (2005b, p. 220) afirma ainda que “os resultados fiáveis tornam-se, assim, a consequência dos processos de cognição partilhados, assumidos colectivamente que, face à actividade quotidiana variável induzem actuações específicas com vista a evitarem consequências, não desejadas.”

O estudo das HRO coloca a fiabilidade como propósito central das organizações e que desta nova ideia, surge um novo paradigma de compreensão e de explicação da performance organizacional. Esta afirmação é facilmente percebida nas palavras de Martins (2005b, p. 221).

“Cobrindo as diferentes dimensões da performance — a ideal burocracia, que maximiza a eficiência, o ideal de cooperação que maximiza a satisfação das necessidades das pessoas, ou o ideal do sistema natural que maximiza a aquisição de recursos —, a fiabilidade vem reafirmar a lógica paradoxal necessária para capturar a contraditória natureza da vida organizacional.”

Desta forma, é com o desenvolvimento de uma inteligência colectiva que combina os processos cognitivos com variações nos padrões de acção, que permite às organizações terem mais sucesso em gerir o inesperado.

Weick e Sutcliffe (2001) apontam cinco processos que induzem o estado organizacional de “*mindfulness*”:

Preocupação com a falha. As HRO encorajam a declaração de erros, elas retiram ensinamentos dos “*near-misses*”, ou experiências, simulações do que correu bem ou mal. Estas organizações mantêm sempre uma preocupação com as falhas, as grandes e principalmente as pequenas, pois são o sintoma de que algo no sistema está mal e que mais tarde ou mais cedo pode se agravar e ter consequências imprevistas. (Weick e Sutcliffe, 2001) “Interessa, por isso, agir, não como um incidente isolado, mas verificar a cadeia causal que o produziu e as suas implicações.” (Martins, 2005b, p. 223)

Relutância para simplificar as interpretações. Outra forma de combater o inesperado é através da relutância para simplificar interpretações.

Ao contrário da grande maioria das organizações, em que para manter as pessoas focadas no seu trabalho é fornecida pouca informação sobre o restante processo, (têm uma “imagem pequena” de todo o processo), nas HRO, isto não acontece, nada é simplificado mas é fornecida uma ideia completa de como funciona a organização, pois essa pessoa pode ser uma ferramenta fundamental em detectar erros, ou “*near-misses*”. Desta forma, a organização pode aprender e evoluir.

As organizações fiáveis centram a sua atenção na tentativa de saberem mais acerca do que não sabem. Martins (2005b, p. 224), revela ainda que numa organização com diferentes pontos de vista, podem ocorrer conflitos, mas é ao “assumir os conflitos e desenvolver estratégias para a sua gestão, pois, uma condição essencial para a prossecução da fiabilidade. Weick e Sutcliffe (2001) afirmam ainda que é a divergência e não o que é comum, a chave da detecção de anomalias.

Sensibilidade às operações. Baseia-se na teoria de Reason, já abordada, relativa à trajetória do erro, onde os eventos inesperados resultam de falhas no sistema. Estas falhas, a que Reason, denomina de latentes, existem no sistema de defesa, nas barreiras e elementos de segurança da organização que estão presentes antes da sequência de acidente/erro acontecer.

Muitas destas falhas latentes só são descobertas após o erro acontecer, o que não é o caso das organizações fiáveis, estas distinguem-se por estar sempre na linha da frente, em perceber o “quadro todo”. Quando as pessoas que trabalham nas HRO, desenvolvem uma preocupação/sensibilidade às situações, esta preocupação, irá permitir realizar contínuos ajustes que previnem os erros de se acumularem e/ou agravarem. (Weick e Sutcliffe, 2001)

Resiliência. Reflete a capacidade de antecipar e reagir a potenciais perigos e erros. Martins (2005b, p. 225) refere a teoria de Bourier, de 1996, que uma prática de uma organização resiliente “é a mobilização de redes informais quando os incidentes ocorrem, dissolvendo-se logo que a normalidade volta.” Refere ainda que estas redes são formadas, ultrapassando os padrões normais de hierarquia ou grupos profissionais. As redes têm o seu principal valor na mobilização rápida de recursos cognitivos para gerir eventos que se tornaram impossíveis de antecipar. Weick e Sutcliffe (2001) referem que “*The signature of an HRO is not that it is error-free, but that errors don’t disable it.*”

Deferência com a *expertise*. As organizações fiáveis cultivam a diversidade, não só porque lhes permite ter uma maior noção do mundo complexo que as rodeia, mas também porque lhes permite reagir de uma forma mais variada e mais flexível, que é imprescindível para o seu sucesso. Desta forma, importa ter diferentes tipos de pessoas (diferentes *expertises*), que trabalhem juntas, e que, no seu todo sejam mais fortes do que o mesmo número de pessoas, com formatações idênticas, ou do que quando se encontram separadas.

Para prevenir os erros as HRO realizam o “*downsize*” em termos da decisão que é partilhada com as pessoas da linha da frente, independentemente do seu grau hierárquico. A decisão é realizada por aquele que tiver mais qualificações e mais *expertise*, para a tomar. Não é implicar a pessoa com mais experiência, pois a experiência por si só não garante a *expertise*.

Sintetizando, podemos afirmar que a fiabilidade deve ser o centro do estudo para o aumento da performance organizacional. E que esta melhoria da performance se baseia na capacidade de manter um contínuo estado de “*mindfulness*”, através dos cinco processos que permitem agir com antecipação e responder de forma adequada a todos os imprevistos que surgem na vida da organização. Como refere Martins (2005b), citando Weick, a estrutura do diagnóstico para a fiabilidade organizacional, deve ser operacionalizada através da identificação e análise dos cinco processos referidos.

4.3.1 Teoria dos Acidentes Normais

Uma abordagem divergente à Fiabilidade é apresentada por Perrow (1999) denominada de Teoria dos Acidentes Normais (TAN). Nesta perspectiva, o crescimento tecnológico cria sistemas altamente complexos com um potencial de catástrofe. Têm aparecido indústrias com uma organização complexa, que não permitem prever todas as suas possíveis interações ou inevitáveis falhas. Perrow coloca a questão da seguinte forma: como poderemos viver com este tipo de indústrias a ameaçarem milhares e milhões de vidas e a colocarem em risco vastas áreas de natureza?

A diferença fundamental entre a TAN e a Fiabilidade é que esta última, acredita que se tentarmos melhorar as organizações, iremos ter um sistema virtualmente livre de acidentes, por mais complexos que os sistemas possam ser. Por seu lado, a TAN acredita que por mais que tentemos iremos ter sempre acidentes, devido às características complexas e de ligação do sistema.

A Fiabilidade pretende o reforço das medidas de segurança, aprendizagem com os erros, melhor treino, pessoal experiente com uma cultura de comunicação e de capacidade de antever a crise. Para Perrow esta atitude de mais capazes, mais pró-activos, poderá trazer mais intervenções em sistemas complexos e de risco. Estas actividades podem interferir de forma inesperada e eventualmente catastrófica.

Perrow entende que antes de empreender em indústrias de grande complexidade e com grandes riscos deveremos ponderar os ganhos com essa implementação e se esses ganhos cobrem os riscos.

Para Perrow (1999) as indústrias são classificadas em três grupos. Deveria ser ponderado o abandono de algumas indústrias, por implicarem riscos mais elevados do que os seus benefícios, ou por estes benefícios poderem ser adquiridos de forma com menos riscos. Neste grupo inclui as centrais nucleares. Noutro grupo de organizações, classifica aquelas que deveriam ver a sua actividade restringida ao absolutamente necessário, até existirem formas com menos riscos de as executar. Neste ponto debate o transporte de material de guerra e a investigação genética. Por último as organizações que apresentam mais benefícios do que potenciais catástrofes devem ser toleradas e melhoradas.

Embora não pretendendo, um retrocesso, Perrow, suscita algumas questões mais de ética organizacional do que propriamente sobre a gestão dos riscos. Coloca questões que devem ser equacionadas, ao situar a discussão mais na fase de planeamento e da ponderação de implementar ou continuar projectos com riscos elevados.

No entanto, faz parte da Natureza Humana, tanto o erro como a procura de compreender o desconhecido, mesmo correndo riscos. A verdade é que muitas das indústrias e actividades inicialmente com elevados riscos, evoluíram para exemplos de alta-fiabilidade, vejam o exemplo da aviação civil e mesmo do crescimento das possibilidades cirúrgicas, com inúmeros riscos, mas com uma performance cada vez melhorada.

4.4 Síntese

No seguimento do capítulo anterior sobre os disfuncionamentos das organizações de saúde, neste capítulo, abordou-se uma das mais recentes questões na gestão de organizações de saúde; como assegurar a qualidade dos cuidados. Esta questão tem levado, nos últimos anos, à construção de variadíssimas estratégias que pretendem a melhoria da qualidade. De entre estas estratégias, salienta-se três grandes ideologias (Qualidade; Gestão do Risco e a Fiabilidade), que pretendem melhorar os cuidados de saúde para uma forma mais segura, fiável e com qualidade. Embora os objectivos se entrecruzem, as abordagens e estratégias propostas são diferentes.

Muitas destas ideologias são trazidas para o domínio da saúde, no seguimento do seu uso com sucesso para intervir na performance e fiabilidade de outras organizações, entendidas como exemplares, como a aviação ou a produção de energia nuclear. A necessidade da criação de uma cultura partilhada por todos os profissionais é um processo comum a todas as ideologias, actuando como um referencial para as orientações/acções de uma organização que aprende e evolui, mesmo com os seus erros ou *quase-erros*. Como já foi referido anteriormente, é da complexidade e do “ruído” que se consegue evoluir para um novo nível de estabilidade.

Das conclusões mais surpreendentes é a constatação da dificuldade na comprovação de resultados associados às estratégias implementadas, (ganhos em qualidade, mudanças nos profissionais, ou mesmo na redução de custos), sem excluir factores externos. A verificação de resultados de intervenções de âmbito geral, nas organizações de saúde, é difícil, principalmente devido à dificuldade no desenho de estudos com instrumentos adequados para avaliar os resultados dos processos de uma organização de saúde. Mais uma vez, a complexidade e a existência de múltiplos factores externos ou internos à própria organização comprometem as conclusões lineares que se procuram. São difíceis de provar as relações causais num mundo complexo, onde as intervenções têm implicações difíceis de prever e ainda mais difíceis de generalizar. Neste sentido, no capítulo seguinte, pretende-se entender a avaliação da performance das organizações de saúde.

5 Performance

Para se conseguir realizar a gestão de qualquer processo ou da própria organização, é necessário, ter presente noções da sua performance, como está a evoluir no tempo e como a performance está a ser influenciada por factores externos. Mais importante ainda será, comprovar as influências dos projectos de mudança e desenvolvimento organizacional na performance.

Desta forma, entende-se que a medição da performance organizacional desenvolve um papel de extrema importância na tradução das estratégias em resultados. As medidas de performance são delineadas para determinar o sucesso da organização em atingir os seus objectivos, é a tradução numa escala, da forma como os objectivos estão a ser cumpridos. No geral, as medidas são compostas por vários indicadores que se encontram relacionados com a performance, porque decorrem da definição dos objectivos, visão da organização, ou mesmo de regras que determinam os processos da organização.

A importância de medir a performance tem tido crescente importância, principalmente devido à crescente dinâmica de competição nas indústrias e organizações. A medição da performance por antigos modelos, já não consegue emular o estado da organização de forma adequada e no tempo necessário, não permitindo a implementação de estratégias competitivas. (Pun e White, 2005)

A medição da performance desenvolve um papel importante na gestão da eficácia e eficiência da organização. A necessidade de alinhar as medidas de performance com os objectivos definidos pela estratégia da organização é aceite globalmente e encontra-se bem documentada na literatura. (Denison, Hooijberg, Quinn, 1995; Mintzberg, 2004; Pun e White, 2005)

Por outro lado, a forma como a organização avalia a sua performance, reflecte a sua cultura e a forma como formula a estratégia e a promove. A complexidade de gerir uma organização hoje em dia, exige que os gestores sejam capazes de medir a performance e analisar o impacto das diferentes dimensões da performance, para atingirem um nível de organização excelente. Desta forma, nos últimos anos se tem referido à importância de medir a performance, como uma forma de comunicar e encorajar a implementação da estratégia da organização. Esta conjectura, sustenta-se nas proposições de Schein, sobre a cultura organizacional (referida anteriormente), a definição da estratégia influencia os valores e o referencial do trabalho, mas também o referencial da supervisão, criando uma cultura

partilhada por todos os elementos da organização focada nos objectivos estratégicos. Estes processos são entendidos como áreas críticas na criação, de vantagem competitiva de uma forma sustentada.

As medidas de performance são entendidas como um sistema escalonado usado para quantificar tanto a eficiência como a eficácia das acções. Existem múltiplas formas de desenvolver medidas de performance. Pun e White (2005) categorizam os diferentes modelos de criar as medidas de performance em dois grandes grupos. No primeiro grupo encontram-se as medidas de auto-avaliação, como o *Deming Prize* (Japão e Ásia), *Baldrige Award* (nos EUA) e o EFQM (Europa). No segundo grupo, agruparam os modelos desenvolvidos para permitir aos gestores a medição e melhorar os processos em análise. Neste grupo, inclui-se a Pirâmide da Performance (Lynch e Cross, 1991), *Balanced Scorecard* (Kapland e Norton, 2000), *Cambridge Performance Measurement Process* (Bourne e tal., 2000) e o Prisma Da Performance (Adams e Neeley, 2000). A apresentação aprofundada dos diferentes modelos não tem cabimento neste documento, no entanto, salienta-se o modelo de *Balanced Scorecard* como dos mais usados nas organizações de saúde e com um forte incentivo da sua utilização por parte da tutela.

Kaplan e Orton, nos anos 80, desenvolveram um instrumento que permite aos gestores uma melhor percepção da performance organizacional. Permite a definição do *Scorecard* que gere a informação considerada necessária, e que a apresenta de uma forma explícita, e de acordo com metas previamente definidas. Este facto vem permitir que, com este conhecimento atempado, as decisões de gestão fossem mais adequadas e sincronizadas com os objectivos da empresa.

Este instrumento surgiu da constatação de que as métricas financeiras para realizar a avaliação da performance organizacional, já não estavam a permitir uma correcta tomada de decisões. Ocorrendo a discussão de que era necessário tanto métricas financeiras, mas também operacionais. Neste contexto, Kaplan e Orton, apresentam o referido instrumento, onde apresentavam um conjunto de quatro áreas de parâmetros, quatro perspectivas de medir a performance organizacional: Financeira; Consumidores; Processos Internos e Aprendizagem e Desenvolvimento.

O *Balanced Scorecard* coloca a estratégia e a visão no centro da gestão e não o controlo. Permite estabelecer objectivos, mas mantém o pressuposto de que as pessoas irão adoptar as atitudes e medidas necessárias para atingir os resultados esperados. E nas palavras de Kaplan e Norton (2005, p. 180) “*The Balanced Scorecard keeps companies looking – and moving – forward instead of backward.*”

Para além dos modelos que pretendem a determinação da performance, numa perspectiva dos gestores, nos últimos anos têm se construído e validado medidas subjectivas da performance das organizações, principalmente no âmbito de estudos entre organizações e estudos correlacionais do impacto de diferentes medidas de gestão. Exemplos destas medidas podem ser encontrados em Delaney e Huselid (1996); Welbourne, *et al.* (1998) Wall, *et al.* (2004).

Wall *et al.* (2004) apresentam um estudo sobre a validade da utilização de medidas subjectivas da performance organizacional, onde concluem que há boas razões para que estas medidas sejam e continuem a ser utilizadas. Principalmente devido ao seu custo-efectividade, uma vez que, os dados podem ser colhidos através de questionário ou entrevista. Mas a principal razão, é que, para algumas organizações ou níveis de análise pode não haver outras alternativas válidas. Neste tipo de organizações, insere-se a maioria dos serviços públicos e organizações de voluntariado com orientação não-lucrativa, ou mesmo, empresas pequenas, onde não existem registos organizados.

As medidas subjectivas e objectivas de performance, diferem na sua construção em dois grandes pontos. Por um lado, as medidas subjectivas tendem a avaliar a performance de uma forma global enquanto as medidas objectivas são focadas em indicadores precisos, normalmente financeiros ou de resultados dos serviços prestados. Por outro lado, as medidas subjectivas tendem a questionar o nível de performance da organização em relação aos seus concorrentes, ou seja, são por comparação, enquanto que as medidas objectivas são absolutas.

Na análise extensa de Wall *et al.* (2004), concluem que existe associação entre as medidas subjectivas e as objectivas, ou seja, que estatisticamente oferecem a mesma interpretação dos resultados. Demonstraram também evidência da validade de construção das medidas subjectivas, que dificilmente levam a conclusões diferentes das retiradas com medidas objectivas. Concluíram ainda, que as medidas subjectivas, não tendem a sobrestimar as relações entre variáveis, mais, do que as próprias medidas objectivas. Desta forma, a sua utilização permite a determinação da performance organizacional, de um forma mais simples, mas válida.

5.1 Performance nas organizações de saúde

Nas organizações de saúde, ficou claro, do capítulo 3, que a noção de performance não se pode circunscrever a uma dimensão quantitativa (n.º de consultas, n.º de cirurgia, episódios de urgência, ...), mas deve ser entendida como um conceito multidimensional. Também ficou

explícito, a dificuldade na avaliação do impacto das estratégias na performance da organização, ou mesmo na mais simples questão, de redução de custos.

Também a OMS, considera que os governos são responsáveis por assegurar, que os seus sistemas de saúde proporcionam cuidados óptimos às suas populações. Para isto, os governos, devem desenvolver e implementar sistemas de monitorização e de regulação da performance dos prestadores de cuidados, em especial dos hospitais. Uma vez que, a OMS identifica estes sistemas de medição, como pouco desenvolvidos na Europa. (World Health Organization, 2003).

Para a OMS, o conceito de performance, aglomera os conceitos de qualidade, eficiência e eficácia dos serviços de saúde. Neste sentido, a OMS tem vindo a desenvolver o instrumento *Performance Assessment Tool for quality improving in Hospitals* (PATH). Este instrumento foi criado, através de diversas perspectivas de *experts* na área, que em reunião definiram seis dimensões para a análise da performance hospitalar (eficiência clínica, actividade focada no utente, produção eficiente, segurança, staff e gestão responsável). Para a selecção dos indicadores, pressupõe a colheita de dados que estão previamente registados, como o número de consultas, reinternamento, infecções nosocomiais, entre outros. (World Health Organization, 2003; World Health Organization, 2005)

Fragata (2006a) a respeito da performance, introduz uma abordagem diferente, associando o conceito de performance a desempenho, reflecte sobre o “processo de produção” da cirurgia. O próprio, ressalva que não devemos estar focados no sentido estrito de desempenho, entendido apenas como número da actividade assistencial (resultados cirúrgicos, índice de mortalidade, taxas de complicações, ...), que embora seja uma parte dominante, deve-se ter em conta no desempenho a avaliação de outras actividades, como o Ensino, Investigação, Publicação e Inovação, que são também actividades relacionadas com uma boa performance.

Esta ideologia segue a abordagem sobre a performance de Borman e Motowidlo de 1993. Nesta perspectiva as dimensões a avaliar relativas à performance, devem ser entendidas em duas grandes categorias, as relacionadas com a tarefa e as relacionadas com o contexto. As primeiras são as relacionadas com a produção de trabalho em si, mas na categoria de contexto, inserem-se as actividades como a produção do conhecimento, mas também, actividades mais simples de promoção da coesão intra-equipa e melhoria dos valores organizacionais (Motowidlo e Van Scotter, 1994; Greenslade e Jimmieson, 2007; Bergman, *et al.*, 2008).

Para Fragata, a performance tem de ser entendida em relação à complexidade da tarefa/caso. “Uma figura alegórica que nos ajuda a apreender o conceito de performance é a

do salto em barreiras, no qual todos teremos excelente performance se a fasquia for colocada ao nível do joelho!” (2006a, p. 81).

Desta forma, a performance (de uma situação específica) é o resultado do cruzamento entre a complexidade dessa situação (constante) e o resultado (variável), como esquematizado na Figura 3. Ou seja, a performance de uma intervenção específica é determinada pelo resultado (que depende de outros factores, portanto é variável), mas tem de ser sempre indexada ao grau de complexidade da intervenção.

Figura 3 — Equação da Performance



Legenda: A Performance é determinada pelo resultado indexado à complexidade, adaptado de Fragata (2006a, p. 82)

A performance é determinada pela complexidade das situações (variável intrínseca), por um lado, e por outro, é determinada por factores humanos, de equipa, técnicos, organizacionais e de acaso, que Fragata denomina de complexa variação espontânea. (Fragata, 2006)

Embora, a associação proposta por Fragata, pareça muito focada no desempenho pessoal, a verdade é que se adequa à determinação da performance organizacional. Um bom exemplo são as Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, se uma estiver integrada num centro cirúrgico, irá ter resultados (tempo de internamento, mortalidade, morbilidade, ...) completamente diferentes de outra que não desenvolva esse tipo de cuidados.

Outros autores, desenvolvem outras perspectivas, baseadas em outras teorias da gestão, salienta-se a abordagem de Tregunno, *et al.* (2004), que utiliza a abordagem de Quinn das forças contrastantes para determinar a performance de Departamentos de Emergência, com base nas perspectivas dos diferentes *stakeholders*. Neste estudo, conclui que a determinação da performance apenas por uma parte, implica uma visão inexacta e incompleta. Com a utilização do referencial das forças contrastantes, permitiu a criação de 39 indicadores que ponderam a performance do Departamento de Emergência.

Outros modelos relativos à performance organizacional se podem encontrar, e diferentes metodologias de criação de instrumentos adaptados a diferentes organizações ou serviços. No entanto, todos consideram a performance como multidimensional e um conceito que tem de ser mais explorado nas organizações de saúde. Por outro lado, a questão do benchmarking só tem significado se indexada à complexidade. Os factores que determinam a performance

cruzam com os factores que determinam o erro e as falhas, desta forma, investir na promoção de ambientes mais seguros, é então melhorar a performance.

5.2 Síntese

Neste capítulo, pretendeu-se compreender como é realizada a determinação da performance nas organizações e em especial nas organizações de saúde. Entende-se a performance como um aspecto fulcral, na implementação da estratégia definida, sendo necessário, um conjunto de indicadores, para se saber navegar numa empresa.

Os mecanismos de medição da performance organizacional têm evoluído nos últimos anos, e encontram-se diversas metodologias de criação do painel de indicadores, de entre os quais, salienta-se a comum abordagem de Kaplan e Norton, *Balanced Scorecard*.

A utilização de medidas subjectivas da performance aparece descrita como capaz de inferir a performance organizacional, da mesma forma que as medidas objectivas.

No âmbito da saúde, observam-se crescentes movimentos de criação de referenciais de performance, que permitam uma gestão mais ponderada e adequada à estratégia das organizações de saúde.

Parte II — Os Serviços de Urgência Pediátrica como referência

Nos capítulos precedentes, constatou-se que as recentes investigações e as novas correntes de pensamento têm-se debruçado em tentar compreender o mundo numa era de crescente complexidade. Nestas correntes encontram-se os paradigmas do caos, ou seja, as teorias dinâmicas ou transformistas, como quadros conceptuais de referência para compreender mecanismos complexos e imprevisíveis.

Embora seja aceite, as organizações como dinâmicas e complexas, onde abunda o “caos” e a imprevisibilidade, a verdade é que caminhamos para a “gestão do caos” capacitando os gestores e líderes em compreender o caos e de “*managing the unexpected, assuring high performance in an age of complexity*” parafraseando o título de Karl Weick (2001).

Está na natureza humana não se render a determinismos prévios, à sorte ou ao destino. O Homem desde sempre quis comandar e gerir o seu próprio destino, desta forma, embora reconhecendo que estamos a caminhar para um crescendo da complexidade nas organizações e um novo mundo de incertezas estamos a criar novos paradigmas que nos permitam melhorar a nossa performance.

O estudo dos erros e ou falhas são a face visível de que em qualquer organização ocorrem disfunções às actividades previamente estabelecidas, porque estamos sempre a referirmo-nos a situações complexas, onde abundam múltiplas forças, com relações por vezes imprevisíveis e não previamente determinadas.

Com os estudos de Ovretveit (2003), demonstrou-se a dificuldade em definir estratégias que consigam comprovar ganhos em qualidade ou performance na Saúde. Existem três paradigmas que se têm afirmado na melhoria da qualidade das organizações de saúde. O paradigma da gestão da *Qualidade* e o paradigma *Gestão do Risco Clínico e Segurança* têm tido uma larga disseminação entre as organizações de saúde, devido à pressão exercida quer pelos utentes ou pelas orientações das entidades reguladoras dos sistemas de saúde, que cada vez mais promovem estas abordagens. A *Fiabilidade* constitui-se o terceiro paradigma, mais recente na saúde e ainda pouco divulgado, sem grandes experiências de implementação.

Desta forma, considera-se central nas questões de investigação perceber como estes paradigmas interferem na performance organizacional. É esta a questão central do estudo que se apresenta de seguida e que lhe dá título.

Da revisão bibliográfica, observou-se a presença de uma discrepância de opiniões na entre a *Fiabilidade* e a *Gestão do Risco*. Por um lado, a *Fiabilidade*, entende que devemos

recorrer aos bons exemplos, das *High Reliability Organizations*, e considera os Serviços de Urgência como exemplares e portadores de características de uma organização fiável. Ao aceitar esta perspectiva entendemos os Serviços de Urgência como capazes de assegurar a performance, mesmo nos ambientes mais hostis e complexos, onde os erros podem acontecer, mas não desenvolvem efeitos catastróficos. Esta opinião é defendida por Reason (1990) e Weick e Sutcliffe (2001). Desta forma, deveremos colocar os Serviços de Urgência como referenciais no estudo das organizações de saúde, aprender com eles e generalizar a sua fiabilidade.

Por outro lado, surgem estudos que apontam para a “ponta do iceberg” que se tinha mantido escondido até então das discussões académicas; o Erro em Saúde. Esta questão evidenciada na Gestão do Risco, afirma, que os erros com ou sem consequências para o doente ou para a própria organização, prevalecem por toda a organização de saúde, da mesma forma que pelos Serviços de Urgência.

É do conflito destes dois pontos que surgiu, a necessidade de compreender, se afinal estamos perante um serviço de fiabilidade, ou com falibilidade como demonstram os estudos sobre o erro em saúde. Desta forma, constitui-se os SU como objecto de estudo e eventual modelo para outros serviços de saúde.

Resumindo, importa perceber como se pode melhorar a performance das organizações de saúde, e qual o caminho a desenvolver, de entre as diferentes ideologias. Por outro lado, interessa centrar as investigações nesta área nos bons exemplos. Assim, interessa centrar nos Serviços de Urgência, o estudo da performance das organizações de saúde.

1 Metodologia

De forma a uma melhor organização da investigação, esta encontra-se faseada em dois estudos, sequenciais e complementares, que decorrem de dois eixos de investigação.

Estudo I — A realidade dos SUP

O primeiro estudo pretendeu compreender os SU, nas dimensões dos 3 paradigmas já referidos. Desta forma, perceber se os SU possuem a maioria das características dos processos de Fiabilidade, altos níveis nas dimensões da Qualidade e uma bem desenvolvida cultura de *Patient Safety*.

Assim, surgiu o primeiro eixo de investigação, de carácter descritivo das características dos SU, que pretendeu verificar a seguinte hipótese:

- Os SU apresentam boas classificações nas dimensões da Qualidade, Fiabilidade e de *Patient Safety Culture*.

Define-se como “boas classificações”, quando na determinação dos valores das dimensões, estas sejam pelo menos 75% da melhor classificação possível.

No seguimento desta hipótese, pretendeu-se também determinar, se:

- As dimensões da Qualidade, Fiabilidade e de *Patient Safety*, variam, segundo a instituição em que o SU está inserido, a categoria profissional, ou o tempo de exercício no SU.

A metodologia usada neste primeiro eixo de investigação, em relação à primeira hipótese, foi a de um estudo descritivo, porque se pretendeu a enumeração e identificação dentro das dimensões em análise e desta forma permite um maior domínio dos factores que caracterizam os SU.

Em relação à segunda hipótese, pelo facto de se estar a comparar grupos, onde não se manipula a causa (como nos estudos experimentais), permite classificar o estudo como causal comparativo. Este modelo não permite o teste com rigor de existência de relações causais, mas permite uma melhor compreensão das questões que influenciam as variáveis em estudo e orientar para futuros caminhos de investigação.

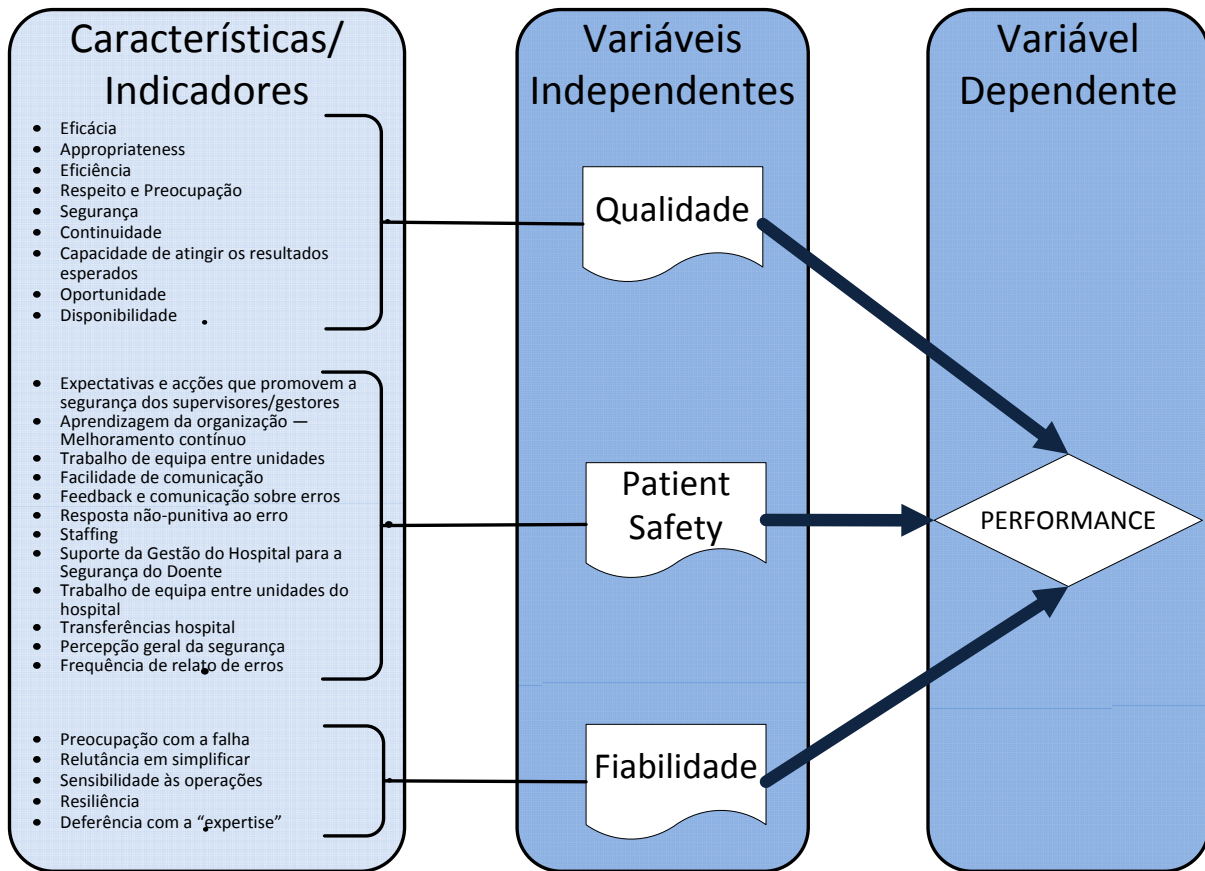
Estudo II — Como melhorar a performance dos SUP, em busca de um modelo.

O segundo estudo, surge da necessidade de perceber como as características dos três paradigmas (Qualidade, Fiabilidade e *PS*), anteriormente analisadas se relacionam com a performance do SU. Pretendeu-se a criação de um modelo explicativo da forma como as dimensões da Qualidade, Fiabilidade e *Patient Safety*, influenciam a performance dos SU. O modelo testado pode ser sistematizado na Figura 4.

Com este modelo pretendeu-se perceber como se pode melhorar a performance através das dimensões dos três paradigmas.

Em relação ao segundo eixo de investigação a metodologia é correlacional porque, pressupõe o estudo de nexos de causalidade entre variáveis (dimensões da Qualidade, Fiabilidade, *PS* e da Performance), a criação e teste de um modelo explicativo que permita compreender as relações dos três paradigmas e a performance.

Figura 4 — Modelo da Relação dos Paradigmas (Qualidade, PS e Fiabilidade) com a Performance



Legenda: Modelo a ser testado que ilustra as correlações a serem testadas entre as variáveis independentes (Qualidade, *Patient Safety*, Fiabilidade) e a Performance. Apresenta os indicadores que avaliam as variáveis independentes

1.1 Instrumento de recolha de dados

Após a consolidação do referencial teórico, nos capítulos anteriores, procedeu-se à escolha do instrumento de análise que deve permitir a avaliação das variáveis que a teoria apontou como relevantes para o estudo.

É aconselhada a adopção de instrumentos previamente validados, que meçam as variáveis escolhidas, com base numa teoria sólida. Desta forma, após a revisão bibliográfica e análise, dos prós e contras de cada instrumento já existente, ou da criação de um novo instrumento, optou-se por quatro diferentes instrumentos, para analisar os referenciais da *Patient Safety Culture*, Qualidade, Fiabilidade e Performance. O instrumento final encontra-se no anexo 1.

1.1.1 Patient Safety Culture

A abordagem de *Patient Safety* tem surgido muito recentemente, com base nos modelos conceptuais centrados no doente. Para a análise da cultura de PS, utilizou-se o questionário de Sorra de 2004, que é o resultado de um estudo encomendado pela *Agency for Healthcare Research and Quality*. Este questionário foi validado com mais de 1400 respostas e em 21 hospitais dos Estados Unidos da América. O questionário é composto por sete secções, com diferentes focos de análise, como se pode ver no anexo 1 – *Patient Safety*.

O instrumento está focado nas questões de segurança do doente e no relato de eventos ou erros, ele avalia doze dimensões da cultura de segurança. Sendo oito, ao nível das unidades/serviços, duas ao nível do hospital/instituição e duas em relação aos resultados. Para além destas dimensões pressupõe a determinação de mais dois indicadores dos resultados atingidos pela cultura de segurança. Entre parêntesis surgem as questões que avaliam estas dimensões, quando surge (r) significa que a escala é invertida.

As dimensões da cultura de segurança relativas às unidades/serviços são:

- Expectativas e acções dos supervisores/gestores que promovem a segurança (*B1, B2, B3rB4r*)
- Aprendizagem da organização — Melhoramento contínuo (*A6, A9, A13*)
- Trabalho de equipa entre unidades (*A1, A3, A4, A11*)
- Facilidade de comunicação (*C2, C4, C6r*)
- Feedback e comunicação sobre erros (*C1, C3, C5*)
- Resposta não-punitiva ao erro (*A8r, A12r A16r*)
- *Staffing* (*A2, A5r, A7r, A14r*)
- Suporte da Gestão do Hospital para a Segurança do Doente (*F1, F8, F9r*)

Ao nível do hospital/instituição são também avaliadas:

- Trabalho de equipa entre unidades do hospital (*F4, F10, F2r, F6r*)
- Transferências hospital (*F3r, F5r, F7r, F11r*)

Dois dimensões dos resultados:

- Percepção geral da segurança (*A15, A18, A10r, A17r*)
- Frequência de relato de erros (*D1, D2, D3*)

Por último, dois indicadores ao nível dos resultados:

- Escala de Segurança do Doente (*E1*)
- Número de eventos reportados (*G1*)

O instrumento foi traduzido e adaptado para português. Antes da sua aplicação foi realizado um pré-teste, com o objectivo de realizar os ajustes finais ao nível de semântica e da facilidade no entendimento de todas as questões.

1.1.2 Fiabilidade

Para a análise da capacidade de assegurar a performance, ou seja a fiabilidade dos Serviços de Urgência Pediátrica, optou-se por seguir a proposta de análise de Weick e Sutcliffe (2001), que embora não esteja testada, segue a análise dos cinco processos que induzem o estado organizacional de “*mindfulness*”.

Quando Weick (2001), refere o conceito de (“*mindfulness*”) explicita que as HRO, lutam para manter um estilo de funcionamento mental contínuo e integrado que lhes permite uma contínua actualização e perceber as múltiplas interpretações do contexto que as rodeiam, quais os problemas que este contém, e quais as soluções que se podem aproveitar. Segundo Weick, o questionário, permite a análise da capacidade da organização de ser “*mindfulness*”, ou seja, a sua capacidade de assegurar a performance, baseada em mecanismos de fiabilidade, uma performance livre de erros. Pretende-se, segundo o próprio autor do instrumento, evidenciar a habilidade da organização para se manter livre de erros, mesmo, sobre condições que ameaçam a segurança e a produção. (Weick e Sutcliffe, 2001)

O instrumento descrito é composto por cinco secções, as primeiras quatro, avaliam de uma forma mais geral a fiabilidade e a capacidade da organização de responder ao inesperado. A última secção é composta por cinco partes, avaliando respectivamente os cinco processos que Weick enuncia como características das organizações fiáveis. Será usada apenas a última secção que irá demonstrar a capacidade do sistema de gerar o estado de “*mindfulness*”, com base nos cinco processos característicos das HRO. Esta opção deve-se ao facto da extensão do questionário, mas principalmente pelo facto, de esta secção ser mais objectiva e relacionada com a teoria dos cinco processos característicos das HRO.

À semelhança do questionário anterior, realizou-se a tradução e adaptação das questões propostas por Weick, e um pré-teste. Os resultados do pré-teste foram algo decepcionantes, havendo muitas questões com ideias repetidas, onde apenas se invertia o sentido da afirmação. Desta forma, através das sugestões dos participantes no pré-teste e a revisão final de peritos na matéria, optou-se pela criação de um instrumento com 4 questões, para cada um dos processos. Estas questões foram escolhidas por serem as que melhor caracterizavam o processo, com base nas definições de cada processo. (ver anexo 1 - Fiabilidade)

Durante o pré-teste do questionário, com base nas sugestões e na análise sumária dos dados, decidiu-se que a escala a utilizar no preenchimento seguiria a mesma lógica do questionário anterior da cultura de segurança. Desta forma, em vez de questionar o grau de concordância para um acontecimento ou o grau em que a característica descreve a unidade de análise, será questionada a frequência com que esses acontecimentos ou características ocorrem. O que na prática, em termos semânticos, traduz-se na mesma percepção para quem está a responder. O facto do acontecimento ocorrer frequentemente significa que este é característico da dimensão em análise e que a descreve.

A escala que Weick e Sutcliffe apresentam, é também algo limitada, pois apresenta apenas três opções, (*not at all; to some extent; a great deal*), pelas mesmas razões acima mencionadas, esta foi alterada, para uma escala de cinco pontos (nunca, raramente, algumas vezes, a maioria das vezes e sempre).

1.1.3 Qualidade

Central nos processos de melhoria da qualidade é a necessidade de identificar e medir as características-chave da qualidade das organizações. Os estudos de Sower, *et al.* (2001) com o objectivo de construir um instrumento que conseguisse analisar os aspectos multidimensionais da qualidade, realizam uma extensa abordagem dos referenciais teóricos mais comuns para validar as suas pesquisas. Esta revisão da literatura revelou que existe uma grande variabilidade da forma como a qualidade é conceptualizada e medida. Esta grande variabilidade torna confusa a escolha por um caminho sólido para medir a qualidade, uma vez que não existe uma definição e modelo único, global e aceite pela maioria.

Sower, *et al.* (2001) ao realizarem a confrontação das dimensões da qualidade de 6 diferentes perspectivas, concluíram que embora algumas dimensões sejam transversais, a verdade, é que existe sempre algumas diferenças. Mais importante, conclui que o referencial teórico mais global e com maior poder explicativo das dimensões da qualidade nas organizações de saúde é o da JCAHO.

O instrumento desenvolvido por Sower *et al.* (2001) revelou que as nove dimensões da qualidade da JCAHO, são robustas para enquadrar todas os indicadores recolhidos relativos à qualidade, quer sejam relativos à perspectiva dos utentes ou dos profissionais. No entanto, não existe descrito nenhum instrumento válido que permita avaliar as nove dimensões da JCAHO.

No seguimento deste estudo é consensual que para medir a qualidade de um serviço de saúde o instrumento se deve focar nas 9 dimensões da Qualidade propostas pela JCAHO.

Desta forma, criou-se o instrumento para avaliar a qualidade, de uma forma simples. Pedindo aos profissionais que aceitassem responder ao questionário, para, com base na sua percepção dos cuidados prestados no seu serviço, classificarem-no nas nove dimensões, numa escala de 0-20 pontos. Eram apresentadas as definições das dimensões, após tradução e adaptação das dimensões apresentadas por Sower *et al.* (2001, p. 59).

A opção por uma escala maior do que as anteriores deve-se ao facto de reear uma homogeneização dos resultados com base numa escala mais curta. Desta forma, optou-se por uma escala mais larga e de utilização comum. (ver anexo 1 - Qualidade)

1.1.4 Performance

A medição da performance das instituições, sejam elas organizações de saúde ou outras indústrias tem sido matéria de debate nas ciências da gestão, porque à semelhança da dimensão “qualidade” é também multidimensional e difícil objectivar. No entanto, muitos estudos já comprovaram que as medidas subjectivas baseadas na percepção da performance organizacional apresentam uma boa correlação com as medidas objectivas de performance organizacional. Para mais informações sobre o estudo de variáveis da organização percebidas através dos seus profissionais, ver os estudos de (Delaney e Huselid, 1996; Welbourne, T.; Johnson, D. Erez, A., 1998; Wall, *et al.*, 2004; Carmeli, *et al.*, 2007).

Objectivamente a medição da performance de um serviço de saúde é por si só uma tarefa complexa, onde os dados a recolher não são acessíveis e os modelos que existem, pressupõem uma avaliação múltipla de acordo com as estratégias e objectivos definidos para esse serviço. Muitas vezes, estes modelos impedem a comparação ou extrapolação para outras realidades. Estas dificuldades podem ser facilmente observadas nos estudos de (Browne, *et al.*, 2000; Tregunno, *et al.*, 2004; Michie e Michael, 2004).

Da revisão dos artigos sobre as medidas de percepção da performance organizacional, o trabalho desenvolvido por Delaney e Huselid (1996), é o mais referenciado, apresentando um instrumento validado para múltiplas organizações. O instrumento é composto por seis questões que pedem para situar o desempenho da organização, comparativamente com outros serviços que se dedicam às mesmas actividades. Este foi o instrumento escolhido para determinar a performance dos SU. Realizou-se a tradução e adaptação das questões e um pré-teste, à semelhança dos instrumentos anteriores. (ver anexo 1 – Performance)

1.2 Sujeitos

Ao pretender-se o estudo de um SU e as suas características nas dimensões de Qualidade, Fiabilidade, *Patient Safety Culture* e Performance, houve necessidade de definir que tipo de SU iria ser alvo de estudo e quais os sujeitos que integrariam o estudo,

Como o autor da dissertação exerce funções num Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), torna-se mais lógico e interessante a opção por estudar os SUP, por potenciar as conclusões e melhor compreender as relações entre variáveis.

Definiu-se como critérios de inclusão dos SUP, para o estudo:

- Ser considerado como SUP de referência;
- Estarem ligados a universidades para a formação de médicos e enfermeiros;
- Possuir mais de 50000 episódios de urgência por ano e menos de 120000;
- Fazer parte do SNS e integrar instituições do Sector Público Administrativo do Estado.

Considera-se como unidade de referência quando é o local de referenciação de outros SUP e possui o apoio de especialistas em sub-especialidades pediátricas, (por exemplo: cirurgia pediátrica; neurologia pediátrica; neurocirurgia; nefrologia pediátrica; entre outras). Desta forma, consegue-se que a complexidade dos episódios de urgência seja semelhante, para não ser questão de enviesamento do estudo.

O critério de integrar o Sector Público Administrativo prende-se com a necessidade de homogeneidade da amostra. Embora os diferentes SUP tenham populações diferentes e recursos diferentes, por serem públicos, os hospitais regem-se pelas mesmas linhas orientadoras.

Os funcionários que devem responder aos questionários serão os médicos e enfermeiros que exerçam funções no SUP, podendo prestar cuidados directos ou pertencer aos cargos de gestão e apoio. Esta opção prende-se com o facto de a maioria das decisões que se tomam no percurso de doença estar dependente destes dois grupos profissionais. Define-se como critério único de exclusão, da participação do estudo, o facto de exercer funções há menos de seis meses.

1.3 Procedimentos

Após a definição do objectivo do estudo, o seu desenho metodológico e a criação do instrumento de recolha de dados, previamente validado, realizou-se o pedido formal aos Conselhos de Administração de 6 Hospitais que cumpriam os requisitos de inclusão.

Os seis hospitais foram: Hospital de São João no Porto e Hospital Pediátrico de Coimbra, em Lisboa o Hospital de Santa Maria, Hospital de São Francisco Xavier, Hospital Fernando da Fonseca e Hospital de Dona Estefânia.

De entre estes 6 hospitais propostos para o estudo, apenas 4 aceitaram participar. Os outros dois (Hospital Fernando da Fonseca e Hospital de São Francisco Xavier), negaram a sua participação, alegando, não estarem em condições de realizarem o estudo ou que iriam sofrer reformulações no SUP e não seria oportuna a sua realização.

Após contacto com todos os serviços, operacionalizou-se a recolha de dados, com o auxílio de um elemento de referência/dinamizador do estudo para cada SUP. Note-se que todos os participantes, inclusive o dinamizador foram voluntários na execução do estudo.

Os dados foram colhidos entre os meses de Novembro de 2008 e Fevereiro de 2009.

Para a análise dos dados utilizou-se o programa SPSS[®] Versão 16.0.2 (SPSS, Inc., 2008). A verificação de que as dimensões da Qualidade, Fiabilidade e de PSC, variam segundo o SUP, a categoria profissional ou o tempo de exercício profissional, foi realizado com a utilização do teste não paramétrico Kruskal-Wallis. A escolha deste teste deve-se ao facto de as variáveis em análise não possuírem distribuição normal, nem as variâncias populacionais estimadas a partir da amostra, foram consideradas homogéneas pelos testes e *Kolmogorov-Smirnov* (com a correcção de *Lilliefors*) e de *Levene*, respectivamente. Por outro lado, os casos por categorias não são suficientes, para poder usar o teorema do limite central. Mas como refere Maroco (2007), no caso de não se verificar a possibilidade de utilização dos testes paramétricos é preferível usar os não paramétricos, que apresentam potência mais elevada e devem ser preferidos, nestas situações. Definiu-se uma probabilidade de erro tipo 1 (α) de 0,05.

Para a realização do estudo II, a criação de um modelo explicativo da performance dos SUP, utilizou-se o método de regressão linear para determinar o modelo que melhor explica a variação observada na Performance.

2 Caracterização da amostra

Dos 4 hospitais que aceitaram participar, foram recolhidos 153 questionários, que pertencem a SUP de referência no país. Por razões de confidencialidade o nome dos SUP encontra-se codificado pelas quatro primeiras letras do alfabeto.

O Quadro 2 reflecte a distribuição da amostra pelos 4 serviços, neste quadro observa-se um ligeiro predomínio do SUP A com mais representatividade do que os outros três, chegando a ter mais 13 pontos percentuais do que o serviço menos representado. No entanto, no global acredita-se não ter implicações estatísticas, porque a amostra possui casos suficientes para cada SUP para a realização dos testes estatísticos.

Quadro 2 — Questionários por SUP

SUP	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
A	53	34,6	34,6
B	32	20,9	55,6
C	35	22,9	78,4
D	33	21,6	100,0
Total	153	100,0	

Legenda: Número de questionários válidos por SUP

Através da análise do Quadro 3 e da Figura 5, observa-se que a classe profissional mais representada é a enfermagem com uma frequência acumulada de 68,6% da amostra, sendo a categoria de enfermeiro.

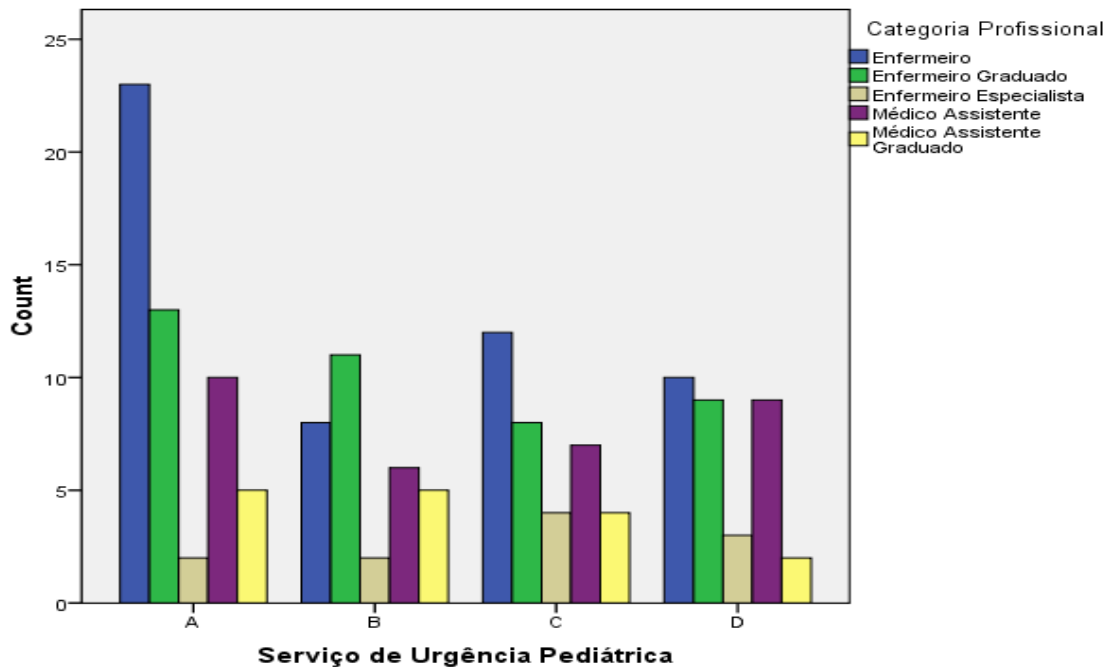
A Figura 5 permite uma análise da distribuição por categorias profissionais pelos quatro SUP. Nesta figura, verifica-se a existência de diferenças ao nível da distribuição, nomeadamente o SUP B apresenta mais enfermeiros graduados do que enfermeiros, ao contrário dos outros SUP. Por sua vez o SUP B apresenta uma prevalência semelhante de médicos assistentes e de assistentes graduados, o que não se observa nos outros SUP, onde os médicos assistentes são consideravelmente mais do que os assistentes graduados.

Quadro 3 — Categoria Profissional por SUP

		Categoria Profissional					Total
		Enfermeiro	Enfermeiro Graduado	Enfermeiro Especialista	Médico Assistente	Médico Assistente Graduado	
Serviço de Urgência Pediátrica	A	23	13	2	10	5	53
	B	8	11	2	6	5	32
	C	12	8	4	7	4	35
	D	10	9	3	9	2	33
	Total	53	41	11	32	16	153

Legenda: Questionários válidos por SUP e por Categoria Profissional

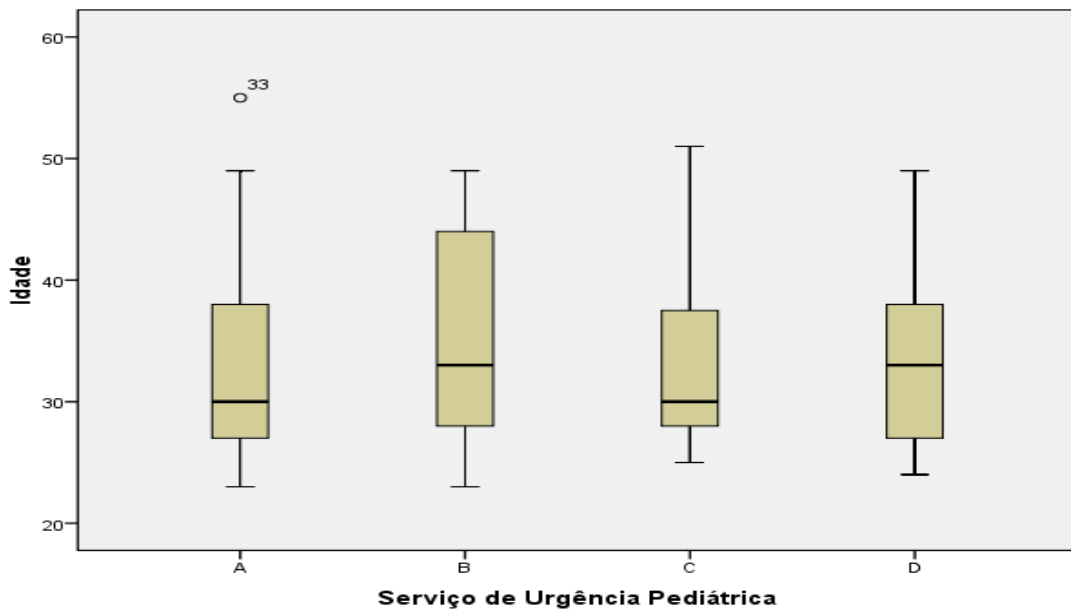
Figura 5 — Categoria Profissional por SUP



Legenda: Questionários válidos por SUP e por Categoria Profissional

Em relação à idade, a amostra recolhida, possui uma média de idades de 33,61 e um desvio padrão de 7,647, com um mínimo de 23 anos e um máximo de 55 anos. Através da análise da Figura 6, observa-se uma dispersão da amostra de forma idêntica por todos os SUP, o que é confirmado pelo quadro 4 que revela dados semelhantes pelos quatro SUP.

Figura 6 – Idade da amostra por SUP



Legenda: Diagrama de extremos e quartis relativos à Idade por SUP. As linhas a negrito representam a mediana, enquadrada entre o 1º Quartil (extremo inferior da caixa) e o 3º Quartil (extremo superior da caixa). As barras inferiores e superiores representam, respectivamente o mínimo e o máximo das distribuições. Observa-se um *outlier* no SUP A.

Quadro 4 — Resultados estatísticos da Idade por SUP

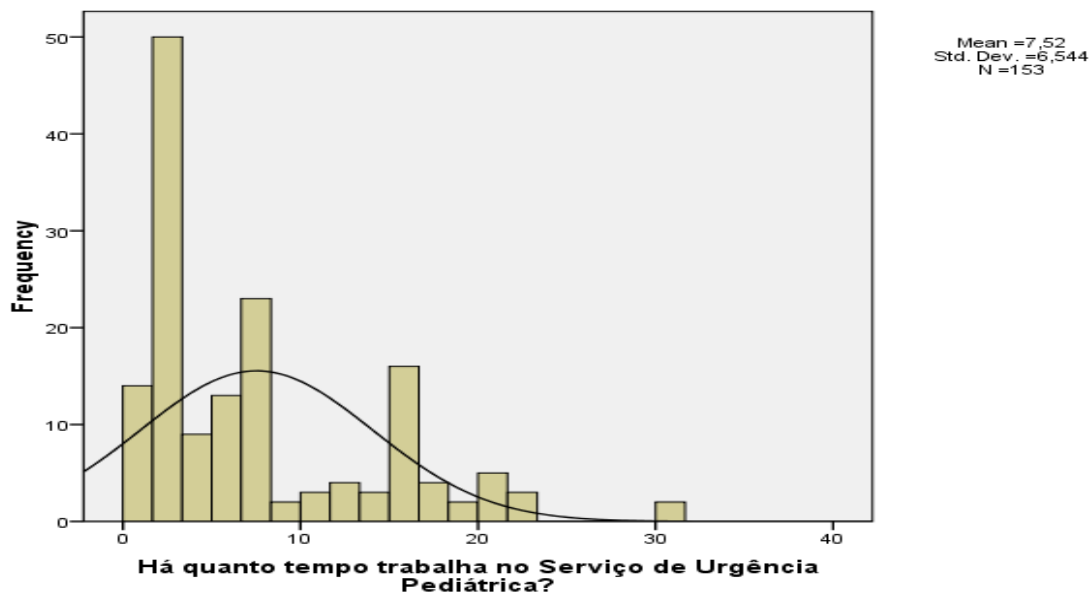
Serviço de Urgência Pediátrica	A	B	C	D	Global
Média	32,81	35,25	33,40	33,55	33,61
Desvio padrão	7,813	7,899	7,686	7,181	7,647
Mínimo	23	23	25	24	23
Máximo	55	49	51	49	55
Varição	32	26	26	25	32

Legenda: Resultados estatísticos da Idade por SUP

Em relação ao género, verificou-se maior predomínio do género feminino, contando com 79,7% da amostra. Esta situação, vai de encontro ao esperado, pelo facto da enfermagem estar mais representada e estes dados serem representativos de um serviço de saúde na área da pediatria.

Em relação ao tempo que exercem funções no SUP, observou-se uma média de 7,62anos com um desvio padrão 6,54, com os resultados a variarem entre o 1 ano e os 30 anos. Através da análise da Figura 7 observa-se um predomínio dos 3 anos de funções no SUP (moda estatística).

Figura 7 — Tempo de funções no Serviço de Urgência Pediátrica



Legenda: Frequências dos resultados do tempo de funções no SUP com curva de normalidade

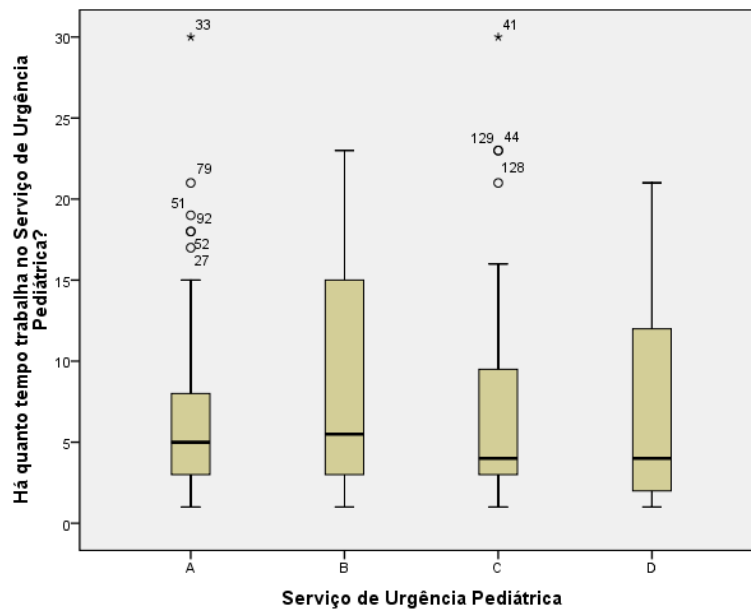
Ao observarmos o tempo de funções no SUP obtemos os dados do Quadro 5, que podem ser mais facilmente interpretados pela análise da Figura 8. Desta análise, conclui-se que o SUP B apresenta uma média de tempo de serviço no SUP um pouco mais alta e um terceiro quartil mais “experiente” do que os restantes. Sobressai ainda, os inúmeros *outliers* nos SUP A e C. Após consulta à base de dados, verificou-se que estes outliers pertencem às categorias profissionais que implicam mais anos de serviço, como os Enfermeiros Especialistas e os Médicos Assistentes Graduados.

Quadro 5— Resultados estatísticos do tempo de funções no SUP por Serviço

Serviço de Urgência Pediátrica	A	B	C	D	Global
Média	7,17	8,62	7,54	7,00	7,52
Desvio padrão	6,095	7,214	7,445	5,662	6,544
Mínimo	1	1	1	1	1
Máximo	30	23	30	21	30
Varição	29	22	29	20	29

Legenda: Resultados estatísticos do Tempo de funções por SUP

Figura 8 — Tempo de funções no SUP por Serviço



Legenda: Diagrama de extremos e quartis relativo ao Tempo de funções no SUP por Serviço. Observam-se outliers com mais do que um desvio padrão, assinalados com círculos e com pelo menos dois desvios padrões assinalados com uma estrela.

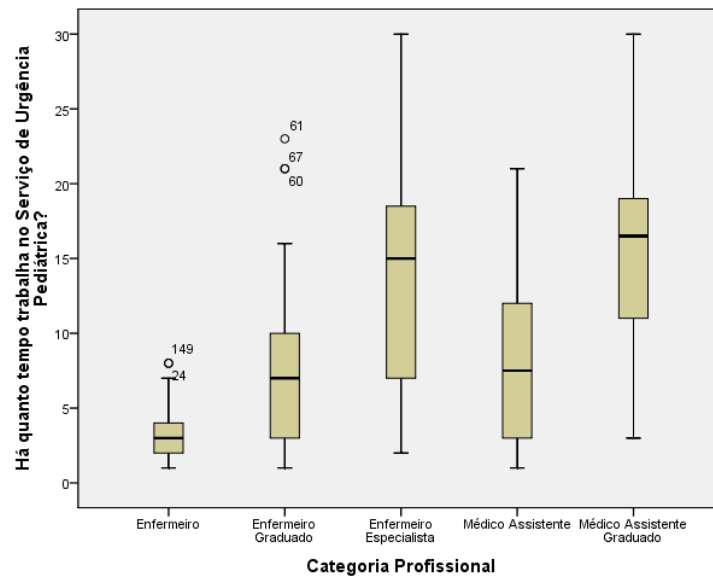
O Quadro 6 e a Figura 9 esclarecem a afirmação anterior relativa à presença de *outliers* na Figura 8. Observando-se um claro predomínio do tempo de funções no SUP das categorias de Enfermeiro Especialista e de Médico Assistente Graduado.

Quadro 6 — Resultados estatísticos do tempo de funções no SUP por Categoria Profissional

Categoria profissional	Enfermeiro		Médico		Global
	Enfermeiro	Enfermeiro Especialista	Médico Assistente	Médico Assistente Graduado	
Média	3,11	8,27	7,91	15,12	7,52
Desvio padrão	1,750	5,732	5,561	5,561	7,658
Mínimo	1	1	1	1	3
Máximo	8	23	21	21	30
Variacão	7	22	20	20	27

Legenda: Resultados estatísticos do Tempo de funções por Categoria profissional

Figura 9 — Tempo de funções no SUP por Categoria Profissional



Legenda: Diagrama de extremos e quartis relativo ao Tempo de funções no SUP por Categoria Profissional.

Observam-se outliers com mais do que um desvio padrão, assinalados com círculos.

Em relação ao facto de exercer funções noutra serviço, observou-se que 64,1% da amostra exerce funções noutra serviço. Se observarmos o Quadro 7 observa-se que a maioria dos médicos exerce funções também noutra serviço. Provavelmente, poucos são os SUP que possuem uma equipa médica exclusiva. Por sua vez, a maioria dos enfermeiros exerce funções apenas no SUP.

Quadro 7 — Funções noutra serviço por Categoria Profissional

	Categoria profissional					Total	
	Enfermeiro	Enfermeiro Graduado	Enfermeiro Especialista	Médico Assistente	Médico Assistente Graduado		
Exerce funções noutra serviço, para além do SUP?	Sim	13	9	3	19	11	55
	Não	40	32	8	13	5	98
	Total	53	41	11	32	16	153

Legenda: Funções noutra serviço para além do SUP por Categoria Profissional

Em síntese, a amostra recolhida apresenta os resultados expectáveis para a realidade de um SUP. Nos SUP trabalham duas realidades, por um lado, profissionais há pouco tempo no serviço (que são a maioria) e outros mais experientes com diferentes categorias profissionais que exercem funções há mais tempo no SUP. Observa-se que os médicos apresentam funções fora do SUP, ao contrário dos enfermeiros e como esperado há um predomínio do género feminino.

Infelizmente, não foi possível determinar a taxa de cobertura do questionário, porque a informação relativa à constituição das equipas é muito variável e não foi facultada.

3 Estudo I — A realidade dos Serviços de Urgência Pediátrica

Como foi explicado no capítulo da metodologia a primeira fase do estudo, que corresponde à caracterização dos SUP nos três paradigmas (PS, Fiabilidade e Qualidade) constituirá o Estudo I. Inicialmente será realizada uma abordagem por cada dimensão e no final do capítulo uma síntese dos resultados obtidos.

3.1 Patient Safety Culture

3.1.1 Método

A PSC é avaliada pelas 14 dimensões já referidas anteriormente. Numa primeira fase, para cada dimensão determinou-se o valor médio entre os indicadores avaliados no questionário. Posteriormente testou-se a existência de diferenças na distribuição das dimensões da PSC pelos diferentes SUP; categorias profissionais e tempo de funções no SUP. Para a realização dos testes de diferenças na distribuição foi usado o teste de Kruskal-Wallis.

3.1.2 Apresentação dos Resultados

Para a realização desta análise realizou-se a conversão das 44 variáveis medidas através do questionário, nas 14 dimensões da Cultura de PS, tal como proposto por Sorra (2004) e explicado no capítulo da metodologia.

No Quadro 8 apresenta-se as estatísticas descritivas das 13 dimensões da PSC, que são avaliadas numa escala ordinal. No entanto, para uma melhor compreensão das variações dos valores médios é mais fácil a representação gráfica demonstrada na Figura 10. Os valores médios e os desvios padrões da totalidade das questões que avaliam a PSC podem ser encontrados no anexo 2.

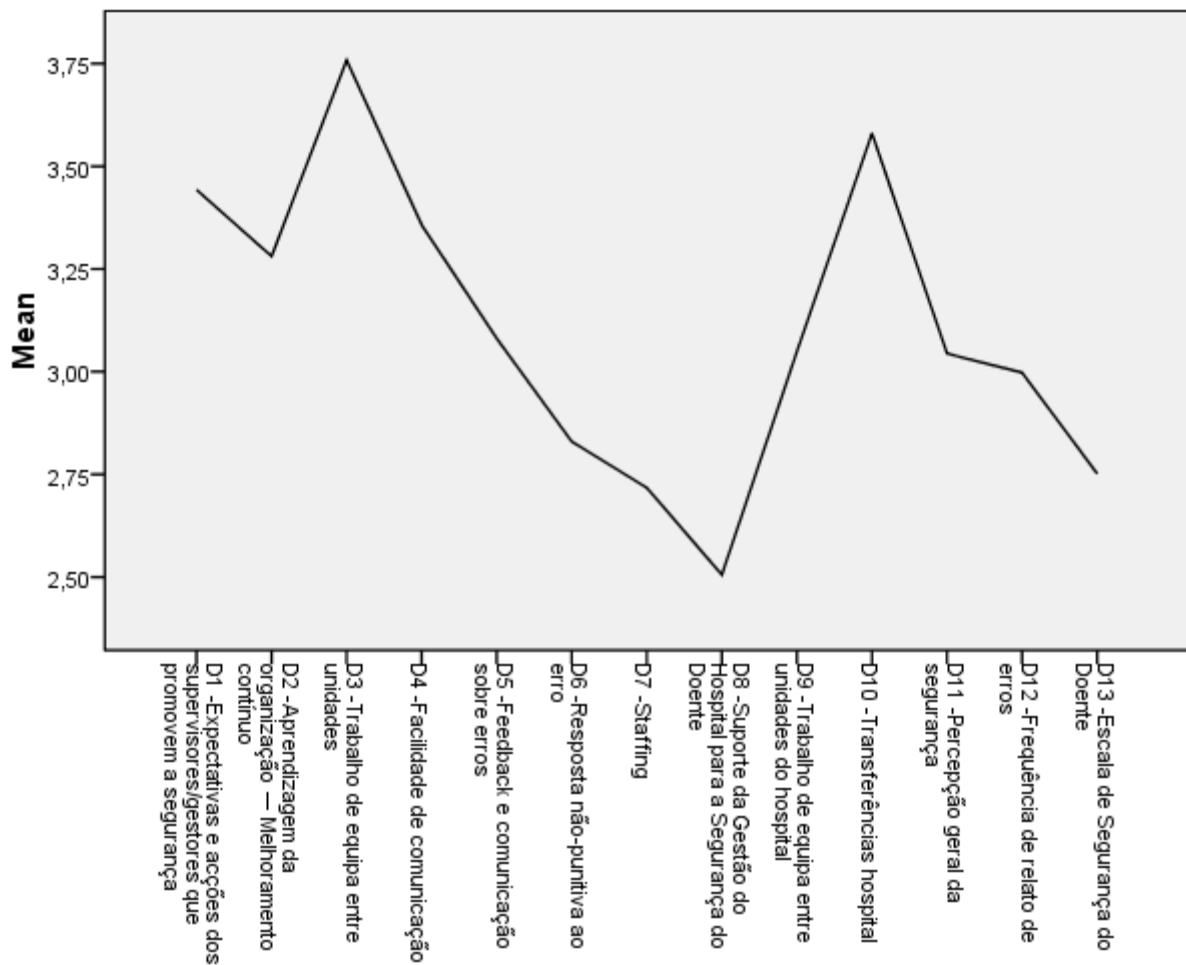
Quadro 8 — Estatísticas descritivas das Dimensões da Cultura de PS

Dimensões da Cultura de PS	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
<i>D1 -Expectativas e acções dos supervisores/gestores que promovem a segurança</i>	1,00	4,50	3,4428	0,72235
<i>D2 -Aprendizagem da organização — Melhoria contínua</i>	1,67	4,67	3,2810	0,68837
<i>D3 -Trabalho de equipa entre unidades</i>	1,50	5,00	3,7582	0,58869

D4 -Facilidade de comunicação	1,67	5,00	3,3573	0,70928
D5 -Feedback e comunicação sobre erros	1,00	4,67	3,0806	0,83773
D6 -Resposta não-punitiva ao erro	1,67	4,33	2,8301	0,62022
D7 -Staffing	1,00	4,25	2,7173	0,64296
D8 -Suporte da Gestão do Hospital para a Segurança do Doente	1,33	4,00	2,5054	0,64675
D9 -Trabalho de equipa entre unidades do hospital	1,50	4,75	3,0490	0,66705
D10 -Transferências hospital	2,00	5,00	3,5801	0,66184
D11 -Percepção geral da segurança	1,50	4,75	3,0441	0,67748
D12 -Frequência de relato de erros	1,00	5,00	2,9978	0,90442
D13 -Escala de Segurança do Doente	1,00	5,00	2,7516	0,82143

Legenda: Resultados da estatística descritiva das 13 dimensões da Cultura de PS (N=153)

Figura 10 — Perfil dos valores médios das dimensões da Cultura de PS



Legenda: Valores médios das dimensões quantitativas da Cultura de PS (avaliadas numa escala de 1 a 5 e N=153)

A única dimensão que não está representada na figura e quadro anteriores, corresponde ao “Número de eventos reportados”. Esta dimensão é avaliada por escalões, não sendo possível realizar médias sobre estes dados, logo, não é possível a sua apresentação agrupada às outras dimensões. No entanto, no Quadro 9 pode-se observar as frequências observadas nesta dimensão.

Quadro 9 — Número de eventos reportados nos últimos 12 meses

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Nenhum relato de incidente	96	62,7	62,7
1 a 2 relatos de incidente	42	27,5	90,2
3 a 5 relatos de incidente	9	5,9	96,1
6 a 10 relatos de incidente	6	3,9	100,0
Total	153	100,0	

Legenda: Frequências das categorias de número de eventos reportados.

Determinou-se o *alfa de Cronbach* para o conjunto das 14 dimensões, revelando um resultado 0,739. É convencionalmente aceite que um valor acima de 0,7 é aceitável (Peterson, 1994). Desta forma, permite concluir que este conjunto de variáveis mede de forma correcta um constructo unidimensional latente; neste caso a *Patient Safety Culture*.

De seguida, apresentam-se os resultados do teste à hipótese das dimensões da PSC variarem segundo a instituição em que o SU está inserido, a categoria profissional, ou o tempo de exercício no SU.

Hipótese 1 – As Dimensões da PSC variam segundo os SUP

Para realizar a análise á distribuição das dimensões, utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis. Neste teste pretende-se verificar a existência de diferenças na distribuição para cada dimensão da PSC pelos quatro SUP. Note-se que se aceita a existência de pelo menos duas categorias (dois SUP) com distribuição diferentes quando os valores de significância são inferiores a 0,05.

Quadro 10 — Resultados estatísticos do teste à distribuição das dimensões da Cultura de PS pelos SUP

	D1 -Expectativas e ações dos supervisores/gestores que promovem a segurança	D2 -Aprendizagem da organização — Melhoria contínuo	D3 -Trabalho de equipa entre unidades	D4 -Facilidade de comunicação	D5 -Feedback e comunicação sobre erros	D6 -Resposta não-punitiva ao erro	D7 -Staffing	D8 -Suporte da Gestão do Hospital para a Segurança do Doente	D9 -Trabalho de equipa entre unidades do hospital	D10 -Transferências hospital	D11 -Percepção geral da segurança	D12 -Frequência de relato de erros	D13 -Escala de Segurança do Doente	D14 -Número de eventos reportados
Qui-quadrado	7,996	12,834	4,591	6,425	25,620	2,190	8,773	9,491	,694	10,239	4,061	16,873	5,820	1,260
Graus de liberdade	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Níveis de significância	,046	,005	,204	,093	,000	,534	,032	,023	,875	,017	,255	,001	,121	,739

Legenda: Resultados do teste de Kruskal-Wallis, realçado a negrito os valores de significância que rejeitam que para essa dimensão os SUP têm distribuições estatisticamente iguais.

Após determinar que existem sete dimensões da PSC que apresentam distribuições diferentes pelos diferentes SUP, importa verificar quais são os SUP que apresentam resultados diferentes. Esta análise é baseada no método proposto por Maroco (2007) que pressupõe a transformação da variável em ordens fazendo em seguida o teste ANOVA *one-way* sobre esta variável. Os resultados dos valores de significância para este teste são apresentados no Quadro 11.

Quadro 11 — Determinação das diferenças entre SUP para as distribuições das dimensões da PSC

Serviço de Urgência Pediátrica	Serviço de Urgência Pediátrica	D1 -Expectativas e ações dos supervisores/gestores que promovem a segurança	D2 -Aprendizagem da organização — Melhoramento contínuo	D5 -Feedback e comunicação sobre erros	D7 -Staffing	D8 -Suporte da Gestão do Hospital para a Segurança do Doente	D10 -Transferências hospital	D12 -Frequência de relato de erros
A	B	,021	,079	,000	,008	,389	,131	,011
	C	,454	,243	,004	,029	,565	,003	,032
	D	,021	,000	,000	,076	,015	,925	,000
B	A	,021	,079	,000	,008	,389	,131	,011
	C	,146	,564	,253	,607	,194	,208	,660
	D	,990	,096	,470	,399	,003	,201	,168
C	A	,454	,243	,004	,029	,565	,003	,032
	B	,146	,564	,253	,607	,194	,208	,660
	D	,146	,023	,060	,729	,084	,011	,065
D	A	,021	,000	,000	,076	,015	,925	,000
	B	,990	,096	,470	,399	,003	,201	,168
	C	,146	,023	,060	,729	,084	,011	,065

Legenda: Nível de significância do teste estatístico ANOVA *one-way* para as variáveis ordenadas das dimensões da Cultura de PS, por SUP. Utilizado método de comparação múltipla de médias das ordens pelo método LSD de Fisher. Para $\alpha=0,05$ as diferenças estatisticamente significativas ocorrem nas relações realçadas a negrito.

Para uma melhor compreensão das diferenças entre SUP deve-se realizar também a análise do gráfico de barras que apresenta os intervalos de confiança para as médias das dimensões por SUP. Os gráficos encontram-se no capítulo 7.3.1 dos anexos.

Hipótese 2 – As Dimensões da PSC variam segundo as categorias profissionais

A metodologia utilizada foi semelhante à anterior, com a utilização do teste de Kruskal-Wallis para perceber as dimensões que apresentam diferenças na distribuição, de seguida realizou-se a análise proposta por Maroco (2007), para perceber quais as categorias profissionais que apresentam distribuições diferentes entre elas.

O Quadro 12 demonstra os resultados obtidos pela aplicação do teste de Kruskal-Wallis, onde se verifica que 6 dimensões apresentam pelo menos uma categoria com distribuição diferente de pelo menos uma outra. No Quadro 13 apresenta-se os resultados estatísticos do teste ANOVA *one-way* para a relação entre cada categoria profissional dentro de cada dimensão da Cultura de PS.

Quadro 12 — Resultados estatísticos do teste à distribuição das dimensões de PSC pelas categorias profissionais

	D1 -Expectativas e acções que promovem a segurança dos supervisores/gestores	D2 -Aprendizagem da organização — Melhoria contínuo	D3 -Trabalho de equipa entre unidades	D4 -Facilidade de comunicação	D5 -Feedback e comunicação sobre erros	D6 -Resposta não-punitiva ao erro	D7 -Staffing	D8 -Suporte da Gestão do Hospital para a Segurança do Doente	D9 -Trabalho de equipa entre unidades do hospital	D10 -Transferências hospital	D11 -Percepção geral da segurança	D12 -Frequência de relato de erros	D13 -Escala de Segurança do Doente	D14 -Número de eventos reportados
Qui-quadrado	14,415	10,346	4,215	14,632	4,046	11,293	9,083	15,621	6,271	5,365	11,929	6,330	7,898	4,593
Graus de liberdade	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Níveis de significância	.006	.035	,378	.006	,400	.023	,059	.004	,180	,252	.018	,176	,095	,332

Legenda: Resultados do teste de Kruskal-Wallis, realçado a negrito os valores de significância que rejeitam que para essa dimensão as categorias profissionais têm distribuições estatisticamente iguais.

Quadro 13 — Determinação das diferenças entre categorias profissionais para as distribuições das dimensões de PSC

Categoria Profissional	Categoria Profissional	D1 -Expectativas e acções que promovem a segurança dos supervisores/gestores.	D2 - Aprendizagem da organização — Melhoria contínuo	D4 -Facilidade de comunicação	D6 -Resposta não-punitiva ao erro	D8 -Suporte da Gestão do Hospital para a Segurança do Doente	D11 -Percepção geral da segurança
Enfermeiro	Enfermeiro Graduado	,903	,346	,119	,031	,684	,029
	Enfermeiro Especialista	,161	,756	,017	,557	,048	,480
	Médico Assistente	,001	,580	,002	,009	,060	,681
	Médico Assistente Graduado	,612	,005	,006	,958	,027	,007
Enfermeiro Graduado	Enfermeiro	,903	,346	,119	,031	,684	,029
	Enfermeiro Especialista	,196	,783	,163	,058	,030	,043
	Médico Assistente	,001	,176	,120	,546	,033	,122
	Médico Assistente Graduado	,685	,035	,107	,139	,064	,285
Enfermeiro Especialista	Enfermeiro	,161	,756	,017	,557	,048	,480
	Enfermeiro Graduado	,196	,783	,163	,058	,030	,043
	Médico Assistente	,347	,516	,760	,025	,501	,351
	Médico Assistente Graduado	,413	,068	,996	,593	,001	,011
Médico Assistente	Enfermeiro	,001	,580	,002	,009	,060	,681
	Enfermeiro Graduado	,001	,176	,120	,546	,033	,122
	Enfermeiro Especialista	,347	,516	,760	,025	,501	,351
	Médico Assistente Graduado	,035	,002	,723	,059	,001	,027
Médico Assistente Graduado	Enfermeiro	,612	,005	,006	,958	,027	,007
	Enfermeiro Graduado	,685	,035	,107	,139	,064	,285
	Enfermeiro Especialista	,413	,068	,996	,593	,001	,011
	Médico Assistente	,035	,002	,723	,059	,001	,027

Legenda: Nível de significância do teste estatístico ANOVA *one-way* para as variáveis ordenadas das dimensões de PSC, por categoria profissional. Utilizado método de comparação múltipla de médias das ordens pelo método LSD de Fisher. Para $\alpha=0,05$ as diferenças estatisticamente significativas verificam-se nas relações realçadas a negrito.

Para melhor compreender as diferenças que se verificam no Quadro 13, deve-se analisar o gráfico de barras que apresenta os intervalos de confiança para as médias das dimensões por categoria profissional. Estes gráficos da distribuição das 6 dimensões encontram-se no capítulo 7.3.2 dos anexos.

Hipótese 3 – As Dimensões da PSC variam segundo o tempo de funções no SUP

Para testar esta hipótese, realizou-se a conversão dos anos de funções no SUP, em 5 escalões (1-5, 6-10, 11-15, 16-20 e + de 20 anos).

Para verificar estas discrepâncias, utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis. Os resultados obtidos são apresentados no Quadro 14.

Quadro 14 — Resultados estatísticos do teste à distribuição das dimensões da PSC pelos escalões de tempo de funções no SUP

	D1 -Expectativas e ações que promovem a segurança dos supervisores/astores	D2 -Aprendizagem da organização — Melhoramento contínuo	D3 -Trabalho de equipa entre unidades	D4 -Facilidade de comunicação	D5 -Feedback e comunicação sobre erros	D6 -Resposta não-punitiva ao erro	D7 -Staffing	D8 -Suporte da Gestão do Hospital para a Segurança do Doente	D9 -Trabalho de equipa entre unidades do hospital	D10 -Transferências hospital	D11 -Percepção geral da segurança	D12 -Frequência de relato de erros	D13 -Escala de Segurança do Doente	D14 -Número de eventos reportados
Qui-quadrado	16,304	13,013	16,067	27,638	18,172	3,255	19,299	21,455	5,686	1,690	4,775	25,697	14,539	3,314
Graus de liberdade	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Níveis de significância	,003	,011	,003	,000	,001	,516	,001	,000	,224	,793	,311	,000	,006	,507

Legenda: Resultados do teste de Kruskal-Wallis, realçado a negrito os valores de significância que rejeitam que para essa dimensão os escalões de tempo de funções no SUP têm distribuições estatisticamente iguais.

O Quadro 14 demonstra a existência de discrepâncias na distribuição entre os escalões de tempo de funções no SUP para nove das 14 dimensões. De seguida, apresenta-se no Quadro 15 os resultados estatísticos do teste ANOVA *one-way* para a relação entre cada escalão de tempo de funções no SUP e cada dimensão de PSC.

Quadro 15 — Determinação das diferenças entre os escalões de tempo de funções no SUP para as distribuições das dimensões de PSC

Tempo de funções no SUP (anos)	Tempo de funções de no SUP (anos)	D1 -Expectativas e acções que promovem a segurança dos supervisores/gestores	D2 -Aprendizagem da organização — Melhoria contínua	D3 -Trabalho de equipa entre unidades	D4 -Facilidade de comunicação	D5 -Feedback e comunicação sobre erros	D7 -Staffing	D8 -Suporte da Gestão do Hospital para a Segurança do Doente	D12 -Frequência de relato de erros	D13 -Escala de Segurança do Doente
[1-5]	[6-10]	,000	,001	,019	,208	,021	,004	,269	,729	,824
	[11-15]	,193	,158	,583	,000	,018	,000	,000	,000	,000
	[16-20]	,558	,069	,099	,001	,146	,434	,038	,011	,458
	+de20	,994	,785	,001	,000	,097	,065	,635	,585	,791
[6-10]	[1-5]	,000	,001	,019	,208	,021	,004	,269	,729	,824
	[11-15]	,000	,223	,030	,011	,000	,156	,000	,000	,002
	[16-20]	,132	,780	,864	,020	,996	,336	,197	,010	,576
	+de20	,042	,087	,100	,006	,004	,978	,282	,482	,709
[11-15]	[1-5]	,193	,158	,583	,000	,018	,000	,000	,000	,000
	[6-10]	,000	,223	,030	,011	,000	,156	,000	,000	,002
	[16-20]	,177	,519	,077	,789	,006	,053	,000	,000	,067
	+de20	,392	,491	,002	,495	,902	,304	,041	,001	,007
[16-20]	[1-5]	,558	,069	,099	,001	,146	,434	,038	,011	,458
	[6-10]	,132	,780	,864	,020	,996	,336	,197	,010	,576
	[11-15]	,177	,519	,077	,789	,006	,053	,000	,000	,067
	+de20	,664	,245	,232	,716	,020	,422	,056	,128	,450
+de20	[1-5]	,994	,785	,001	,000	,097	,065	,635	,585	,791
	[6-10]	,042	,087	,100	,006	,004	,978	,282	,482	,709
	[11-15]	,392	,491	,002	,495	,902	,304	,041	,001	,007
	[16-20]	,664	,245	,232	,716	,020	,422	,056	,128	,450

Legenda: Nível de significância do teste estatístico ANOVA *one-way* para as variáveis ordenadas das dimensões da Cultura de PS, por escalão de tempo de funções no SUP. Utilizado método de comparação múltipla de médias das ordens pelo método LSD de Fisher. Para $\alpha=0,05$ as diferenças estatisticamente significativas verificam-se nas relações realçadas a negrito.

Mais uma vez, para melhor perceber como são as diferenças na distribuição das dimensões por escalões de tempo de serviço no SUP, é necessário analisar o gráfico dos intervalos de confiança para as médias das dimensões por escalão de tempo no SUP. Os gráficos encontram-se no capítulo 7.3.3 dos anexos.

3.1.3 Discussão dos Resultados

Avaliou-se as dimensões de PSC, relativas aos SUP, para compreender melhor, como os SUP podem ser, de entre as organizações de saúde, elementos com características exemplares. Os resultados globais, das dimensões de PSC, revelaram que apenas uma dimensão D3, alcança os 75% (mais de 3,75 pontos na escala de 1 a 5), pré-definido como um bom nível. Todas as outras dimensões encontram-se avaliadas, abaixo desse valor e a maioria se situa abaixo dos 65%, sendo a dimensão com pior classificação a D8 com cerca de 50%.

Desta forma, conclui-se que os SUP *não* possuem bons níveis de PSC. Destacando-se as dimensões D6, D7, D8, D12 e D13, avaliadas abaixo dos 3 pontos (menos de 60%) como cruciais na melhoria da cultura de segurança.

Note-se que muitas das dimensões decorrem de uma cultura que tem de ser partilhada e implica, na forma como são desenvolvidos os cuidados de saúde. Em Portugal, a partilha deste referencial de gestão do risco, com a criação de uma cultura de segurança encontra-se ainda no início, e as mudanças na cultura organizacional demoram a ser implementadas, e mais ainda, a demonstrar resultados. No entanto, a partilha de uma cultura justa, não punitiva ao erro (D6), com um bom suporte da Gestão do Hospital (D8), são aspectos apontados como necessários à criação de um sistema seguro de cuidados que tem de englobar a organização e todos os profissionais.

Esta avaliação das dimensões da PSC permite apontar os pontos fracos e fortes dos SUP, desta forma, permite a orientação de intervenções, porque salienta as dimensões que não estão a ser tão bem desempenhadas. É de salientar como positivo os bons resultados das dimensões D1 e D2, como indicadores a existência de preocupação na promoção de uma cultura de segurança, embora este aspecto não se repercuta, pelo menos ainda, noutras dimensões da Cultura de Segurança.

A adoção de uma abordagem como a de *Clinical Governance*, implica o desenvolvimento de um novo profissionalismo e uma mudança nas relações com os utentes e com a gestão da organização, que não foi verificada na análise aos SUP. Esta pode ser uma metodologia que permitirá, no futuro, dotar os SUP (ou outros serviços) de uma cultura centrada no doente, mas, mais segura.

Em relação à segunda questão de investigação, que pretende determinar, se as dimensões de PSC variam com os diferentes SUP, diferentes categorias profissionais ou tempo de serviço no SUP, verificou-se que existiam diferenças na distribuição das dimensões nas três hipóteses.

Em relação ao facto das dimensões de PSC variarem segundo o SUP, os resultados foram que 7, das 14 dimensões de PSC, apresentavam diferenças na distribuição estatisticamente significativas, evidenciadas no Quadro 10. Através da análise do Quadro 11 e das representações gráficas apresentadas no capítulo 7.3.1 dos anexos, se conclui que, embora estatisticamente significativas as diferenças nas distribuições, estas, não apresentam nenhum padrão. Ou seja, nenhum SUP se evidencia na distribuição dos resultados, com avaliações melhores ou piores face aos outros. Este aspecto vai de encontro com o encontrado por Sorra (2004) que na sua análise às variâncias encontrou diferenças nas variâncias das dimensões por unidade de análise em todas elas.

Da análise dos gráficos com os intervalos de confiança, há a salientar que o SUP D se destaca positivamente nas dimensões D2 e D8. De forma negativa, face aos outros SUP, encontra-se o SUP A que nas dimensões D5, D7 e D12, apresenta valores inferiores aos outros SUP. O SUP B e C apresentam-se muito homogéneos entre si, não demonstrando nenhuma dimensão discrepante.

Em relação à variação das dimensões de PSC pelas categorias profissionais, o teste revelou que existem seis dimensões da PSC com diferenças na distribuição pelas diferentes categorias profissionais. No entanto, pela análise do Quadro 12 e dos gráficos dos intervalos de confiança das dimensões por categoria profissional (apresentados no anexo 7.3.2), também não se consegue perceber nenhum padrão coerente, que permita por exemplo, afirmar que os enfermeiros especialistas classificam as dimensões de PSC de uma forma pior do que as outras classes profissionais. No entanto, há a salientar que na dimensão D1, os médicos a avaliam de uma forma acima dos enfermeiros. Por outro lado, as dimensões D8 e D11 são avaliadas pelos médicos assistentes graduados, abaixo da avaliação das outras categorias profissionais. Na dimensão D4, a categoria profissional de enfermeiro, avalia-a de uma forma inferior aos outros elementos.

Quanto ao teste das discrepâncias entre a distribuição das dimensões da PSC por escalões de tempo de funções no SUP, mais uma vez, embora se verifique 9 dimensões com distribuições diferentes, também não se percebe um padrão coerente de evolução das dimensões pelos escalões de tempo de funções no SUP. Ou seja, que o tempo de funções no serviço não influencia a avaliação da PSC.

Salienta-se da análise dos gráficos de intervalos de confiança para as médias das dimensões de PSC por escalão de tempo de funções, um crescimento com o tempo de funções no SUP, na dimensão D4. Por outro lado, parece ocorrer uma quebra no escalão 6-10 anos, seguido de subida, na avaliação das dimensões D1, D2, D3 e D5. No escalão 11-15 anos as

dimensões D8 e D12 aparecem avaliadas acima dos outros escalões, por outro lado, o mesmo escalão avalia a D13, de forma inferior aos restantes escalões.

Das 14 dimensões da PSC, apenas as dimensões D9 e D14, não variam com nenhuma das três opções (SUP, categoria profissional, escalão de tempo de funções no SUP).

3.2 *Fiabilidade*

3.2.1 *Método*

A Fiabilidade dos SUP foi avaliada através das 20 questões apresentadas anteriormente, que constituem a avaliação dos cinco processos de Fiabilidade descritos por Weick e Sutcliffe (2001). Para cada processo foi determinado o seu valor médio.

À semelhança do realizado anteriormente para as dimensões da cultura de PS, pretendeu-se testar a existência de diferenças na distribuição da amostra pelas diferentes categorias dos SUP, categoria profissional e tempo de funções no SUP, pelos cinco processos de Fiabilidade. Como descrito na metodologia, usou-se o teste de Kruskal-Wallis e a análise de variâncias proposta por Maroco (2007).

3.2.2 *Resultados*

No Quadro 16 observa-se as estatísticas descritivas para os processos de Fiabilidade, após o cálculo dos valores médios. A representação gráfica dos valores médios apresenta-se na Figura 11. Note-se que os valores reflectem a escala original de 1 a 5.

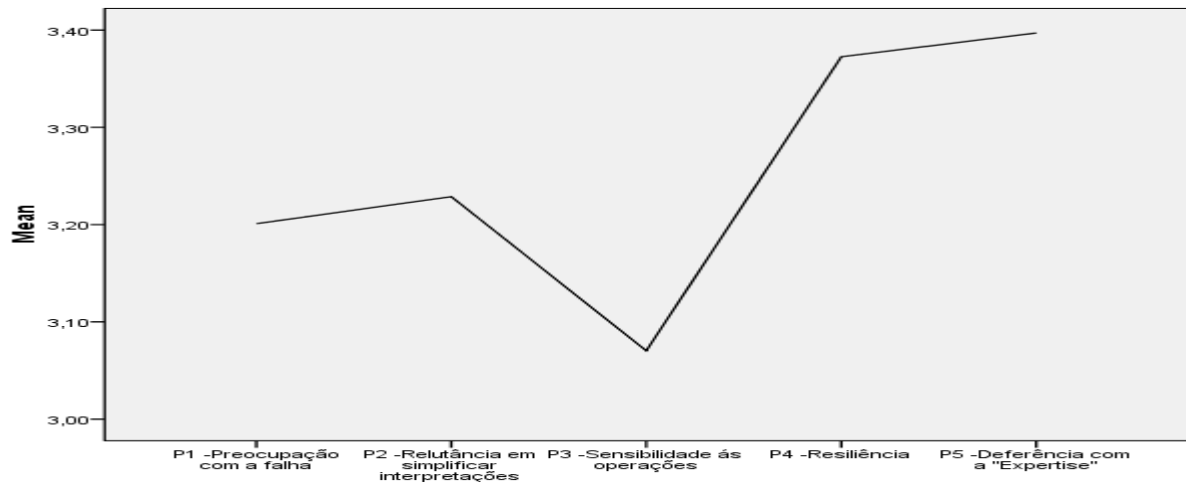
No anexo 4, encontra-se as estatísticas descritivas das 20 questões que estão na origem avaliação dos processos de Fiabilidade.

Quadro 16 — Processos de Fiabilidade

Processos de Fiabilidade	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
<i>P1 -Preocupação com a falha</i>	1,75	4,50	3,2010	,60498
<i>P2 -Relutância em simplificar interpretações</i>	2,00	4,75	3,2288	,68702
<i>P3 -Sensibilidade às operações</i>	1,50	4,25	3,0703	,54671
<i>P4 -Resiliência</i>	2,00	4,50	3,3725	,51707
<i>P5 -Deferência com a "Expertise"</i>	2,00	4,25	3,3971	,47341

Legenda: Resultados estatísticos dos 5 processos de Fiabilidade (avaliados numa escala de 1 a 5, N=153)

Figura 11 — Perfil dos valores médios dos Processos de Fiabilidade



Legenda: Valores médios dos processos de Fiabilidade (avaliados numa escala de 1 a 5 e N=153)

A validade destas 5 variáveis para medir um constructo latente (Fiabilidade) é mais uma vez avaliada pelo valor do *alfa de Cronbach*. Ao verificar-se um valor de 0,827 permite afirmar que a sua utilização é válida para inferir a Fiabilidade.

Hipótese 4 – Os Processos de Fiabilidade variam segundo o SUP

A realização dos testes estatísticos para determinar se existem diferenças na distribuição dos Processos de Fiabilidade por SUP, segue os mesmos pressupostos e etapas já descritas anteriormente.

No Quadro 17 resume-se o resultado da aplicação do teste de Kruskal-Wallis entre os Processos de Fiabilidade e os SUP. Para valores de significância inferiores a 0,05 aceita-se que existem SUP com distribuições diferentes para essa dimensão.

Quadro 17 — Resultados estatísticos do teste à distribuição dos Processos de Fiabilidade por SUP

	P1 -Preocupação com a falha	P2 -Relutância em simplificar interpretações	P3 -Sensibilidade às operações	P4 -Resiliência	P5 -Deferência com a "Expertise"
Qui-Quadrado	4,925	7,131	8,359	7,462	4,526
Graus de Liberdade	3	3	3	3	3
Níveis de Significância	,177	,068	,039	,059	,210

Legenda: Resultados do teste de Kruskal-Wallis. Realçado a negrito os valores de significância que rejeitam que para essa dimensão os escalões de tempo no SUP têm distribuições estatisticamente iguais.

Para determinar quais os SUP que são diferentes entre si utiliza-se o método proposto por Maroco (2007), já descrito anteriormente. No Quadro 18 resume-se os valores de significância observados. Assume-se que existe diferenças para valores inferiores a 0,05.

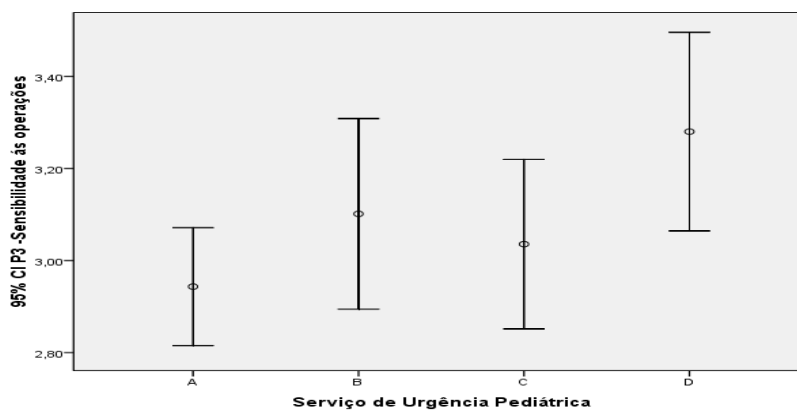
Quadro 18 — Determinação das diferenças entre os SUP para as distribuições do Processo “Sensibilidade às Operações”

Serviço de Urgência Pediátrica	Serviço de Urgência Pediátrica	Nível de Significância.
A	B	,234
	C	,516
	D	,004
B	A	,234
	C	,608
	D	,135
C	A	,516
	B	,608
	D	,042
D	A	,004
	B	,135
	C	,042

Legenda: Nível de significância do teste estatístico ANOVA *one-way* para a variável ordenada “Sensibilidade às operações”, por categoria profissional. Utilizado método de comparação múltipla de médias das ordens pelo método LSD de Fisher. Para $\alpha=0,05$ as diferenças estatisticamente significativas verificam-se nas relações realçadas a negrito.

Para completar a análise do Quadro 18, apresenta-se os intervalos de confiança para as médias do Processo de Fiabilidade “Sensibilidade às Operações” por SUP, na Figura 12.

Figura 12 — Processo de Fiabilidade “Sensibilidade às Operações” por SUP



Legenda: Gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias do processo “Sensibilidade às Operações” por SUP. O centro da barra, representado por um círculo, representa a média da amostra. A barra representa o intervalo em que existe 95% de probabilidades de incluir a média da população.

Hipótese 5 – Os Processos de Fiabilidade variam segundo as categorias profissionais

Seguindo a mesma metodologia, aplicou-se o teste de Kruskal-Wallis, para determinar diferenças na distribuição dos processos de Fiabilidade por categoria profissional, os resultados obtidos estão expostos no Quadro 19. Para valores de significância inferiores a 0,05 assume-se que existe diferenças nas categorias profissionais na avaliação desse processo.

Quadro 19 — Resultados estatísticos do teste à distribuição dos Processos de Fiabilidade por categoria profissional

	P1 -Preocupação com a falha	P2 -Relutância em simplificar interpretações	P3 -Sensibilidade às operações	P4 -Resiliência	P5 -Deferência com a "Expertise"
Qui-Quadrado	8,598	13,800	11,969	15,183	15,534
Graus de Liberdade	4	4	4	4	4
Níveis de Significância	,072	,008	,018	,004	,004

Legenda: Resultados do teste de Kruskal-Wallis. Realçado a negrito os valores de significância que rejeitam que para essa dimensão os escalões de tempo no SUP têm distribuições estatisticamente iguais.

Aos quatro processos que apresentam discrepâncias na distribuição, realiza-se o procedimento já descrito e obtém-se o Quadro 20 que reflecte quais as categorias profissionais que entre si apresentam distribuições diferentes.

Quadro 20 — Determinação das diferenças entre categorias profissionais para as distribuições dos Processos de Fiabilidade

Categoria Profissional	Categoria Profissional	P2 -Relutância em simplificar interpretações	P3 -Sensibilidade às operações	P4 - Resiliência	P5 -Deferência com a "Expertise"
Enfermeiro	Enfermeiro Graduado	,889	,131	,087	,619
	Enfermeiro Especialista	,019	,027	,554	,375
	Médico Assistente	,004	,002	,000	,003
	Médico Assistente Graduado	,253	,423	,875	,022
Enfermeiro Graduado	Enfermeiro	,889	,131	,087	,619
	Enfermeiro Especialista	,018	,211	,634	,242
	Médico Assistente	,004	,088	,041	,001
	Médico Assistente Graduado	,228	,769	,173	,010
Enfermeiro Especialista	Enfermeiro	,019	,027	,554	,375
	Enfermeiro Graduado	,018	,211	,634	,242
	Médico Assistente	,709	,950	,065	,270
	Médico Assistente Graduado	,246	,192	,538	,350
Médico Assistente	Enfermeiro	,004	,002	,000	,003
	Enfermeiro Graduado	,004	,088	,041	,001
	Enfermeiro Especialista	,709	,950	,065	,270
	Médico Assistente Graduado	,290	,111	,004	,949
Médico Assistente Graduado	Enfermeiro	,253	,423	,875	,022
	Enfermeiro Graduado	,228	,769	,173	,010
	Enfermeiro Especialista	,246	,192	,538	,350
	Médico Assistente	,290	,111	,004	,949

Legenda: Nível de significância do teste estatístico ANOVA *one-way* para as variáveis ordenadas dos Processos de Fiabilidade, por categoria profissional. Utilizado método de comparação múltipla de médias das ordens pelo método LSD de Fisher. Para $\alpha=0,05$ as diferenças estatisticamente significativas verificam-se nas relações realçadas a negrito.

Para uma melhor compreensão das diferenças encontradas nos processos analisados no Quadro 20, apresenta-se a representação gráfica dos intervalos de confiança para as médias dos processos de Fiabilidade por categoria profissional, no capítulo 7.5.1 dos anexos.

Hipótese 6 – Os Processos de Fiabilidade variam segundo os escalões de Tempo de funções no SUP

Para a realização do teste às diferenças na distribuição dos Processos de Fiabilidade por escalão de tempo de funções no SUP, com a mesma metodologia, das análises anteriores, obtém-se o Quadro 21, onde se apresenta os resultados da aplicação do teste de Kruskal-Wallis aos processos de Fiabilidade por escalão de tempo de funções no SUP. Mais uma vez é significativo valores de significância inferiores a 0,05.

Quadro 21 — Resultados estatísticos do teste à distribuição dos Processos de Fiabilidade por escalão de tempo de funções no SUP

	P1 -Preocupação com a falha	P2 -Relutância em simplificar interpretações	P3 -Sensibilidade às operações	P4 -Resiliência	P5 -Deferência com a "Expertise"
Qui-Quadrado	10,217	15,458	14,407	5,635	1,885
Graus de Liberdade	4	4	4	4	4
Níveis de Significância	,037	,004	,006	,228	,757

Legenda: Resultados do teste de Kruskal-Wallis. Realçado a negrito os valores de significância que rejeitam que para essa dimensão os escalões de tempo de funções no SUP têm distribuições estatisticamente iguais.

Através da análise do Quadro 21 percebe-se a existência de 3 Processos que apresentam dispersões diferentes entre os escalões de tempo de funções no SUP. No Quadro 22 encontram-se destacadas as relações entre escalões que estatisticamente apresentam distribuições diferentes.

Quadro 22 — Determinação das diferenças entre os escalões de tempo de funções no SUP para as distribuições dos Processos de Fiabilidade

Tempo de funções no SUP (anos)	Tempo de funções no SUP (anos)	P1 -Preocupação com a falha	P2 -Relutância em simplificar interpretações	P3 -Sensibilidade às operações
[1-5]	[6-10]	,018	,224	,638
	[11-15]	,624	,003	,000
	[16-20]	,959	,579	,896
	+de20	,081	,054	,642
[6-10]	[1-5]	,018	,224	,638
	[11-15]	,200	,000	,001
	[16-20]	,187	,226	,696
	+de20	,003	,013	,873
[11-15]	[1-5]	,624	,003	,000
	[6-10]	,200	,000	,001
	[16-20]	,783	,130	,026
	+de20	,070	,742	,007
[16-20]	[1-5]	,959	,579	,896
	[6-10]	,187	,226	,696
	[11-15]	,783	,130	,026
	+de20	,177	,300	,655
+de20	[1-5]	,081	,054	,642
	[6-10]	,003	,013	,873
	[11-15]	,070	,742	,007
	[16-20]	,177	,300	,655

Legenda: Nível de significância do teste estatístico ANOVA *one-way* para as variáveis ordenadas dos Processos de Fiabilidade, por escalões de tempo de funções no SUP. Utilizado método de comparação múltipla de médias das ordens pelo método LSD de Fisher.

No capítulo 7.5.2 dos anexos, poderá consultar-se os gráficos dos intervalos de confiança para as médias dos Processos de Fiabilidade descritos no Quadro 22, por escalão de tempo de funções no SUP.

3.2.3 Discussão dos Resultados

A teoria da Fiabilidade aponta para os SU como referência de uma organização de alta-fiabilidade onde se supõe, que os cinco processos sejam características de uma forma bastante marcada.

Esta visão dos SU, não se revelou na avaliação realizada, uma vez que, dos cinco processos, nenhum chega a ter uma média de 75% da escala, sendo que o valor mais elevado apresentado pelo processo P5, possui um valor médio de 3,3971, que corresponde na escala com máximo de 5 pontos um valor de 68%. No outro lado da escala, como processo pior avaliado, temos o processo P3, avaliado com uma média de 3,0703, que corresponde a 61% na escala.

Com estes resultados, à semelhança do que se verificou com as dimensões de PSC, os processos de Fiabilidade não são uma característica bem definida nos SUP. Desta forma, dificilmente se poderá concluir que os SUP são exemplos de organizações onde as actividades decorrem segundo uma cultura de fiabilidade, com altos níveis nos processos de fiabilidade.

Em relação ao teste das hipóteses, para determinar se os processos de fiabilidade variam com os SUP, verificou-se que apenas no processo P3, existe diferenças na distribuição dos valores observados. Este processo é avaliado pelo SUP D de forma superior do que no SUP A ou C, tal como é demonstrado na Figura 12.

Em relação à análise da variação dos processos de Fiabilidade por categorias profissionais, foram encontradas diferenças em todos os processos, excepto no processo P1. Na análise aos gráficos que representam os intervalos de confiança para as médias dos processos de Fiabilidade por categoria profissional, observa-se não existir um padrão constante, que permita afirmar categoricamente que os processos são avaliados de forma diferente por uma categoria profissional.

No entanto, nesta análise, há a salientar que a categoria de enfermeiro avalia pior o processo P3. No processo P2, as categorias profissionais de enfermeiro especialista e médico assistente consideram o processo, mais característico do que os enfermeiros ou enfermeiros graduados. O processo P5 é avaliado de forma semelhante pelas duas categorias de médicos,

que em média, atribuem uma pontuação superior à atribuída pelas duas categorias de enfermeiros (enfermeiro e enfermeiro graduado).

Na análise à distribuição dos processos de Fiabilidade pelo tempo de funções nos SUP, verificou-se diferenças nos processos P1, P2 e P3. Da análise dos gráficos que representam os intervalos de confiança para as médias dos processos, por escalões de tempo em funções no SUP, conclui-se que no processo P1, ocorre uma quebra no 2º escalão, e que o último escalão pontua mais elevado este processo do que os dois primeiros escalões.

O processo P3 é avaliado no escalão de 1-15 anos de forma diferente dos outros escalões, que se apresentam com um comportamento mais homogéneo.

Conclui-se dos testes de hipóteses, que embora possa haver diferenças entre as categorias profissionais ou o tempo de funções no SUP, estas, não apresentam nenhum padrão coerente, que permita afirmar que a percepção dos processos de Fiabilidade varia de forma constante à medida que o tempo no serviço aumenta. Da mesma forma, não é possível afirmar que os médicos ou enfermeiros avaliam a Fiabilidade do SUP de forma diferente.

3.3 Qualidade

3.3.1 Método

Para avaliar a Qualidade, através de um questionário simples aos profissionais, optou-se pela construção de um instrumento, não validado, mas baseado numa teoria forte, as dimensões da qualidade da JCAHO. Este instrumento avalia as 9 dimensões da qualidade, através da percepção dos profissionais, de forma directa, não havendo, desta vez, necessidade de cálculo através de indicadores que medem estas 9 dimensões. Interessa apresentar o valor médio de cada dimensão da Qualidade e da classificação global da qualidade dos cuidados prestados no SUP. À semelhança do processo de análise que se tem desenvolvido, com os paradigmas da PSC e da Fiabilidade, realizou-se o teste à distribuição das 9 dimensões da Qualidade por SUP, categoria profissional e escalão de tempo de funções no SUP.

3.3.2 Resultados

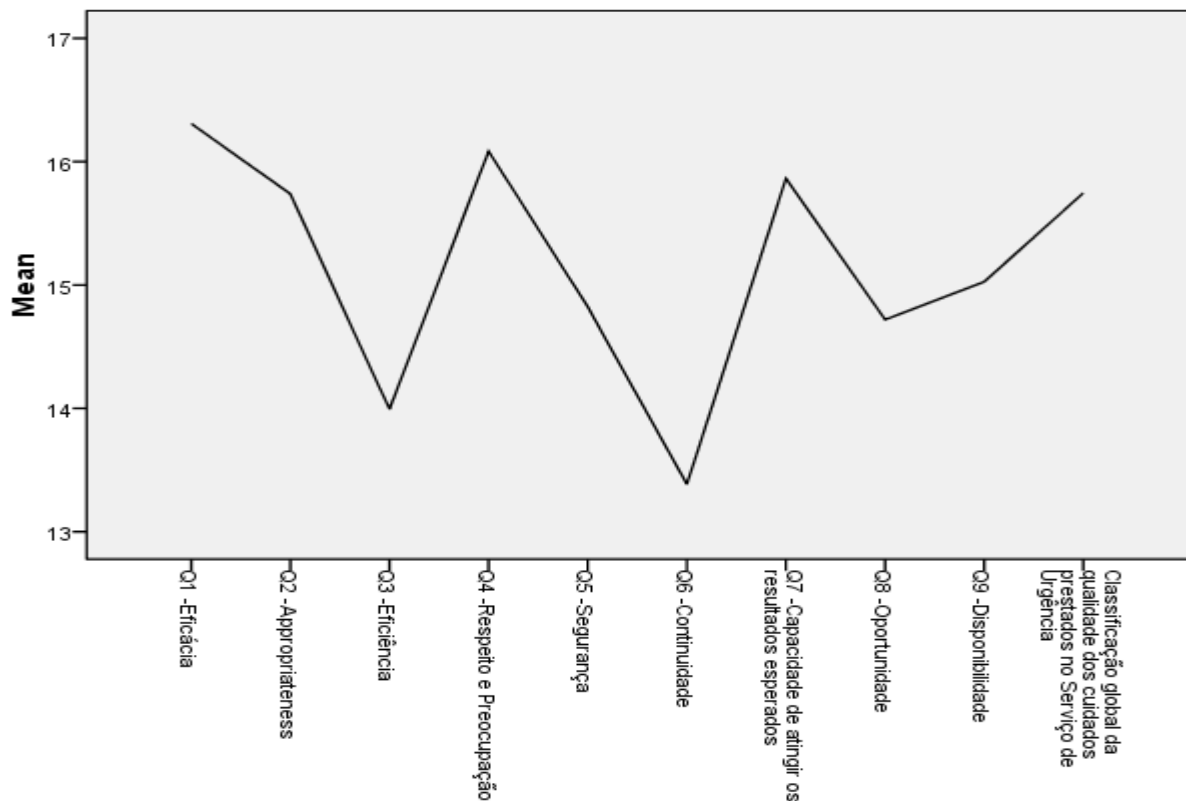
No Quadro 23, apresentam-se os resultados das estatísticas descritiva para as 9 dimensões da Qualidade e para a Classificação global da qualidade, note-se que a escala neste questionário é de 0 a 20 pontos.

Quadro 23 — Dimensões da Qualidade dos cuidados prestados no SUP e sua classificação Global

Dimensões da Qualidade	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Q1 -Eficácia	3	20	16,31	2,113
Q2 -Appropriateness	10	19	15,74	1,901
Q3 -Eficiência	5	20	13,99	3,369
Q4 -Respeito e Preocupação	10	20	16,08	2,087
Q5 -Segurança	5	20	14,82	2,634
Q6 -Continuidade	4	20	13,39	3,502
Q7 - Capacidade de atingir os resultados esperados	10	20	15,86	2,294
Q8 -Oportunidade	5	20	14,72	3,161
Q9 -Disponibilidade	5	20	15,03	3,000
Classificação global da qualidade dos cuidados prestados no Serviço de Urgência	10	19	15,75	1,696

Legenda: Resultados estatísticos das 9 dimensões da Qualidade e da classificação global (avaliadas numa escala de 0 a 20, N=153)

Figura 13 — Perfil dos valores médios das dimensões da Qualidade



Legenda: Valores médios das dimensões da Qualidade e da Classificação global da qualidade (avaliadas numa escala de 0 a 20, N=153).

Na Figura 13 observa-se o perfil dos valores médios das 9 dimensões da Qualidade e a Classificação global da qualidade dos cuidados no SUP.

O *alfa de Cronbach* realizado sobre as 9 dimensões, permite afirmar que possuem validade em representar a Qualidade, pois apresentam um resultado de 0,866.

Hipótese 7 – As dimensões da Qualidade variam segundo o SUP

Para a realização do teste à distribuição das dimensões da Qualidade por SUP, utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis, os resultados encontram-se no Quadro 24. Mais uma vez, para valores de significância inferiores a 0,05, aceita-se que existe pelo menos um SUP com distribuição diferente de outro, nessa dimensão da qualidade.

Quadro 24 — Resultados estatísticos do teste à distribuição das dimensões da Qualidade por SUP

	Q1 -Eficácia	Q2 -Appropriateness	Q3 -Eficiência	Q4 -Respeito e Preocupação	Q5 -Segurança	Q6 -Continuidade	Q7 - Capacidade de atingir os resultados esperados	Q8 -Oportunidade	Q9 -Disponibilidade	Classificação global da qualidade dos cuidados prestados no Serviço de Urgência
Qui-Quadrado	3,115	2,868	3,538	2,453	7,766	,635	1,698	1,742	,602	1,818
Graus de Liberdade	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Níveis de Significância	,374	,412	,316	,484	,051	,888	,637	,628	,896	,611

Legenda: Resultados do teste de Kruskal-Wallis. Realçado a negrito os valores de significância que rejeitam que para essa dimensão da qualidade os SUP têm distribuições estatisticamente iguais.

No Quadro 24, observou-se que a dimensão, “Segurança” é a única das 9 que apresenta discrepância na distribuição por SUP. À semelhança dos testes anteriores, utiliza-se o método proposto por Maroco (2007), para determinar quais os SUP que são diferentes entre si na dimensão “Segurança”. Esta análise é exposta no Quadro 25.

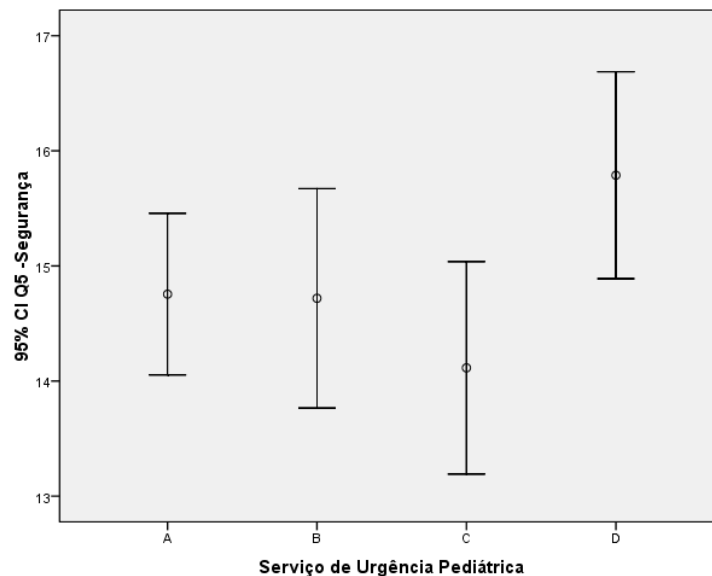
Quadro 25 — Determinação das diferenças entre os SUP para as distribuições da dimensão da Qualidade “Segurança”

(I) Serviço de Urgência Pediátrica	(J) Serviço de Urgência Pediátrica	Q5 -Segurança.
A	B	,997
	C	,266
	D	,053
B	A	,997
	C	,324
	D	,083
C	A	,266
	B	,324
	D	,006
D	A	,053
	B	,083
	C	,006

Legenda: Nível de significância do teste estatístico ANOVA *one-way* da dimensão da Qualidade “Segurança”, por escalões de tempo de funções no SUP. Utilizado método de comparação múltipla de médias das ordens pelo método LSD de Fisher. Para $\alpha=0,05$ as diferenças estatisticamente significativas verificam-se nas relações realçadas a negrito.

Para a análise ficar completa é necessária a representação gráfica para observação dos intervalos de confiança para a média da dimensão “Segurança” por SUP, apresentada na Figura 14.

Figura 14— Dimensão da Qualidade “Segurança” por SUP



Legenda: Gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias da dimensão “Segurança” por SUP. O centro da barra, representado por um círculo, representa a média da amostra. A barra representa o intervalo em que existe 95% de probabilidades de incluir a média da população.

Hipótese 8 – As dimensões da Qualidade variam segundo a categoria profissional

Mais uma vez, no teste da hipótese das dimensões variarem segundo a categoria profissional, utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis, para determinar quais as dimensões da Qualidade que apresentam pelo menos uma distribuição diferente numa categoria. Os resultados da aplicação do teste estão representados no Quadro 26.

Quadro 26 — Resultados estatísticos do teste à distribuição das dimensões da Qualidade por categoria profissional

	Q1 -Eficácia	Q2 -Appropriateness	Q3 -Eficiência	Q4 -Respeito e Preocupação	Q5 -Segurança	Q6 -Continuidade	Q7 - Capacidade de atingir os resultados esperados	Q8 -Oportunidade	Q9 -Disponibilidade	Classificação global da qualidade dos cuidados prestados no Serviço de Urgência
Qui-Quadrado	2,993	11,578	5,366	6,467	8,766	10,608	10,182	12,414	21,676	8,029
Graus de Liberdade	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Níveis de Significância	,559	,021	,252	,167	,067	,031	,037	,015	,000	,091

Legenda: Resultados do teste de Kruskal-Wallis. Realçado a negrito os valores de significância que rejeitam que para essa dimensão da qualidade as categorias profissionais têm distribuições estatisticamente iguais.

Através da análise dos resultados obtidos no Quadro 26, observa-se 5 dimensões com distribuições diferentes. Destas importa determinar quais as categorias profissionais que apresentam distribuições diferentes entre si. Os resultados deste confronto encontram-se no Quadro 27.

Quadro 27 — Determinação das diferenças entre as categorias profissionais para as distribuições das dimensões da Qualidade

Categoria Profissional	Categoria Profissional	Q2 -Appropriateness	Q6 -Continuidade	Q7 - Capacidade de atingir os resultados esperados	Q8 -Oportunidade	Q9 -Disponibilidade
Enfermeiro	Enfermeiro Graduado	,483	,030	,275	,449	,025
	Enfermeiro Especialista	,023	,110	,024	,154	,002
	Médico Assistente	,012	,003	,013	,023	,000
	Médico Assistente Graduado	,028	,075	,046	,002	,000
Enfermeiro Graduado	Enfermeiro	,483	,030	,275	,449	,025
	Enfermeiro Especialista	,071	,820	,123	,352	,086
	Médico Assistente	,073	,352	,161	,135	,128
	Médico Assistente Graduado	,100	,849	,242	,012	,060
Enfermeiro Especialista	Enfermeiro	,023	,110	,024	,154	,002
	Enfermeiro Graduado	,071	,820	,123	,352	,086
	Médico Assistente	,585	,683	,580	,913	,518
	Médico Assistente Graduado	,741	,957	,646	,274	,941
Médico Assistente	Enfermeiro	,012	,003	,013	,023	,000
	Enfermeiro Graduado	,073	,352	,161	,135	,128
	Enfermeiro Especialista	,585	,683	,580	,913	,518
	Médico Assistente Graduado	,841	,593	,964	,203	,520
Médico Assistente Graduado	Enfermeiro	,028	,075	,046	,002	,000
	Enfermeiro Graduado	,100	,849	,242	,012	,060
	Enfermeiro Especialista	,741	,957	,646	,274	,941
	Médico Assistente	,841	,593	,964	,203	,520

Legenda: Nível de significância do teste estatístico ANOVA *one-way* para as variáveis ordenadas das dimensões da Qualidade, por categorias profissionais. Utilizado método de comparação múltipla de médias das ordens pelo método LSD de Fisher. Para $\alpha=0,05$ as diferenças estatisticamente significativas verificam-se nas relações realçadas a negrito.

Para completar a análise das distribuições das 5 dimensões da qualidade, é necessária a representação do gráfico de barras representando os intervalos de confiança para as médias das dimensões. Estes gráficos podem ser consultados no capítulo 7.6.1 dos anexos.

Hipótese 9 – As dimensões da Qualidade variam segundo os escalões de tempo de funções no SUP

A última hipótese a ser testada, utiliza a mesma metodologia, utilização do teste de Kruskal-Wallis para determinar quais as dimensões que apresentam distribuições diferentes pelos escalões de tempo de funções no SUP (resultados observados no Quadro 28) e utilização do modelo de Maroco (2007) para determinar quais os escalões que estatisticamente são diferentes entre si (resultados demonstrados no Quadro 29).

Quadro 28 — Resultados estatísticos do teste à distribuição das dimensões da Qualidade por escalões de tempo de funções no SUP

	Q1 - Eficácia	Q2 - Appropriateness	Q3 - Eficiência	Q4 - Respeito e Preocupação	Q5 - Segurança	Q6 - Continuidade	Q7 - Capacidade de atingir os resultados esperados	Q8 - Oportunidade	Q9 - Disponibilidade	Classificação global da qualidade dos cuidados prestados no Serviço de Urgência
Qui-Quadrado	10,845	8,902	13,116	8,491	6,378	33,080	17,903	20,327	21,266	16,979
Graus de Liberdade	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Níveis de Significância	,028	,064	,011	,075	,173	,000	,001	,000	,000	,002

Legenda: Resultados do teste de Kruskal-Wallis. Realçado a negrito os valores de significância que rejeitam que para essa dimensão da qualidade os SUP têm distribuições estatisticamente iguais.

Quadro 29 — Determinação das diferenças entre os escalões de tempo de funções no SUP para as distribuições das dimensões da Qualidade e classificação global da qualidade.

Tempo de funções no SUP (anos)	Tempo de funções no SUP (anos)	Q1 -Eficácia	Q3 -Eficiência	Q6 -Continuidade	Q7 - Capacidade de atingir os resultados esperados	Q8 -Oportunidade	Q9 -Disponibilidade	Classificação global da qualidade dos cuidados prestados no Serviço de Urgência
[1-5]	[6-10]	,065	,842	,006	,968	,009	,051	,663
	[11-15]	,120	,181	,198	,012	,340	,013	,662
	[16-20]	,042	,001	,000	,001	,000	,000	,000
	+de20	,680	,634	,000	,042	,016	,419	,420
[6-10]	[1-5]	,065	,842	,006	,968	,009	,051	,663
	[11-15]	,974	,187	,388	,028	,288	,436	,486
	[16-20]	,003	,001	,002	,002	,033	,003	,000
	+de20	,492	,580	,033	,063	,464	,702	,319
[11-15]	[1-5]	,120	,181	,198	,012	,340	,013	,662
	[6-10]	,974	,187	,388	,028	,288	,436	,486
	[16-20]	,006	,036	,000	,200	,006	,030	,001
	+de20	,508	,641	,009	,926	,143	,351	,684
[16-20]	[1-5]	,042	,001	,000	,001	,000	,000	,000
	[6-10]	,003	,001	,002	,002	,033	,003	,000
	[11-15]	,006	,036	,000	,200	,006	,030	,001
	+de20	,067	,025	,405	,299	,251	,007	,014
+de20	[1-5]	,680	,634	,000	,042	,016	,419	,420
	[6-10]	,492	,580	,033	,063	,464	,702	,319
	[11-15]	,508	,641	,009	,926	,143	,351	,684
	[16-20]	,067	,025	,405	,299	,251	,007	,014

Legenda: Nível de significância do teste estatístico ANOVA *one-way* para as variáveis ordenadas das dimensões da Qualidade, por categorias profissionais. Utilizado método de comparação múltipla de médias das ordens pelo método LSD de Fisher. Para $\alpha=0,05$ as diferenças estatisticamente significativas verificam-se nas relações realçadas a negrito.

As representações gráficas dos intervalos de confiança para as médias das dimensões da qualidade por escalão de SUP encontram-se no capítulo 7.6.2 dos anexos.

3.3.3 Discussão dos Resultados

A questão da validade da construção do instrumento para determinar as dimensões da Qualidade era uma questão fulcral, no suporte à construção do modelo no estudo II, mas de acordo com o *alfa de Cronbach* com um valor acima dos 0,8, permite afirmar que o teste à Qualidade é robusto para validar uma dimensão que lhe está inerente atribuindo-lhe validade e consistência interna. Ao ser baseado numa teoria sólida, a sua validade externa também parece sólida.

Das 9 dimensões da Qualidade avaliadas, 5 apresentam valores médios acima dos 15 valores (acima dos 75% da escala). A dimensão da qualidade melhor classificada foi a Q1, seguida da Q4, as únicas a ultrapassarem os 16 pontos de média. Com pior classificação, surge a Q6, não chegando aos 13,5 pontos, seguido da eficiência, que não atinge os 14 pontos. Estes resultados parecem coerentes com a realidade de um serviço de urgência de referência, onde a eficácia é um ponto fundamental, no desempenho das funções do serviço, mas a continuidade e a eficiência podem sair descuradas. Os altos níveis atingidos com a dimensão Q4 (respeito e preocupação) parece reflectir uma preocupação de alguns anos de humanizar os serviços do SNS. Ao centrar num serviço pediátrico este critério pode estar a ser sobrevalorizado face a outros serviços, mas falta a comparação com outros serviços para uma análise completa.

Em relação ao teste de hipóteses, verificou-se que as dimensões da Qualidade não variam com os SUP, excepto a dimensão da “Segurança”. Nesta dimensão observa-se que o SUP D obtém em média um valor superior aos outros SUP. No entanto, permite concluir que a instituição onde se encontra o serviço, não tem influência significativa no conjunto das dimensões da qualidade.

Em relação ao teste, que pretende verificar se as dimensões da Qualidade variam segundo as categorias profissionais, observou-se que existem diferenças na distribuição em 5 das dimensões da Qualidade. Pela análise dos gráficos de intervalos de confiança conclui-se que não existe um padrão de comportamento entre as categorias profissionais, no entanto, há a salientar, a dimensão Q8, como mais valorizada pelos médicos assistentes graduados. Por outro lado, a dimensão Q9 é menos valorizada pela categoria profissional de enfermeiro do que as outras categorias.

Quanto ao teste de diferenças na distribuição das dimensões da Qualidade pelo tempo de funções no SUP, mais uma vez não se observa nenhum padrão coerente entre as variáveis ou entre os escalões. Salienta-se no entanto, que o quarto escalão (16-20 anos) apresenta uma

avaliação em média superior aos outros escalões. Este facto é mais evidente, nas dimensões, Q3 e Q9. Os dois últimos escalões destacam-se dos outros, ao atribuírem em média uma pontuação mais elevada nas dimensões Q6 e Q8. De forma oposta, salienta-se os dois primeiros escalões na dimensão Q7, ao avaliarem-na abaixo dos outros.

4 Estudo II — Como melhorar a Performance dos Serviços Urgência Pediátrica, em busca de um modelo

4.1 Introdução

No segundo estudo pretendeu-se criar um modelo explicativo da performance do SUP, através das dimensões dos três paradigmas.

A criação deste modelo sustenta-se no estudo das relações entre as dimensões dos paradigmas e a performance. Para avaliar a Performance dos SUP, aplicou-se uma escala subjectiva da performance, como justificado previamente.

Para o estudo do poder explicativo da variabilidade observada na Performance são usadas as 12 dimensões da PSC, 5 processos de Fiabilidade e as 9 dimensões da Qualidade, num total de 26, que correspondem às variáveis independentes a ser analisadas face à Performance que se constitui como a variável dependente (ver Figura 4).

4.2 Método

A criação do modelo explicativo da performance através das dimensões da PSC, Fiabilidade e Qualidade, pressupõe 5 etapas sequenciais.

Primeiro determinou-se o valor médio de performance para a criação de um score de performance do SUP. Em segundo lugar, avaliou-se a relação das dimensões com a performance e verificou-se, se esta era significativa, excluindo as dimensões que não têm relação significativa com a Performance.

Na terceira etapa estimou-se a proporção da variância observada na performance que é explicada pelo conjunto das variáveis, através do modelo de regressão linear. Utilizando o mesmo método, determinou-se a proporção que o conjunto de dimensões de cada paradigma explica as variações na performance.

Para a utilização do modelo de regressão linear, tem de se excluir o efeito da multicolinearidade que constituiu o quarto passo.

Por último, utilizando o modelo de regressão linear de “*Stepwise*”, determinou-se o “melhor modelo” para explicar a Performance dos SUP com base nas dimensões da PSC, Qualidade e Fiabilidade.

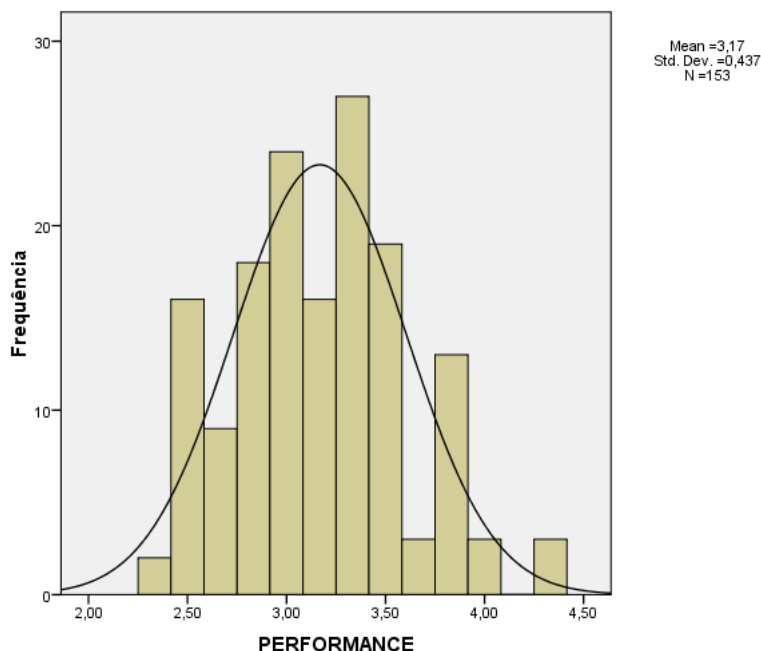
4.3 Resultados

Score de performance

Para a determinação do score de performance dos SUP, utilizou-se o instrumento de seis questões numa escala de *likert* de cinco pontos. O score foi obtido realizando a média entre estas seis avaliações.

A média da performance foi de 3,168, com um desvio padrão de 0.436. O valor mínimo observado foi de 2,33 e um máximo de 4,33. A dispersão de resultados é mais facilmente observada na Figura 15. As estatísticas descritivas das restantes seis dimensões podem ser observadas no capítulo 7.7 dos anexos.

Figura 15 — Histograma com curva de normalidade para a Performance dos SUP



Legenda: Histograma das frequências observadas, para o score de performance dos SUP.

Relações entre as variáveis e a performance

Para este cálculo determinou-se os coeficientes de correlação de Pearson entre as 26 dimensões e o score de performance. Este passo tem como objectivo certificar que todas as variáveis independentes estão estatisticamente relacionadas com a variável dependente: a Performance. Esta análise baseia-se na interpretação dos valores de significância que se observa no Quadro 33 dos anexos. Conclui-se que todas as variáveis estão positivamente relacionadas com a Performance e que esta relação tem significado estatístico, excepto as dimensões D9 - Trabalho de equipa entre unidades do hospital; D10 - Transferências hospital

e Q8 - Oportunidade. Desta forma, estas dimensões foram excluídas da análise da Performance dos SUP.

Cálculo da porção da variabilidade total da performance que é explicada pelo conjunto de variáveis independentes

Para este cálculo realizou-se a de regressão linear entre o conjunto das dimensões (23 dimensões, após remoção das três dimensões no passo anterior) e o score de Performance dos SUP.

Aplicando o modelo de Regressão Linear *Standard* determinou-se o valor de R^2 , que permite identificar a porção da variabilidade explicada pelo conjunto das dimensões.

Para o conjunto das 23 dimensões, obteve-se os resultados que se observa no capítulo 7.9.1 dos anexos. Nestes resultados observa-se que a proporção da variância da Performance explicada pelo modelo (que conjuga a totalidade das 23 dimensões) é de 57,3%.

O resultado da análise de variância à regressão, demonstrado no Quadro 35, permite afirmar que o modelo é significativo, uma vez que apresenta um valor de significância de 0,000 ($< 0,05$). Através da análise dos coeficientes que se encontram no Quadro 36, observa-se que nem todas as dimensões apresentam o mesmo “peso” para prever a Performance, nem são estatisticamente significativas para o fazer, como se confirma para o valor de significância observado. Desta forma, neste modelo, as dimensões D1, D12, P5, Q2 e P9, apresentam-se mais capazes de explicar a Performance.

Aplicando o mesmo processo para o conjunto das dimensões de cada paradigma, podemos afirmar que as dimensões da PSC, explicam 35,2% da variância observada na Performance, e que este modelo também é significativo pelo teste ANOVA à regressão (ver anexo 7.9.2). Os valores dos coeficientes que ponderam cada dimensão para explicar a performance encontram-se no Quadro 39.

Da mesma forma, os cinco processos da Fiabilidade, conseguem explicar 33,5% da variância encontrada na Performance, e este modelo também é significativo, os coeficientes da equação de cada Processo encontram-se no Quadro 42 (ver anexo 7.9.3).

Em relação às dimensões da Qualidade estas são capazes de explicar 37,6% da Performance, e também passa no teste de variância do modelo de regressão, No Quadro 45, observa-se os coeficientes da equação para explicar a performance, com base nas dimensões da Qualidade (ver anexo 7.9.4).

Excluir a multicolinearidade

Maroco (2007) refere que um dos pressupostos para a utilização e aceitação do resultado dos modelos de regressão é que a multicolinearidade entre as variáveis independentes não interfira no modelo. Para excluir a multicolinearidade usou-se a proposta de Maroco (2007), através do cálculo do “factor de inflação da variância” (VIF do anglo-saxónico *Variance Inflation Factor*). Valores superiores a 10 indicam problemas com a estimação do modelo devido à presença de multicolinearidade nas variáveis independentes. Através da análise dos valores de VIF, apresentados no Quadro 36, Quadro 39, Quadro 42 e Quadro 45, permite afirmar que a multicolinearidade não interfere a estimação do modelo. Ou seja embora as variáveis possam estar relacionadas, essa relação não interfere no modelo, nem permite excluir nenhuma variável.

O “melhor modelo” explicativo da Performance

Para encontrar o “melhor modelo” utilizou-se o método de regressão linear de selecção sequencial de variáveis “*Stepwise*” tal como descrito em Maroco (2007), Para esta análise definiu-se um α para o valor F da ANOVA de regressão linear para a entrada de variáveis (F_{Entry}) de 0,5 e para a remoção ($F_{Removal}$) de 0,10.

O modelo obtido é composto por 4 dimensões e resulta da estimação de 4 modelos explicativos como, demonstra o Quadro 30. Observa-se que o primeiro modelo já conseguia explicar a Performance em 27,8% (*R Square*) da sua variabilidade, através da utilização da dimensão P3 – Sensibilidade às operações. O modelo 4 é aquele que com as limitações descritas anteriormente para a entrada e remoção de variáveis, melhor explica a variabilidade encontrada na Performance, conseguindo 46,1%, utilizando quatro dimensões (P3 - Sensibilidade às operações, Q2 -*Appropriateness*, D5 -Feedback e comunicação sobre erros, Q5 – Segurança).

Quadro 30 — Sumário do modelo de regressão linear (*Stepwise*) às 25 dimensões

Modelo	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,527	,278	,273	,37231
2	,634	,402	,394	,33993
3	,665	,442	,431	,32941
4	,679	,461	,446	,32496

Legenda: MODELO 1: (Constante), P3 -Sensibilidade às operações; MODELO 2: (Constante), P3 - Sensibilidade às operações, Q2 -*Appropriateness*; MODELO 3: (Constante), P3 -Sensibilidade às operações, Q2 -*Appropriateness*, D5 -Feedback e comunicação sobre erros; MODELO 4: (Constante), P3 -Sensibilidade às operações, Q2 -*Appropriateness*, D5 -Feedback e comunicação sobre erros, Q5 – Segurança; Variável dependente: PERFORMANCE

A análise do modelo tem de ser confirmada através da análise de variância ao modelo, que pelo valor de significância, observados no Quadro 31, permite afirmar que é significativo.

Quadro 31 — Análise de variância (ANOVA) aos modelos criados pela regressão linear (Stepwise)

Modelo		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	8,041	1	8,041	58,009	,000^a
	Residual	20,931	151	,139		
	Total	28,972	152			
2	Regression	11,640	2	5,820	50,366	,000^b
	Residual	17,333	150	,116		
	Total	28,972	152			
3	Regression	12,804	3	4,268	39,331	,000^c
	Residual	16,168	149	,109		
	Total	28,972	152			
4	Regression	13,343	4	3,336	31,590	,000^d
	Residual	15,629	148	,106		
	Total	28,972	152			

Legenda: MODELO 1: (Constante), P3 -Sensibilidade às operações; MODELO 2: (Constante), P3 - Sensibilidade às operações, Q2 -*Appropriateness*; MODELO 3: (Constante), P3 -Sensibilidade às operações, Q2 -*Appropriateness*, D5 -Feedback e comunicação sobre erros; MODELO 4: (Constante), P3 -Sensibilidade às operações, Q2 -*Appropriateness*, D5 -Feedback e comunicação sobre erros, Q5 - Segurança; Variável dependente: PERFORMANCE

O modelo fica construído pela análise do Quadro 32, que descreve os coeficientes das dimensões para a criação da equação linear que descreve a performance. A equação que descreve 46,1% da variação da performance dos SUP pode ser escrita da seguinte forma:

Figura 16 — Equação explicativa da Performance dos SUP

$$\text{Performance} = 0,648 + 0,176 (\text{P3}) + 0,77(\text{Q2}) + 0,121(\text{D5}) + 0,26(\text{Q5})$$

Legenda: equação linear que explica 46,1% da variação da Performance dos SUP. (P3- Sensibilidade às operações; Q2 -*Appropriateness*; D5 -Feedback e comunicação sobre erros; Q5 - Segurança)

Quadro 32 — Coeficientes das dimensões que constituem os modelos de regressão linear (Stepwise)

Modelo		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	1,876	,172		10,892	,000		
	P3 -Sensibilidade às operações	,421	,055	,527	7,616	,000	1,000	1,000
2	(Constant)	,788	,251		3,145	,002		
	P3 -Sensibilidade às operações	,346	,052	,433	6,630	,000	,934	1,071
	Q2 - <i>Appropriateness</i>	,084	,015	,365	5,581	,000	,934	1,071
3	(Constant)	,803	,243		3,308	,001		
	P3 -Sensibilidade às operações	,228	,062	,286	3,681	,000	,621	1,610
	Q2 - <i>Appropriateness</i>	,080	,015	,349	5,487	,000	,928	1,077
	D5 -Feedback e comunicação sobre erros	,131	,040	,252	3,275	,001	,634	1,577
4	(Constant)	,648	,249		2,601	,010		
	P3 -Sensibilidade às operações	,176	,065	,220	2,688	,008	,543	1,842
	Q2 - <i>Appropriateness</i>	,077	,014	,336	5,341	,000	,921	1,085
	D5 -Feedback e comunicação sobre erros	,121	,040	,232	3,043	,003	,626	1,597
	Q5 -Segurança	,026	,012	,160	2,261	,025	,729	1,372

Legenda: Coeficientes de regressão, para as variáveis que constituem os modelos propostos pelo método “Stepwise”. Apresenta-se também os valores do factor de inflação da variância (VIF). Variável dependente: Performance

4.4 Discussão dos Resultados

A Performance medida por uma escala subjectiva revelou uma média de 3,168 (numa escala de 1-5) ou 63%. Ou seja, na perspectiva dos profissionais, os SUP, apresentam uma performance boa, e que esta perspectiva foi útil na criação do modelo explicativo da performance, com base nas dimensões dos três paradigmas.

A Performance de qualquer tipo de serviço é uma dimensão multidimensional, onde interagem múltiplos factores, como descrito nos primeiros capítulos, a complexidade abunda nas organizações e dificilmente uma só perspectiva explica toda a dimensão, ou pelo menos a sua influência na organização. Desta forma, não é surpreendente que as dimensões consigam explicar a performance em apenas 58,4%. Ou seja, que as 23 dimensões estudadas inferem em quase 60% da performance e que os restantes 40% são devidos a outros factores, como por exemplo, a liderança, satisfação no trabalho, remuneração, entre outros factores.

Tendo em conta estes resultados, podemos afirmar que grande parte da Performance dos SUP pode ser modelada pelas dimensões da PSC, Fiabilidade e Qualidade.

Interessante observar que nenhum dos conjuntos de variáveis seja a PSC, Fiabilidade ou Qualidade, difere muito na explicação da performance (variando entre 33% e 38%) mas que todas juntas aumentam o seu poder explicativo em 20% da variabilidade da performance.

Salienta-se ainda as dimensões D9 - Trabalho de equipa entre unidades do hospital; D10 - Transferências hospital e Q8 – Oportunidade, que por não apresentarem relação estatisticamente significativa com a Performance, foram excluídas da análise.

O resultado para excluir a multicolinearidade entre as dimensões do modelo revelou um resultado surpreendente, não permitindo excluir nenhuma dimensão com base neste pressuposto. Desta forma, embora se possa pensar que algumas das dimensões possuam relações entre si que interferissem na criação do modelo, este pressuposto não se revelou. E todas as dimensões introduzidas foram significativas para a criação do modelo.

Da análise do Quadro 39, Quadro 42 e Quadro 45, que demonstram os coeficientes das dimensões por paradigma, observa-se que nem todas as dimensões apresentam valores de significância $<0,05$. Ou seja, que embora estejam todas correlacionadas como demonstrado no Quadro 33, em termos de regressão explicativa da performance, apenas algumas dimensões têm capacidade explicativa, para prever a performance.

A criação do melhor modelo levou ao agrupamento de 4 variáveis, com o poder explicativo de 46,1% da performance. Note-se como o processo P3 – Sensibilidade às operações consegue explicar mesmo isolado 27,8% da performance. Note-se também que este mesmo agrupamento possui dimensões dos três paradigmas e consegue ter maior poder do que os três paradigmas de forma isolada. Salienta-se ainda que, duas dimensões da Qualidade são consideradas na criação do modelo explicativo da Performance, sendo o Paradigma mais representado.

CONCLUSÕES

5 Conclusões Gerais

O mundo em que vivemos caminha para a complexidade crescente e as organizações de saúde são também envolvidas neste crescimento. Esta complexidade leva a sistemas caóticos, onde as implicações das acções de novos programas são difíceis de prever e de gerir, evidente na dificuldade em comprovar ganhos em Qualidade ou na melhoria da Performance das organizações.

No entanto, este caminho de complexidade traz consigo a evolução para um nível mais estável com ganhos na assistência às pessoas e na estrutura e dinâmica das organizações. Este é o objectivo que em teoria (do caos) se pretende, aprender a gerir o inesperado caótico, para estar melhor preparado para as situações complexas.

Os disfuncionamentos inerentes ao erro na saúde implicam custos em vidas humanas, custos financeiros e também factores não tangíveis como a imagem da organização, ou mesmo, afectando os profissionais que se vêem “embrulhados” nos disfuncionamentos da organização, e interfere na sua vida profissional futura.

Nos últimos anos, têm-se realizado muitos investimentos na melhoria dos Serviços de Saúde, principalmente devido ao facto de se ter constatado que os disfuncionamentos são frequentes e muitos deles são críticos para a organização.

Diversas medidas e intervenções têm sido realizadas na melhoria das organizações de saúde, algumas com comprovados ganhos, outras com sucessos difíceis de comprovar a sua relação causal. Adoptou-se os paradigmas da Qualidade, Fiabilidade e *Patient Safety Culture* para perceber como influenciam a performance dos SUP. Desenvolveu-se dois estudos sequenciais com diferentes objectivos.

5.1 Conclusões do Estudo I

O estudo ao possuir um desenho de estudo descritivo e causal comparativo, não permite conclusões pragmáticas relativas a relações causais entre as variáveis, nem foram essas as questões se colocaram no desenvolvimento deste estudo. Pretendeu-se caracterizar os SUP no âmbito dos três paradigmas, testando a hipótese de que estes teriam um bom desempenho, como evidencia a literatura.

Em relação a este ponto, ficou demonstrado que os SUP não possuem, na perspectiva dos seus profissionais, um bom desempenho, ao nível dos processos de Fiabilidade e na PSC, uma vez que não atingem os 75% da escala, definido como um nível aceitável.

Mesmo assim, na perspectiva dos profissionais, os cuidados prestados nos SUP atingem os 75%, na maioria dos critérios de Qualidade e nenhum abaixo dos 70%. Esta discrepância é surpreendente, embora os profissionais caracterizem, os SUP, com uma cultura de segurança medíocre e com processos de fiabilidade pouco desenvolvidos, mesmo assim, consideram que desenvolvem um trabalho com qualidade. Esta relação deve constituir um bom ponto de partida para futuras investigações.

A validação da escala de Qualidade com um bom índice no *alfa de Cronbach*, permite afirmar que está bem desenvolvida para medir as dimensões da Qualidade. Tendo em conta os estudos referentes ao confronto entre medidas subjectivas e objectivas da performance, também neste caso, acredita-se que o instrumento não deverá produzir conclusões diferentes. No entanto, será conveniente a realização de estudos que comprovem esta relação.

De forma semelhante o instrumento utilizado para a Fiabilidade, revelou-se sólido, mas necessita de aprofundar a sua validação noutras realidades.

Com a utilização de um estudo multicêntrico e multiprofissional, a generalização dos resultados verificados para a realidade dos SUP, parece viável.

Em relação ao teste causal comparativo, pretendia-se verificar, se as dimensões dos três paradigmas eram influenciadas pelos SUP (instituição em que estão inseridas), categorias profissionais ou pelo tempo de funções no SUP. À partida, estas três variáveis independentes pareciam ter efeitos na forma como são percebidas as dimensões. No entanto, embora o resultado demonstre a existência de algumas discrepâncias entre as diferentes categorias. A verdade, é que estas diferenças não apresentam nenhum padrão, não se conseguindo demonstrar melhor desempenho de um SUP face aos outros, nem que as diferentes categorias profissionais possuam diferentes perspectivas. Em relação ao tempo de serviço no SUP, também não permitiu afirmar que a percepção (em relação aos três paradigmas) seja alterada com o tempo.

No entanto, algumas discrepâncias encontradas deverão ser analisadas através de outras metodologias, Salienta-se as diferenças encontradas em D1 (Expectativas e acções dos supervisores/gestores que promovem a segurança) e D4 (Facilidade de comunicação) percebidas de forma diferente entre médicos e enfermeiros, o P3 (Sensibilidade às operações) e Q5 (Segurança), avaliados de forma melhor pelo SUP D. Propõe-se metodologias qualitativas ou fundamentadas em dados mais objectivos.

5.2 Conclusões do Estudo II

No estudo II pretendeu-se a criação de um modelo explicativo da performance dos SUP, através das dimensões dos três paradigmas. Conseguiu-se a criação de um modelo que explica 46,1% da Performance dos SUP. Como o estudo é multicêntrico e multiprofissional a generalização parece ser possível. Desta forma a principal conclusão é que, para os SUP melhorarem a performance devem investir nas 4 dimensões (P3- Sensibilidade às operações; Q2 –*Appropriateness*; D5 -Feedback e comunicação sobre erros; Q5 – Segurança) que estão mais associados com a performance.

Embora a Segurança (Q5) pareça uma supra-dimensão da PSC, esta não apresenta, nem a mesma definição, nem a mesma variabilidade de qualquer outra dimensão da PSC. Ao passar no teste de multicolinearidade conclui-se que as variáveis são diferentes e que não possuem inferências semelhantes.

Note-se que as quatro dimensões levam a uma cultura de serviço que deve pautar pelo trabalho onde a sensibilidade às operações deve ser o máximo possível, que os cuidados devem ser os apropriados e relevantes para a situação, tendo em conta o estado da arte, sustentados na comunicação e feedback dos erros e na segurança dos cuidados, para quem recebe e para quem os executa. Estas pistas de orientação para a performance dos SUP, não é uma receita estanque, pois muitas das dimensões estão correlacionadas entre si, e a melhoria de uma dimensão, traz melhoria noutras. Importa determinar os movimentos de mudança cultural que se pretende adoptar e assumir uma clara noção de perspectiva da evolução pretendida para o serviço. As mudanças culturais nas organizações são uma tarefa morosa e que implicam uma estratégia bem definida e bem sustentada em argumentos válidos e sólidos.

Observou-se que as dimensões D9 - Trabalho de equipa entre unidades do hospital; D10 - Transferências hospital e Q8 – Oportunidade, foram excluídas da análise por não provarem a sua relação com a Performance. Como descrito anteriormente, as dimensões que avaliam a performance reflectem a sua cultura e a forma como formula a estratégia e a promove, desta forma, podemos concluir que os SUP revelam uma orientação em que a relação com os outros serviços e a adequação dos horários das intervenções ao utente não estão relacionados com a sua Performance.

Os resultados apresentados são generalizáveis dentro dos SUP, diferentes serviços, deverão ter diferentes necessidades e diferentes percepções das dimensões.

5.3 Implicações para a prática

Com a realização dos estudos desenvolveu-se uma melhor compreensão dos paradigmas que estão a tentar mudar os cuidados de saúde, e da necessidade de agir para melhorar um sistema imperfeito.

Ao centrar a investigação nos SU permitiu questionar a dinâmica de um serviço que é caracterizado como exemplo de burocracia profissional com características óbvias de *Loosely Coupled Systems*. Nestes serviços, onde abunda o caos, mesmo assim, toda a equipa se reorganiza constantemente para fazer frente a uma nova realidade, aumentando o seu poder de resolução de problemas de forma exponencial. No entanto, na perspectiva dos profissionais essa cultura de Fiabilidade ou de Segurança ainda pode ser melhorada.

Esta mudança como foi descrita pela literatura, tem de assentar numa cultura partilhada. É para um novo ideal de performance que se pretende caminhar, as opções de escolha do caminho não são claras, devem ser definidas pelas equipas e adoptar mecanismos de melhoria contínua, com um instrumento eficaz de medição da sua performance.

Em relação à questão, qual o melhor modelo para melhorar as organizações de saúde, dificilmente existirá uma resposta única e global. É um caminho, específico que deve depender dos objectivos de cada serviço e depende de mais factores do que os aqui explorados. As dimensões estudadas apontam para orientações fundamentais mas não suficientes.

Comprovou-se que algumas dimensões específicas estão mais relacionadas com a performance dos SUP, onde se conclui que a partilha de um referencial que oriente os cuidados com base nas dimensões da Qualidade, Fiabilidade e PSC, trará repercussões na Performance.

Provou-se que a “Sensibilidade às Operações” é um dos pontos mais fundamentais para a melhoria dos SUP, no entanto, o mesmo poderá não se aplicar a outros serviços. A metodologia desenvolvida pode permitir no futuro novos estudos entre serviços, instituições, principalmente por se ter conseguido desenvolver e validar um instrumento para as dimensões da Qualidade e dos Processos de Fiabilidade.

Futuramente espera-se conseguir um desenho de investigação mais objectivo do que a caracterização dos processos ou dimensões dos serviços através de medidas subjectivas.

Se antes se poderia pensar que existia diferenças na percepção dos cuidados de saúde que são desenvolvidos entre os diferentes profissionais, provou-se que esta concepção não tem razão de ser. Embora possam existir algumas discrepâncias, não se pode afirmar que existam

diferentes perspectivas de uma forma global. O mesmo se aplica para o tempo de funções no serviço, embora quem esteja há pouco tempo no serviço, possa ter uma imagem mais reduzida da realidade, a sua percepção é tão válida e semelhante como a de elementos mais velhos. A instituição onde está inserido o serviço também não repercute grandes influências na percepção dos cuidados, embora existam diferenças não é um padrão que se possa julgar válido.

Destes pontos, devemos tirar implicações para os projectos de melhoria. Estes projectos não devem ser focados na perspectiva dos mais experientes ou de uma categoria profissional, porque diferentes perspectivas enriquecem os programas de intervenção, e os torna mais válidos.

5.4 Limitações do Presente Estudo

As limitações do estudo estão relacionadas com três grupos: a amostra, o instrumento e o método.

A amostra embora seja considerada razoável (N=153), torna-se pequena para analisar as relações de quase 30 variáveis. Por outro lado, não se conseguiu controlar a colheita de dados. Ou seja, não se excluí a possibilidade de estar sujeita a enviesamentos da amostra, principalmente devido ao facto de não se ter conseguido averiguar o número real de profissionais dos SUP que integraram o estudo.

Por outro lado, o instrumento desenvolvido é muito extenso e de difícil adesão. Pelo facto de ser multidimensional, implica dispêndio de muito tempo e o reflectir em questões que não se tinham colocado antes. Por outro lado, os conceitos abordados são complexos, exigindo dos profissionais, reflexão sobre os seus SUP que não tinham desenvolvido previamente.

A escala utilizada para avaliar as dimensões da Qualidade, embora sustentada numa teoria sólida e com bons resultados na validação interna, deverá ser sujeita a um estudo mais profundo da sua construção. O mesmo se aplica ao instrumento utilizado para avaliar os processos de Fiabilidade, necessitando de maior validação. A utilização de medidas subjectivas da performance, embora suportada por diferentes estudos, fornece algum suporte à validade da escala da Qualidade. Por outro lado, seria importante a validação das dimensões objectivas da performance face às medidas subjectivas.

Em relação ao método desenvolvido para análise dos resultados e verificação dos objectivos, revelou ser robusto, mas melhores métodos poderão existir para realizar a

abordagem das relações entre dimensões e seus conceitos latentes, nomeadamente a utilização de uma análise através de modelação de equações estruturais.

5.5 Pistas de Investigação Futura

Após as conclusões do estudo, com a realização de um percurso de investigação regrado, surgem novas orientações de investigação, na área da performance das organizações de saúde e na criação de modelos de cuidados e de dinâmica das organizações, para um sistema de saúde mais fiável, mais eficiente, com mais qualidade e mais seguro.

Será interessante a adopção do modelo de avaliação proposto, com base nas 25 dimensões da PSC, Fiabilidade e Qualidade, para determinar as suas relações com a performance de outro tipo de serviços, num estudo mais alargado.

Seria importante, a validação da escala das dimensões da Qualidade face a outros indicadores, que permitisse a sua adopção em futuros estudos, uma vez que, por ser uma escala mais simples, e mais generalista, permite a sua utilização para medir diferentes realidades, onde as medidas objectivas são impossíveis de implementar.

A criação de um modelo explicativo através dos modelos de equações estruturais será um salto qualitativo importante, para a compreensão da dinâmica entre as dimensões e os constructos latentes que lhes estão associadas. Esta é uma ferramenta poderosa, mas implica uma amostra maior e um bom domínio de conhecimentos estatísticos, que infelizmente não permitiram o seu uso.

Ao assumir que a percepção das dimensões da Qualidade, Fiabilidade e PSC, não são influenciadas pelo serviço, categoria profissional ou tempo de serviço, como se demonstrou pelos resultados do estudo importa perceber quais são os factores que influenciam estas dimensões. Nomeadamente salienta-se algumas dimensões que devem ser consideradas na análise: a liderança, a coesão das equipas, *commitment* e a identidade organizacional e profissional.

Será importante no futuro desenvolver investigações que permitam compreender a relação entre os paradigmas, para além da inferência sobre a performance aqui desenvolvida. Importa perceber como a dimensão da Qualidade é influenciada pela PSC e Fiabilidade, e como é essa relação. Por outro lado compreender que relação existe entre as dimensões de *Patient Safety* e os processos de Fiabilidade.

As dimensões estudadas, espelham uma cultura partilhada pelos profissionais dos SUP, seria importante definir as dimensões dessa cultura, e como ela é desenvolvida nos Serviços de Urgência, nomeadamente através de estudos sociológicos e de análises qualitativas.

A teoria do caos tem criado novos instrumentos para compreender os fenómenos multidimensionais e de difícil previsão, como a meteorologia ou o comportamento de líquidos, mas também na criação de modelos de comportamentos humanos, com repercussões, também nas ciências da gestão. O estudo, em busca de novas metodologias de compreensão da realidade para a gestão irá trazer instrumentos mais poderosos na compreensão e análise das organizações. Espera-se que estes instrumentos sejam mais poderosos do que as regressões lineares desenvolvidas neste estudo, que permitem uma compreensão dos fenómenos, algo limitada.

6 Bibliografia

- Arbuckle, J. (2007). Amos 16.0.1. Bethel Pike, USA: Amos Development Corporation.
- Bergman, *et al.* (Jul de 2008). Test of Motowidlo *et al.*'s (1997) Theory of Individual Differences in Task and Contextual Performance. *Human Performance* , 21 (3), pp. 227-253.
- Bohigas, L. (1996). accreditation Programs for Hospitals: Funding and Operation. *Internacional Journal for Quality in Health Care* , 8, pp. 583-589.
- Browne, *et al.* (2000). The effects of a Seamless Model of management on the quality of care for emergency departments patients. *Journal of Quality Clinical Practice* , 20, pp. 120-126.
- Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e Poderes no Hospital. Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*. Porto: Edições Afrontamento.
- Carmeli, *et al.* (Set. de 2007). The Role of Perceived Organizational Performance in Organizational Identification, Adjustment and Job Performance. *Journal of Management Studies* , 44, pp. 972-992.
- Cohen. (1999). Principles and Practice of Emergency Medicine. In R. Schwartz, P. Roth, e J. Cohen, *Principles and Practice of Emergency Medicine*. Lippincott, Williams & Wilkins.
- Counte, M., e Meurer, S. (2001). Issues in assessment of continuous quality. *Internacional Journal for Quality in Health Care* , 13, pp. 197-207.
- Davies, E. (Abril de 2003). Quality: It's historical context. *Engineering Management* , pp. 14-17.
- Delaney, J., e Huselid, M. (Ago. de 1996). The Impact of Human Resource Management Practices on Perceptions of Organizational Performance. *Academy of Management Journal* , 39, pp. 949-969.
- Denison, D., Hooijberg, R., e Quinn, R. (1995). Paradox and Performance: Toward a Theory of Behavioral Complexity in Managerial Leadership. *Organization Science* , 6, 524-540.
- DeRosier, J. (May de 2002). Using Health Care Failure Mode and Effect Analysis®: The VA National Center for Patient Safety's Prospective Risk Analysis System. *The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* , 28, pp. 24-269.
- Dolan, *et al.* (Março de 2003). Understanding and Managing Chaos in Organisations. *International Journal of Management* , pp. 23-35.
- Farazmand, A. (2003). Chaos and Transformation Theories: A Theoretical Analysis with Implications for Organizational Theory and Public Management. *Public Organization Review* , 339-372.
- Feng, *et al.* (August de 2008). Patient safety culture in nursing: a dimensional concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* , 63, pp. 310-319.

- Fleischmann, T. e Fulde, G. (2007). Emergency medicine in modern Europe. *Emergency Medicine Australasia* , 19, pp. 300-302.
- Fragata, J. (2006). Determinantes da Performance. In J. Fragata, *Risco Clínico: complexidade e performance* (pp. 115-164). Coimbra: Edições Almedina.
- Fragata, J. (2006a). Performance em Saúde - o caso da cirurgia. In J. Fragata, *Risco Clínico: complexidade e performance* (pp. 81-113). Coimbra: Edições Almedina.
- Fragata, J., e Martins, L. (2005). Causas e mecanismos dos erros em medicina - A anatomia do erro. In J. Fragata, e L. Martins, *O Erro em Medicina - Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade* (pp. 41-80). Coimbra: Livraria Almedina.
- Gaba, D. (Outono de 2000). Structural and Organizational Issues in Patient Safety: A Comparison of Health Care to other High-Hazard Industries. *California Management Review* , 43, pp. 83-102.
- Gleick, J. (2005). *Caos: A construção de uma nova ciência*. Lisboa: Gradiva.
- Glennerster, H. (1998). Competition and quality in health care: the UK experience. *Internacional Journal for Quality in Health Care* , 10, pp. 403-410.
- Greenslade, J., e Jimmieson. (Jun de 2007). Distinguishing between task performance and contextual performance for nurses: development of a job performance scale. *Journal of Advanced Nursing* , 58 (6), pp. 602-611.
- Haigh, C. (2002). Using chaos theory: the implications for nursing. *Journal of Advanced Nursing* , 37 (5), pp. 462-469.
- Houghton, G., e Wall, D. (March de 2000). Twelve tips on teaching about clinical governance. *Medical Teacher* , 22, pp. 145-153.
- Kaplan, R., e Norton, D. (Jul/Ago de 2005). The Balanced Scorecard: Measures that drive Performance. *Harvard Business Review* , pp. 173-180.
- Kohn, et al. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington: National Academy Press.
- Koopman, et al. (1999). Organizational Culture. *European journal of Work and Organizational Psychology* , 8, 551-568.
- Levy, D. (1994). Chaos theory and strategy. theory, application, and managerial implications. *Strategic Management Journal* , 15, pp. 167-178.
- Lucena, et al. (Jul/Set de 1996). O que é diferente no sector da saúde? *Revista Portuguesa de Saúde Pública* , pp. 21-23.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Martins, L. (2005). Errar é Humano - A dimensão do problema ou a epidemiologia do erro em medicina. In J. Fragata, e L. Martins, *O Erro em Medicina - Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade* (pp. 29-35). Coimbra: Livraria Almedina.
- Martins, L. (2005a). O Erro como periferia do sistema - Do ciclo da culpa à mudança organizacional, nas organizações de saúde. In J. Fragata, e L. Martins, *O Erro em Medicina - perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade* (pp. 149-211). Coimbra: Livraria Almedina.

- Martins, L. (2005b). Organizações de saúde por uma cultura da Fiabilidade. In J. Fragata, e L. Martins, *O Erro em Medicina - Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade* (pp. 215-252). Coimbra: Livraria Almedina.
- McIlwain, J. (Dec. de 2006). A review: a decade of clinical risk management and risk tools. *Clinician in Management* , 14, pp. 189-199.
- Michie, S., e Michael, A. (Jun. de 2004). Managing people and performance: an evidence based framework applied to health service organizations. *International Journal of Management Reviews* , 5/6, pp. 91-111.
- Mintzberg, J. (2004). *Estrutura e Dinâmica das Organizações* (3ª Edição ed.). Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Morin, E. (2000). *O Paradigma Perdido: a Natureza Humana*. Mem Martins: Publicações Europa-America.
- Motowidlo, S., e Van Scotter, J. (Aug de 1994). Evidence that Task Performance Should be distinguished from Contextual Performance. *Journal of Applied Psychology* , 79 (4), pp. 475-480.
- Nauert, R. (2005). Strategic Business Planning and Development for Competitive Health Care Systems. *Journal of Health Care Finance* , 32 (2), pp. 72-94.
- Nunes, F. (1994). As organizações de serviços de saúde: alguns elementos distintivos. *Revista Portuguesa de Gestão* , 3/4, pp. 5-28.
- Orton, J., e Weick, K. (1990). Loosely Coupled Systems: A Reconceptualization. *Academy of Management Review* , 15 (2), 203-223.
- Ovreteit. (2003). *What are the best strategies for ensuring quality in hospitals?* Copenhagen: World Health Organization - Regional Office for Europe.
- Penneff, J. (2002). *O Hospital na urgência: estudo por observação participante*. Coimbra: FORMASAU, Formação e Saúde lda.
- Perrow, C. (1999). *Normal Accidents: Living with High-Risk Technologies*. New Jersey: Princeton University Press.
- Peters, G., e Peters, B. (2008). *Medical Error and Patient Safety: Human Factors in Medicine*. Boca Raton: Taylor and Francis Group.
- Peterson, R. (Sep. de 1994). A Meta-analysis of Cronbach's Coefficient Alpha. *Journal of Consumer Research* , 21 (2), pp. 381-391.
- Portugal. (24 de Agosto de 1990). *Lei de bases da saúde*. Obtido em 20 de Março de 2008, de Portal da Saúde: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/leibasessaude.htm>
- Pun, K., e White, A. (March de 2005). A performance measurement paradigm for integrating strategy formulation: A review of systems and frameworks. *International Journal of Management Review* , 7, pp. 49-71.
- Ramos, F. (1994). O financiamento público do Sistema de Saúde. Caridade do Estado ou a busca da eficiência? *Revista Portuguesa de Gestão* , 3/4, pp. 67-74.
- Reason, J. (1990). *Human Error*. New York: Cambridge University Press.

- Reason, J. (Mar de 2000). Human error: models and management. *British Medical Journal* , 320, pp. 778-770.
- Rivers, P., e Bae, S. (Mach de 1999). Aligning information systems for effective total quality management implementation in health care organizations. *Total Quality Management* , 10, pp. 218-289.
- Schwartz. (1999). The Work Environment in Emergency Medicine: stress, shift work, and avoiding burnout . In G. Schwartz, P. Roth, e J. Cohen, *Principles and Practice of Emergency Medicine*. Lippincott, Williams & Wilkins.
- Simões, J. (2004). *Retrato Político da Saúde — Dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Sorra, J. (2004). *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Sower, *et al.* (Spring de 2001). The Dimensions of Service for Hospitals: Development and Use of the KQCAH Scale. *Health Care Management Review* , 26, pp. 47-59.
- Spath, P. (2000). *Error Reduction in Health Care: A Systems Approach to Improving Patient Safety*. Nova York: Jossey-Bass.
- SPSS, Inc. (Abril de 2008). *Statistical Package for the Social Sciences for Windows. 16.0.2*. Chicago: SPSS, Inc.
- Taylor, G. (March de 2002). Clinical Governance and the Development of a new Professionalism in Medicine: Educational Implications. *Education for Health: Change in Learning & Practice* , 15, pp. 65-70.
- The Lancet editor. (Junho de 2006). The USA's emergency-medicne crisis. *Lancet* , 367, p. 2033.
- Tregunno, *et al.* (Ago. de 2004). Competing Values of Emergency Department Performance: Balancing Multiple Stakeholders Perspectives. *Health Services Research* , 39, pp. 771-791.
- Vidall, S. (1998). King's Fund Organisational Audit: More than ticks in boxes. *Journal of Quality Clinical Practice* , 18, pp. 83-88.
- Visscher, K., e Rip, A. (2003, June). Coping with Chaos in Change Processes. *Creativity and Innovation Management* , pp. 121-128.
- Wall, *et al.* (Spring de 2004). On the validity of subjective measures of company performance. *Personnel Psychology* , 57 (1), pp. 95-118.
- Walshe, K. (2001). The Development of Clinical Risk Management. In C. Vincent (Ed.), *Clinical Risk Management* (pp. 45-60). London: BMJ Books.
- Weick, K. E., e Sutcliffe, K. M. (2001). *Managing the unexpected: Assuring High Performance in an Age of Complexity*. San Fancisco: Jossey-Bass.
- Welbourne, T.; Johnson, D. Erez, A. (Oct. de 1998). The Role-based performance scale: Validity Analysis of a Theory-based Measure. *Academy of Management Journal* , 41 (5), pp. 540-555.

- World Health Organization. (2003). *Measuring Hospital Performance to improve the quality of care in Europe: a need for clarifying the concepts and defining the main dimensions*. Copenhaga: WHO - Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2005). *Pilot test of the performance assessment tool for quality improvement in hospitals (PATH)*. Copenhaga: WHO - Regional Office for Europe.

7 Anexos

7.1 Anexo 1 — Exemplo do instrumento de recolha de dados

Introdução

O presente questionário é realizado no âmbito do Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, ministrado pelo Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE).

O objectivo do estudo é perceber como as Dimensões da Qualidade, da Segurança e da Fiabilidade se relacionam com a Performance dos Serviços de Urgência Pediátrica.

Esta análise será realizada através de quatro secções. É importante que preencha **todas as respostas**. Não deverão ser necessários mais de 20 minutos para o preenchimento do questionário. Todas as respostas são anónimas e confidenciais e os dados serão tratados de forma agregada.

No caso de alguma dúvida ou questão, estarei á disposição para qualquer esclarecimento, através do correio electrónico (mestrado.tese@gmail.com).

Obrigado pelo seu tempo.

Os melhores cumprimentos,

André Caetano de Oliveira

(André Caetano de Oliveira)

Patient Safety

Instruções

Neste questionário irão ser colocadas questões sobre *Patient Safety*, erro médico e relato de incidentes no seu Serviço de Urgência Pediátrica.

- Um “evento” é definido como qualquer tipo de erro, falha, incidente, acidente, ou desvio das normas, independentemente de ter ou não resultado em dano para o utente.
- “*Patient Safety*” é definida como os mecanismos utilizados de forma a evitar e prevenir as lesões em utentes ou os eventos adversos resultantes do processo de prestação de cuidados de saúde.

SECÇÃO A: O seu Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)

Neste questionário, refira-se ao seu Serviço de Urgência Pediátrica. Indique a sua concordância ou discordância com as seguintes afirmações sobre o seu Serviço de Urgência Pediátrica. Marque as suas respostas preenchendo os círculos.

	Muito em Desacordo	Discordo	Indiferente	Concordo	Muito de Acordo
1. Neste SUP as pessoas apoiam-se umas às outras	①	②	③	④	⑤
2. Temos staff suficiente para a carga de trabalho.....	①	②	③	④	⑤
3. Quando há muito trabalho e tem de ser feito rapidamente, trabalhamos em conjunto como uma equipa para o fazer.	①	②	③	④	⑤
4. Neste SUP, as pessoas tratam-se com respeito	①	②	③	④	⑤
5. O staff neste SUP trabalha demasiadas horas, do que seria o melhor para a prestação de cuidados.....	①	②	③	④	⑤

6. Nós estamos activamente a fazer coisas para melhorar a *Patient Safety* ① ② ③ ④ ⑤
7. Nós usamos mais pessoas em trabalho temporário, do que seria o melhor para os cuidados ① ② ③ ④ ⑤
8. O Staff sente que os seus erros lhes são imputados ① ② ③ ④ ⑤
9. Neste SUP as falhas têm levado a mudanças positivas ① ② ③ ④ ⑤
10. É apenas por sorte que erros mais graves não acontecem neste SUP. ① ② ③ ④ ⑤
11. Neste SUP quando um posto se torna realmente confuso, outros ajudam ① ② ③ ④ ⑤
12. Quando um evento é reportado, existe a sensação de que é a pessoa que está a ser denunciada e não o problema. ① ② ③ ④ ⑤
13. Depois de realizarmos mudanças para melhorar a *Patient Safety* nós avaliamos a sua eficácia. ① ② ③ ④ ⑤
14. Nós trabalhamos em “modo de crise” tentando fazer muito, demasiado rápido, ① ② ③ ④ ⑤
15. A *Patient Safety* nunca é sacrificada para ter mais trabalho completo. ① ② ③ ④ ⑤
16. O staff preocupa-se que os erros que cometem fiquem na sua ficha pessoal. ① ② ③ ④ ⑤
17. Nós temos problemas de *Patient Safety* neste SUP. ① ② ③ ④ ⑤
18. Os nossos procedimentos e sistemas são bons a prevenir a ocorrência de erros. ① ② ③ ④ ⑤

SECÇÃO B: O seu Supervisor/Chefe

Indique a sua concordância ou discordância com as seguintes afirmações sobre o seu imediato Supervisor/Chefe ou a pessoa a quem reporta directamente. Marque as suas respostas preenchendo os círculos.

- | | Muito em
Desacordo | Discordo | Indiferente | Concordo | Muito de
Acordo |
|---|-----------------------|----------|-------------|----------|--------------------|
| 1. O meu supervisor/chefe pronuncia-se positivamente quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos para a <i>Patient Safety</i> | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 2. O meu supervisor/chefe considera seriamente as sugestões do staff para melhorar a <i>Patient Safety</i> | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 3. Quando a pressão aumenta o meu supervisor/chefe quer que nós trabalhemos mais rapidamente, mesmo que signifique escolher “atalhos”. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 4. O meu supervisor/chefe negligencia os problemas de <i>Patient Safety</i> que ocorrem repetidamente. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

SECÇÃO C: Comunicação

Com que frequência as coisas acontecem no seu SUP? Marque as suas respostas preenchendo os círculos.

- | | Nunca | Raramente | Algumas
Vezes | A maioria
das Vezes | Sempre |
|--|-------|-----------|------------------|------------------------|--------|
| 1. É nos fornecido <i>feedback</i> sobre mudanças baseadas no relato de erros ① ② ③ ④ ⑤ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 2. O staff pronuncia-se livremente se vêem alguma coisa que pode influenciar negativamente os cuidados prestados. ① ② ③ ④ ⑤ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem neste SUP. ① ② ③ ④ ⑤ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 4. O staff tem à vontade para questionar as decisões ou acções daqueles com mais autoridade. ① ② ③ ④ ⑤ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 5. Neste SUP, nós discutimos formas de prevenir que os erros aconteçam outra vez. ① ② ③ ④ ⑤ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 6. O staff tem receio de questionar quando algo não parece correcto. ① ② ③ ④ ⑤ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

SECÇÃO D: Frequência de Eventos reportados

No seu Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), quando os seguintes erros acontecem, *com que frequência são reportados?*

Marque as suas respostas preenchendo os círculos.

	Nunca ▼	Raramente ▼	Algumas Vezes ▼	A maioria das Vezes ▼	Sempre ▼
1. Quando um erro acontece, mas é <u>detectado e corrigido antes de afectar o utente</u> , com que frequência é reportado?.....	①	②	③	④	⑤
2. Quando um erro acontece, mas <u>não tem potencial de dano para o utente</u> , com que frequência é reportado?.....	①	②	③	④	⑤
3. Quando um erro acontece que <u>pode causar dano ao utente</u> , mas não causa, com que frequência é reportado?.....	①	②	③	④	⑤

SECÇÃO E: Escala de Patient Safety

Atribua ao seu Serviço de Urgência Pediátrica uma nota geral sobre *Patient Safety*. Marque apenas UMA resposta.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A	B	C	D	E
Excelente	Bom	Aceitável	Insuficiente	Fraco

SECÇÃO F: O seu Hospital

Indique a sua concordância ou discordância com as seguintes afirmações sobre o seu Hospital. Marque as suas respostas preenchendo os círculos.

Pense no seu Hospital...	Muito em Discordo ▼	Discordo ▼	Indiferente ▼	Concordo ▼	Muito de Acordo ▼
1. A Gestão do Hospital proporciona um clima de trabalho que promove a <i>Patient Safety</i>	①	②	③	④	⑤
2. As unidades/serviços do Hospital não se coordenam muito bem umas com as outras.	①	②	③	④	⑤
3. Quando os utentes são transferidos de uma unidade para outra, há coisas que se perdem.	①	②	③	④	⑤

4. Há uma boa cooperação entre unidades/serviços do hospital que têm a necessidade de trabalhar em conjunto.....	①	②	③	④	⑤
5. Informações importantes sobre a prestação de cuidados são frequentemente perdidas durante a passagem de turno.....	①	②	③	④	⑤
6. É frequentemente desagradável trabalhar com staff de outras unidades/serviços do Hospital.	①	②	③	④	⑤
7. Os problemas ocorrem frequentemente na troca de informação entre as unidades/serviços do Hospital.	①	②	③	④	⑤
8. As acções da gestão hospitalar demonstram que a <i>Patient Safety</i> é uma prioridade de topo.	①	②	③	④	⑤
9. A gestão hospitalar apenas está interessada em <i>Patient Safety</i> depois de um evento adverso acontecer	①	②	③	④	⑤
10. As unidades/serviços do hospital trabalham em conjunto para fornecer o melhor cuidado para o utente.	①	②	③	④	⑤
11. A passagem de turno é problemática para os utentes deste hospital	①	②	③	④	⑤

SECÇÃO G: Número de Eventos Reportados

Nos últimos 12 meses, quantos relatos de incidente preencheu e enviou?

Marque apenas UMA resposta.

<input type="radio"/> Nenhum relato de incidente	<input type="radio"/> 6 a 10 relatos de incidente
<input type="radio"/> 1 a 2 relatos de incidente	<input type="radio"/> 11 a 20 relatos de incidente
<input type="radio"/> 3 a 5 relatos de incidente	<input type="radio"/> 21 relatos de incidente ou mais

Fiabilidade

Neste questionário refira-se ao seu Serviço de Urgência Pediátrica.

Com que frequência as coisas acontecem no seu SUP? Marque as suas respostas preenchendo os círculos.

Preocupação com a Falha

	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	A maioria das Vezes	Sempre
1. Quando surgem falhas ou incidentes as pessoas preocupam-se em registá-los e comunicá-los.	①	②	③	④	⑤
2. As pessoas são incentivadas a detectar, reportar e analisar falhas, enganos ou erros.	①	②	③	④	⑤
3. Nós consideramos os <i>near misses</i> e os <i>quasi-erros</i> como uma espécie de falha que revelam os perigos potenciais, e não como evidência do nosso sucesso e habilidade de evitar desastres.	①	②	③	④	⑤
4. Nós frequentemente actualizamos os nossos procedimentos após experienciarmos um <i>near miss</i> ou <i>quasi-erro</i> para incorporar a nova experiência e enriquecer a nossa compreensão.	①	②	③	④	⑤

Relutância em Simplificar Interpretações

	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	A maioria das Vezes	Sempre
1. Perante situações inesperadas as pessoas valorizam o aparecimento de mais do que uma interpretação da situação.	①	②	③	④	⑤
2. Quando surgem situações imprevistas, as pessoas preocupam-se em discutir todas as soluções possíveis e não apenas as que habitualmente se utilizam nesses casos.	①	②	③	④	⑤
3. Em situações inesperadas, as pessoas procuram o máximo de informação, de maneira a escolher a melhor de entre as soluções possíveis.	①	②	③	④	⑤
4. As pessoas no SUP sentem-se à vontade para expor os seus problemas e dificuldades e a exprimir diferentes perspectivas.	①	②	③	④	⑤

Sensibilidade às Operações

	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	A maioria das Vezes	Sempre
1. As pessoas estão familiarizadas com operações para além das suas funções.	①	②	③	④	⑤
2. Os gestores monitorizam constantemente a carga de trabalho e são capazes de disponibilizar recursos adicionais se a carga de trabalho se tornar excessiva.	①	②	③	④	⑤
3. Durante um dia normal, as pessoas contactam umas com as outras, permitindo a criação de uma imagem global da corrente situação.	①	②	③	④	⑤
4. Se ocorrer algum problema, alguém com a autoridade para agir está sempre acessível e disponível, especialmente para quem está na “linha da frente”.	①	②	③	④	⑤

Resiliência

	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	A maioria das Vezes	Sempre
1. As pessoas têm mais do que treino suficiente e experiência para o tipo de trabalho que desempenham.	①	②	③	④	⑤
2. As pessoas no SUP são conhecidas pela sua capacidade de usar o seu conhecimento de diferentes formas.	①	②	③	④	⑤
3. As pessoas têm contactos informais que por vezes usam para resolver problemas.	①	②	③	④	⑤
4. O SUP está activamente preocupado com o desenvolvimento das capacidades técnicas e conhecimentos.	①	②	③	④	⑤

Deferência com a “Expertise”

	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	A maioria das Vezes	Sempre
1. Os colaboradores com melhor reputação são os melhores profissionais, e não necessariamente os que desempenham cargos hierarquicamente superiores.	①	②	③	④	⑤
2. É em geral fácil para nós a obtenção de assistência de um “ <i>expert</i> ”, quando surge algo que não sabemos como lidar.	①	②	③	④	⑤
3. As pessoas confiam nas soluções encontradas pelos profissionais mais competentes.	①	②	③	④	⑤
4. Quando surgem situações inesperadas, as decisões dos melhores profissionais prevalecem sobre as hierarquias.	①	②	③	④	⑤

Qualidade

Instruções

Nesta secção irão ser colocadas questões sobre a sua percepção dos cuidados prestados no Serviço de Urgência Pediátrica.

Classifique o Serviço de Urgência Pediátrica relativamente às características apresentadas de seguida. Para tal utilize a escala de 0 a 20 pontos, sendo 0 pontos Muito Mau e 20 pontos Muito Bom.

Como avalia...

1. a eficácia nos procedimentos e tratamentos em relação à condição do utente, ou seja, os cuidados prestados atingem os resultados esperados.
2. o grau em que os testes e os procedimentos são os apropriados para as necessidades do utente. Os cuidados prestados são relevantes para a situação clínica do utente tendo em conta os actuais conhecimentos.
3. a eficiência nos cuidados prestados. Existe preocupação entre a relação dos resultados e os recursos/custos para os executar.
4. o respeito e preocupação nos cuidados prestados. O utente ou os seus responsáveis estão envolvidos nas decisões de saúde e estes cuidados de saúde, são prestados com sensibilidade e respeito, tendo em conta as suas necessidades, expectativas e individualidade.
5. a segurança do utente (e outros) a quem os cuidados são prestados, ou seja, os riscos de um tratamento e o risco no ambiente de prestação de cuidados são activamente reduzidos. Aplica-se ao utente e outros, incluído os profissionais de saúde.

6. a continuidade dos cuidados prestados ao doente. Os cuidados para o paciente são coordenados entre os profissionais, entre organizações, e ao longo do tempo.
7. a eficácia nos testes, procedimentos, tratamentos e os serviços prestados, ou seja, os cuidados são prestados na forma correcta, tendo em conta o estado actual dos conhecimentos, para alcançar o resultado desejado ou projectado para o doente.
8. a oportunidade com que um teste, procedimento, tratamento ou serviço necessário é prestado ao paciente é a correcta. Ou seja, os cuidados são prestados no horário mais benéfico ou no tempo necessário.
9. a disponibilidade de um teste, procedimento, tratamento ou serviço necessários para o paciente que necessita deste. Ou seja, os cuidados adequados estão disponíveis para atender as necessidades do doente.

Classifique de uma forma global a qualidade dos cuidados prestados no Serviço de Urgência. (numa escala de 0-20)

_____ pontos.

Performance

Em termos gerais, como situaria o desempenho do SUP, comparativamente com outros serviços que se dedicam às mesmas actividades?

	Muito pior	Pior	Semelhante	Melhor	Muito melhor
1. Na qualidade dos produtos, serviços ou programas?	①	②	③	④	⑤
2. Na capacidade de desenvolvimento de novos produtos, serviços ou programas?.....	①	②	③	④	⑤
3. Na capacidade de atrair os melhores profissionais?	①	②	③	④	⑤
4. Na satisfação dos clientes?	①	②	③	④	⑤
5. Na relação entre a gestão e os profissionais? ...	①	②	③	④	⑤
6. Na relação entre os profissionais no geral?	①	②	③	④	⑤

Outras Informações

Estas informações irão ajudar na análise dos questionários.

Preencha os espaços ou marque uma resposta preenchendo os círculos.

1. Quantos anos tem?
2. Género? Masculino Feminino
3. Há quanto tempo trabalha no Serviço de Urgência Pediátrica? anos
4. Qual a sua categoria profissional?
5. Quando executa as suas funções habituais, tem interacção ou contacto directo com os utentes? Sim Não
6. Exerce funções noutro serviço, para além do SUP Sim Não

Obrigado por ter completado o questionário.

7.2 Anexo 2 — Estatísticas descritivas das questões de avaliação da Cultura de PS

Questões de Patient Safety Culture	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Neste SUP as pessoas apoiam-se umas às outras	1	5	3,73	,778
Temos staff suficiente para a carga de trabalho	1	4	2,01	,811
Quando há muito trabalho e tem de ser feito rapidamente, trabalhamos em conjunto como uma equipa para o fazer	1	5	3,84	,660
Neste SUP, as pessoas tratam-se com respeito	1	5	3,54	,918
O staff neste SUP trabalha demasiadas horas, do que seria o melhor para a prestação de cuidados	2	5	3,62	,953
Nós estamos activamente a fazer coisas para melhorar a PS	1	5	3,65	,977
Nós usamos mais pessoas em trabalho temporário, do que seria o melhor para os cuidados	1	5	2,39	1,052
O Staff sente que os seus erros lhes são imputados	1	5	3,16	,919
Neste SUP as falhas tem levado a mudanças positivas	1	5	3,17	,965
É apenas por sorte que erros mais graves não acontecem neste SUP	1	5	2,80	1,022
Neste SUP quando um posto se torna realmente confuso, outros ajudam	1	5	3,92	,693
Quando um evento é reportado, existe a sensação de que é a pessoa que está a ser denunciada e não o problema	1	5	3,18	1,155
Depois de realizarmos mudanças para melhorar a PS nós avaliamos a sua eficácia	1	5	3,03	,873
Nós trabalhamos em “modo de crise” tentando fazer muito, demasiado rápido	1	5	3,14	1,026
A PS nunca é sacrificada para ter mais trabalho completo	1	5	2,94	1,002
O staff preocupa-se que os erros que cometem fiquem na sua ficha pessoal	1	5	3,17	,841
Nós temos problemas de PS neste SUP	1	5	3,08	,986
Os nossos procedimentos e sistemas são bons a prevenir a ocorrência de erros	1	5	3,12	,888
O meu supervisor/chefe pronuncia-se positivamente quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos para a PS	1	5	3,08	,973
O meu supervisor/chefe considera seriamente as sugestões do staff para melhorar a PS	1	5	3,48	1,007
Quando a pressão aumenta o meu supervisor/chefe quer que nós trabalhemos mais rapidamente, mesmo que signifique escolher “atalhos”	1	5	2,56	,909
O meu supervisor/chefe negligencia os problemas de PS que ocorrem repetidamente	1	5	2,23	,983
É nos fornecido feedback sobre mudanças baseadas no relato de erros	1	5	2,90	1,113
O staff pronuncia-se livremente se vêem alguma coisa que pode influenciar negativamente os cuidados prestados	2	5	3,58	,825
Nós somos informados sobre os erros que acontecem neste SUP	1	5	3,01	,900
O staff tem à vontade para questionar as decisões ou ações daqueles com mais autoridade.	1	5	3,11	,929
Neste SUP, nós discutimos formas de prevenir que os erros aconteçam outra vez	1	5	3,34	,940
O staff tem receio de questionar quando algo não parece correcto	1	5	2,61	,911
Quando um erro acontece, mas é detectado e corrigido antes de afectar o utente, com que frequência é reportado?	1	5	2,74	1,105
Quando um erro acontece, mas não tem potencial de dano para o utente, com que frequência é reportado?	1	5	3,06	1,002
Quando um erro acontece que pode causar dano ao utente, mas não causa, com que frequência é reportado?	1	5	3,20	1,045
A Gestão do Hospital proporciona um clima de trabalho que promove a PS	1	4	2,41	,862
As unidades/serviços do Hospital não se coordenam muito bem umas com as outras	2	5	3,40	,906
Quando os utentes são transferidos de uma unidade para outra, há coisas que se perdem	1	5	2,74	1,169
Há uma boa cooperação entre unidades/serviços do hospital que têm a necessidade de trabalhar em conjunto	1	5	2,87	,908

Informações importantes sobre a prestação de cuidados são frequentemente perdidas durante a passagem de turno	1	4	2,20	,987
É frequentemente desagradável trabalhar com staff de outras unidades/serviços do Hospital	1	4	2,54	,881
Os problemas ocorrem frequentemente na troca de informação entre as unidades/serviços do Hospital	1	4	2,54	,858
As acções da gestão hospitalar demonstram que a PS é uma prioridade de topo	1	4	2,35	,839
A gestão hospitalar apenas está interessada em PS depois de um evento adverso acontecer	1	5	3,24	,859
As unidades/serviços do hospital trabalham em conjunto para fornecer o melhor cuidado para o utente	1	5	3,27	,973
A passagem de turno é problemática para os utentes deste hospital	1	4	2,20	,846

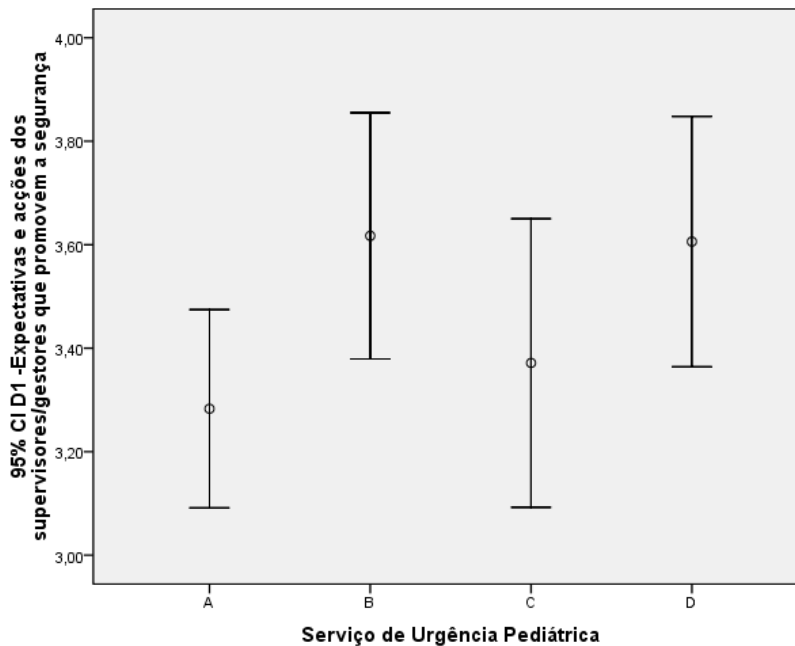
Legenda: Dados descritivos das 42 questões quantitativas do instrumento de avaliação da Cultura de PS, realce a negrito da média.

7.3 Anexo 3 — Representação gráfica dos intervalos de confiança para as médias das dimensões da Cultura de PS

7.3.1 Representação gráfica dos intervalos de confiança para as médias das dimensões da Cultura de PS por SUP

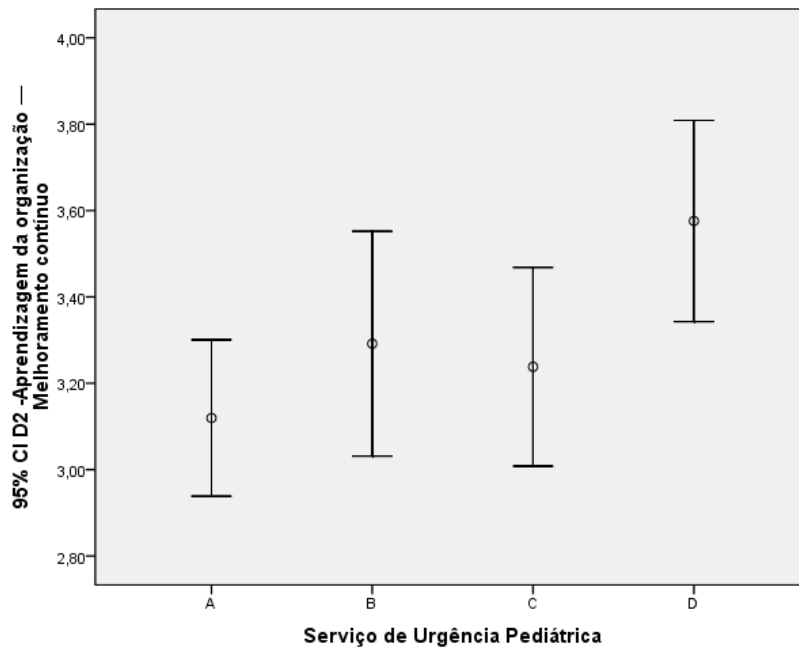
Para uma melhor compreensão das diferenças da distribuição das dimensões da Cultura de PS por SUP verificadas no Quadro 10 e Quadro 11 deve-se avaliar também os gráficos de barras que representam os intervalos de confiança para as médias das dimensões por SUP.

Figura 17 — Dimensão da Cultura de PS “Expectativas e ações dos supervisores/gestores que promovem a segurança” por SUP



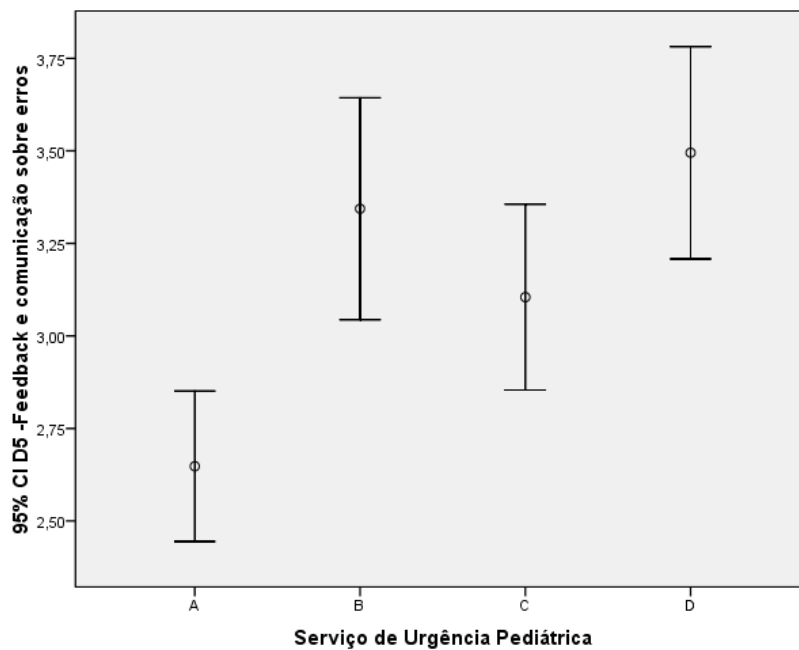
Legenda: Gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias da dimensão “Expectativas e ações dos supervisores/gestores que promovem a segurança” por SUP. O centro da barra, representado por um círculo, representa a média da amostra. A barra representa o intervalo em que existe 95% de probabilidades de incluir a média da população.

Figura 18 — Dimensão da Cultura de PS “Aprendizagem da organização — Melhoria contínua” por SUP



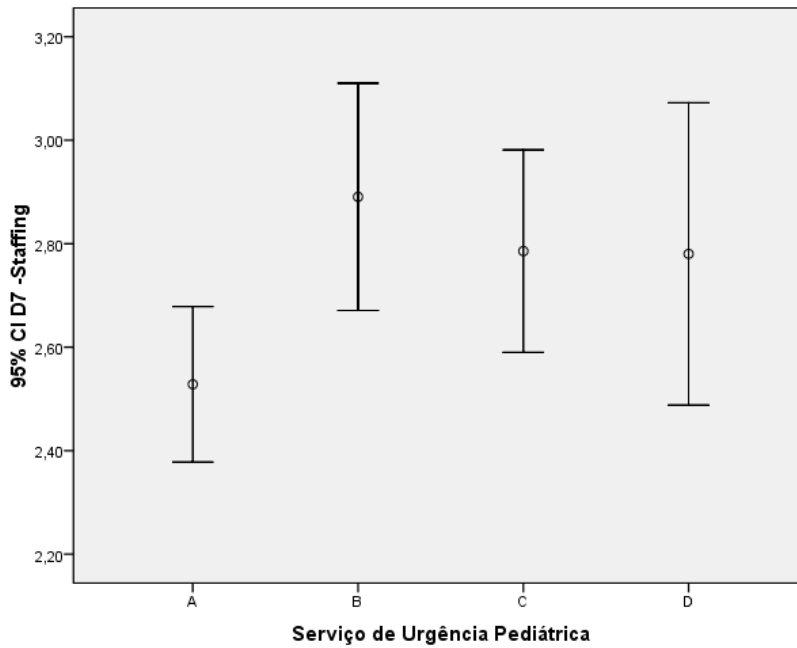
Legenda: Gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias da dimensão “Aprendizagem da organização — Melhoria contínua” por SUP.

Figura 19 — Dimensão da Cultura de PS “Feedback e comunicação sobre erros” por SUP



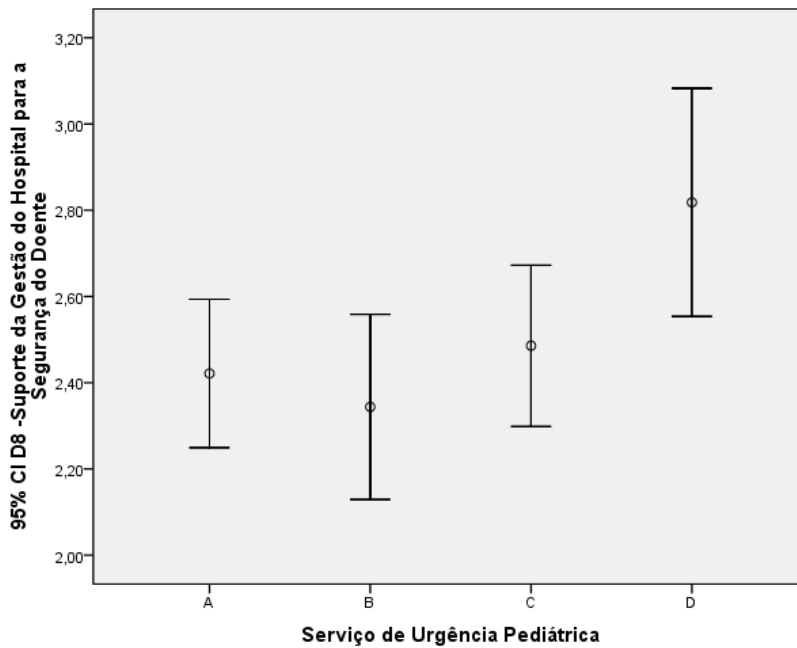
Legenda: Gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias da dimensão “Feedback e comunicação sobre erros” por SUP.

Figura 20 — Dimensão da Cultura de PS “Staffing” por SUP



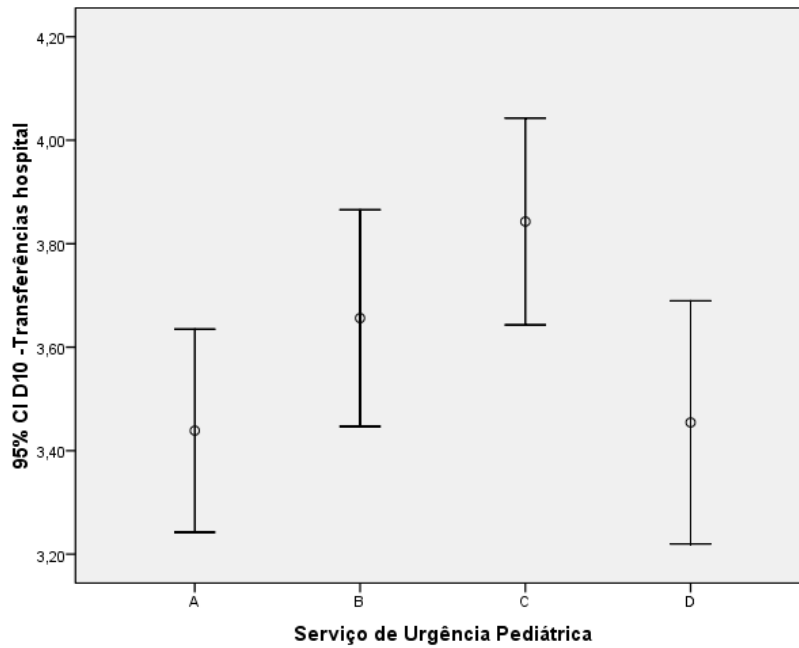
Legenda: Gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias da dimensão “Staffing” por SUP.

Figura 21 — Dimensão da Cultura de PS “Suporte da Gestão do Hospital para a Segurança do Doente” por SUP



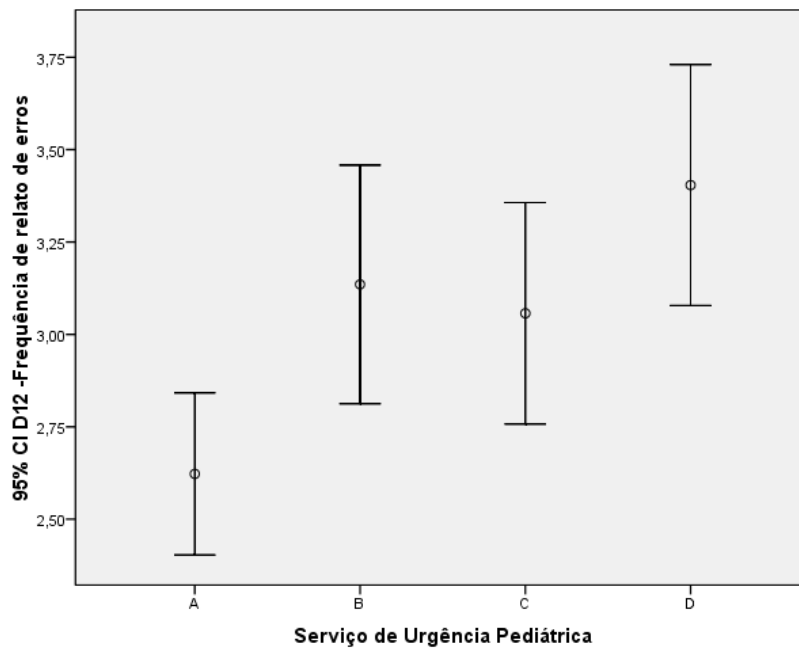
Legenda: Gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias da dimensão “Suporte da Gestão do Hospital para a Segurança do Doente” por SUP.

Figura 22 — Dimensão da Cultura de PS “Transferências hospital” por SUP



Legenda: Gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias da dimensão “Transferências hospital” por SUP.

Figura 23 — Dimensão da Cultura de PS “Frequência de relato de erros” por SUP

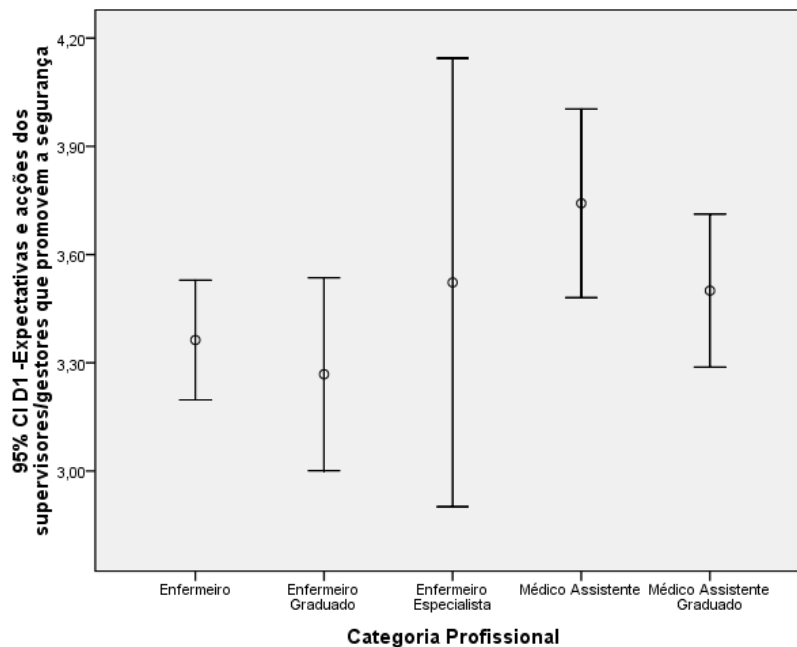


Legenda: Gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias da dimensão “Frequência de relato de erros” por SUP.

7.3.2 Representação gráfica dos intervalos de confiança para as médias das dimensões da Cultura de PS por categoria profissional

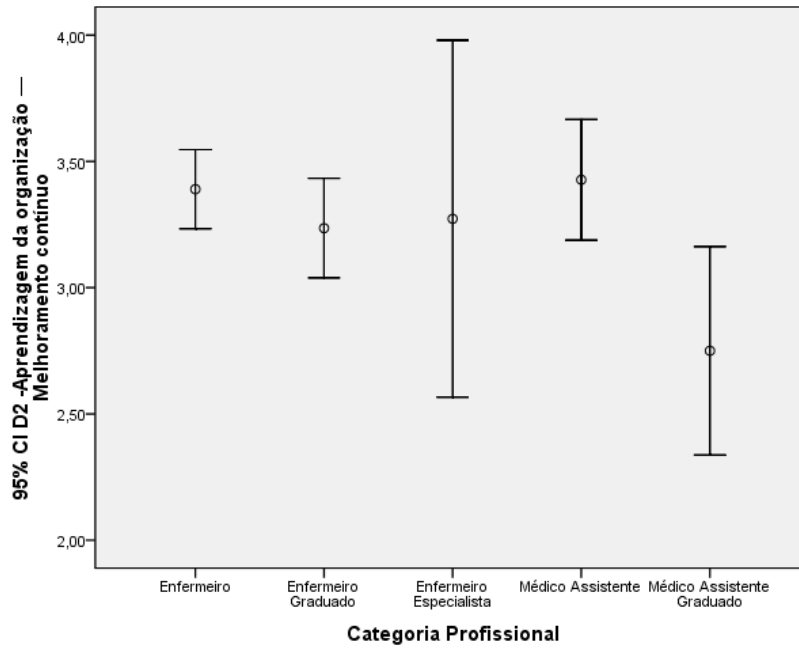
Para uma melhor compreensão das diferenças da distribuição das dimensões da Cultura de PS por categoria profissional verificadas no Quadro 12 e Quadro 13 deve-se avaliar também os gráficos de barras que reflectem os intervalos de confiança da média de cada dimensão analisada por categoria profissional.

Figura 24 — Dimensão da Cultura de PS “Expectativas e acções dos supervisores/gestores que promovem a segurança” por categoria profissional



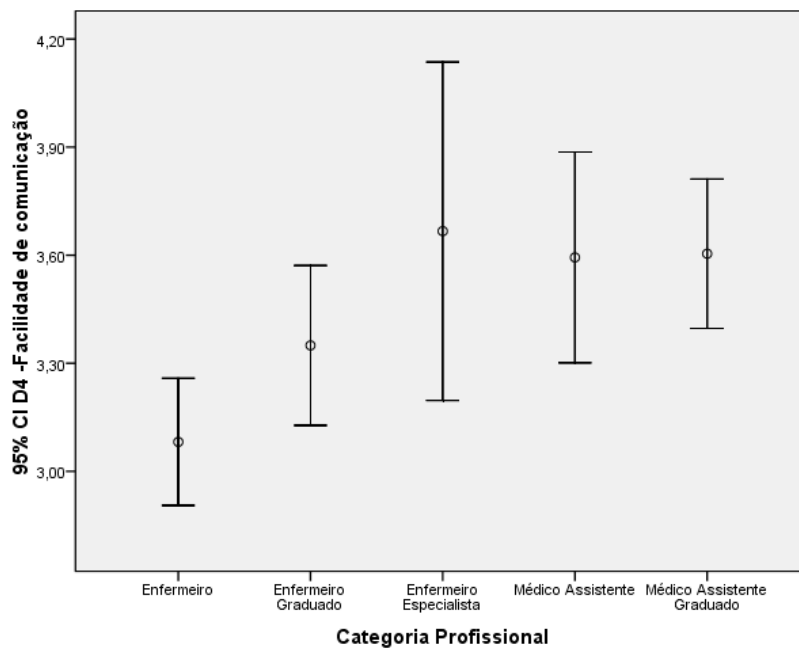
Legenda: Gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias da dimensão “Expectativas e acções dos supervisores/gestores que promovem a segurança” por categoria profissional. O centro da barra, representado por um círculo, representa a média da amostra. A barra representa o intervalo em que existe 95% de probabilidades de incluir a média da população.

Figura 25 — Dimensão da Cultura de PS “Aprendizagem da organização — Melhoria contínua” por categoria profissional



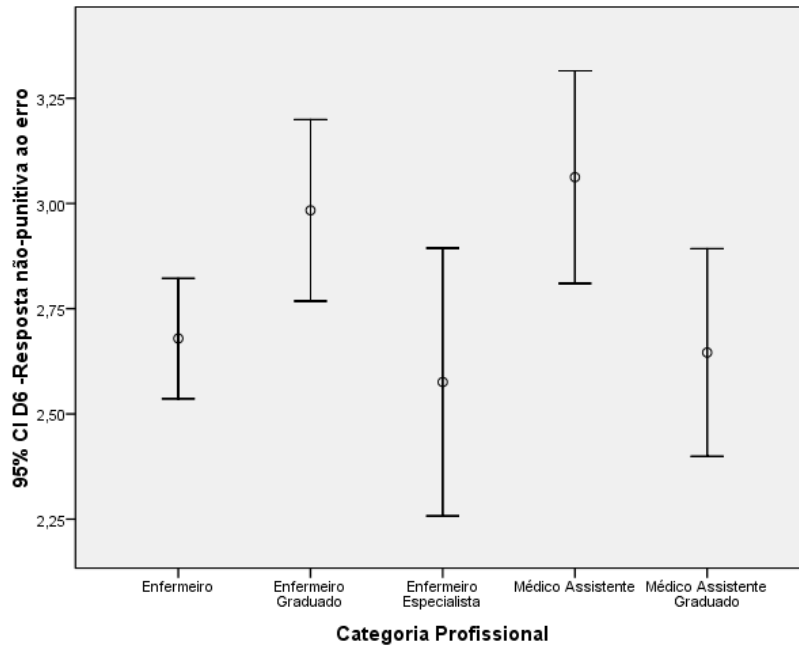
Legenda: Gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias da dimensão “Aprendizagem da organização — Melhoria contínua” por categoria profissional.

Figura 26 — Dimensão da Cultura de PS “Facilidade de comunicação” por categoria profissional



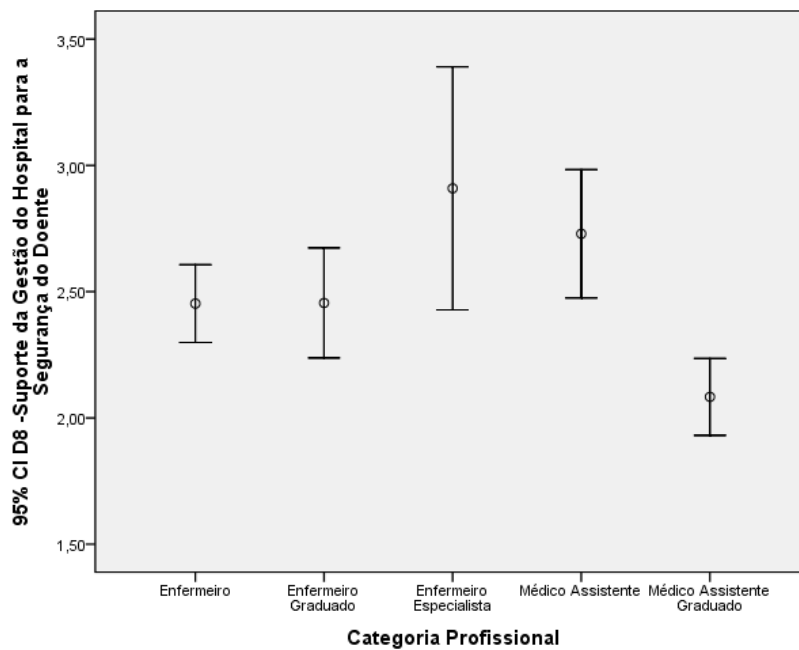
Legenda: Gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias da dimensão “Facilidade de comunicação” por categoria profissional.

Figura 27 — Dimensão da Cultura de PS “Resposta não-punitiva ao erro” por categoria profissional



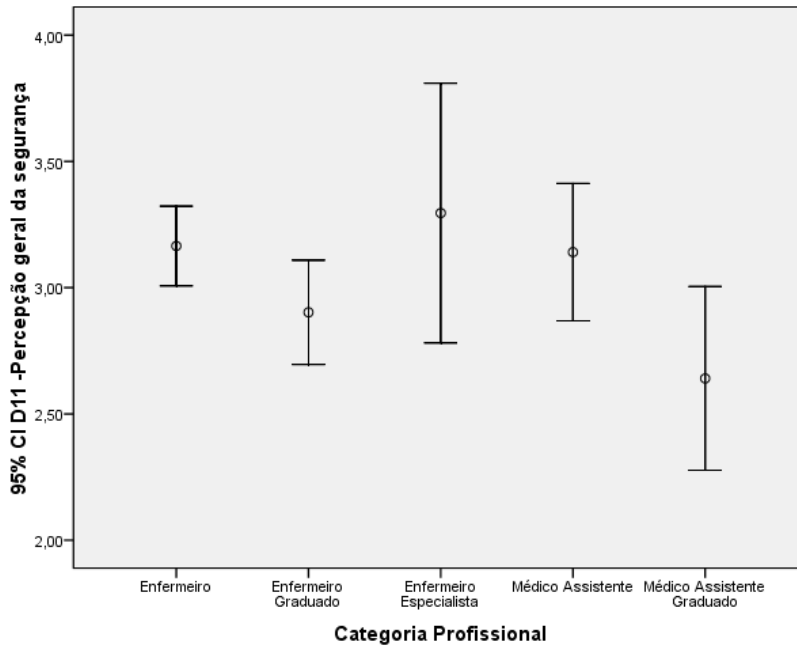
Legenda: Gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias da dimensão “Resposta não-punitiva ao erro” por categoria profissional.

Figura 28 — Dimensão da Cultura de PS “Suporte da Gestão do Hospital para a Segurança do Doente” por categoria profissional



Legenda: Gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias da dimensão “Suporte da Gestão do Hospital para a Segurança do Doente” por categoria profissional.

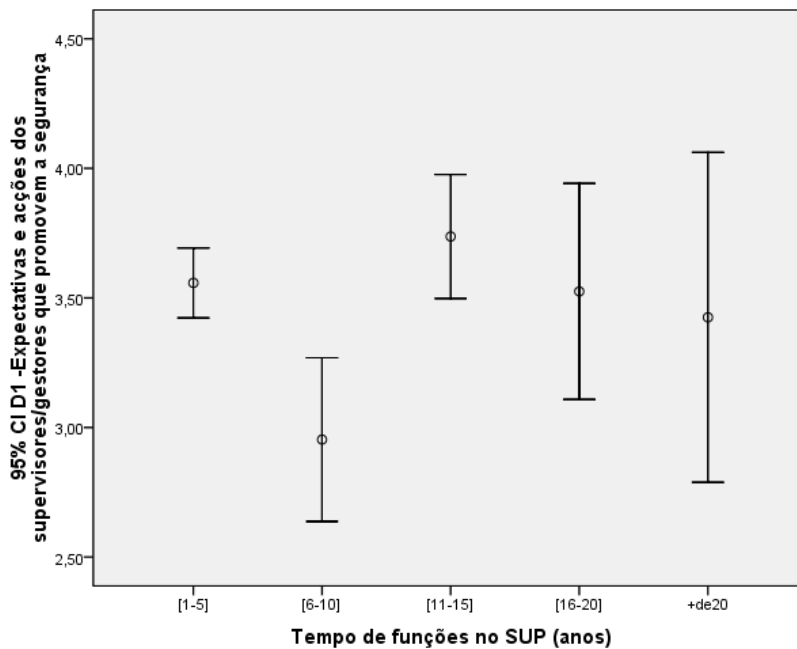
Figura 29 — Dimensão da Cultura de PS “Percepção geral da segurança” por categoria profissional



Legenda: Gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias da dimensão “Percepção geral da segurança” por categoria profissional.

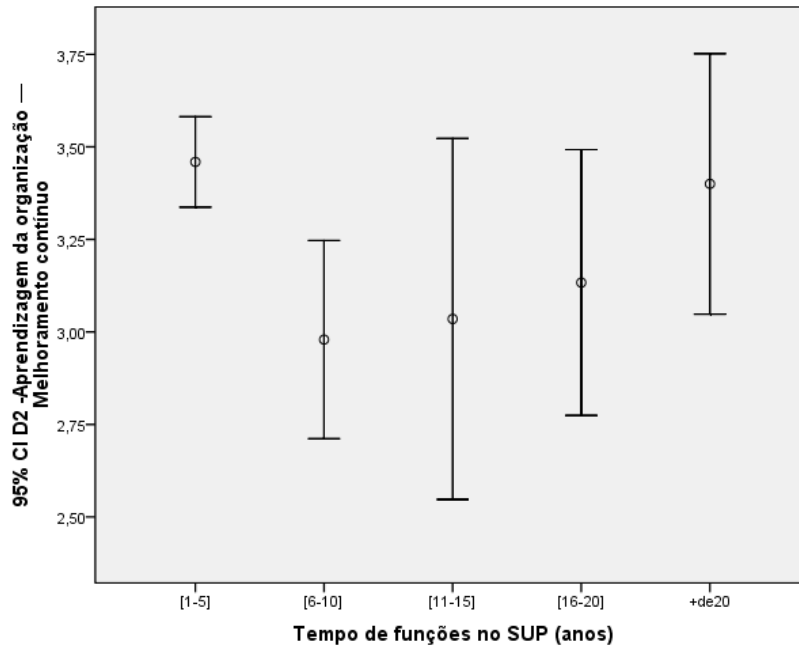
7.3.3 Representação gráfica dos intervalos de confiança das dimensões da Cultura de PS por escalões de tempo de funções no SUP

Figura 30 — Dimensão da Cultura de PS “Expectativas e acções dos supervisores/gestores que promovem a segurança” por escalão de tempo de funções no SUP



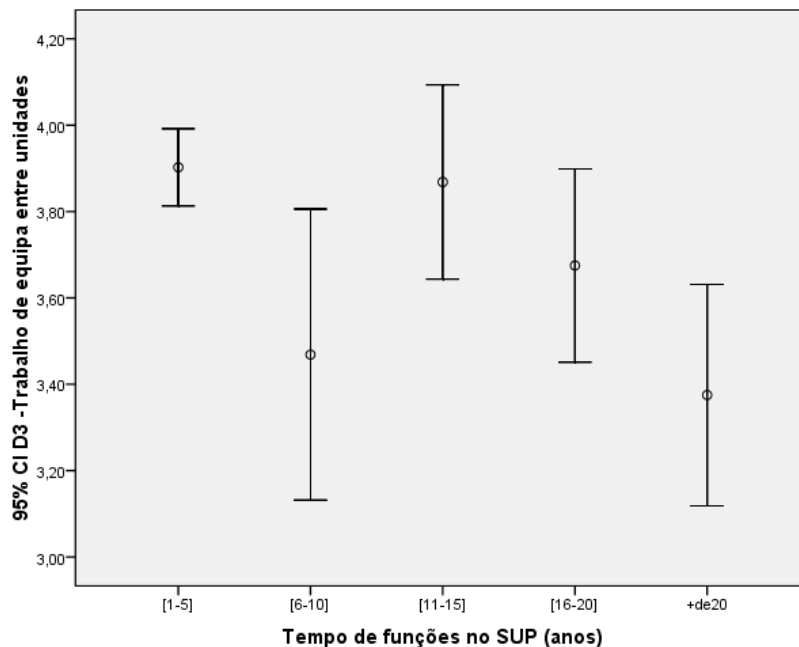
Legenda: Gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias da dimensão “Expectativas e acções dos supervisores/gestores que promovem a segurança” por escalão de tempo de funções no SUP. O centro da barra, representado por um círculo, representa a média da amostra. A barra representa o intervalo em que existe 95% de probabilidades de incluir a média da população.

Figura 31 — Dimensão da Cultura de PS “Aprendizagem da organização — Melhoria contínua” por escalão de tempo de funções no SUP



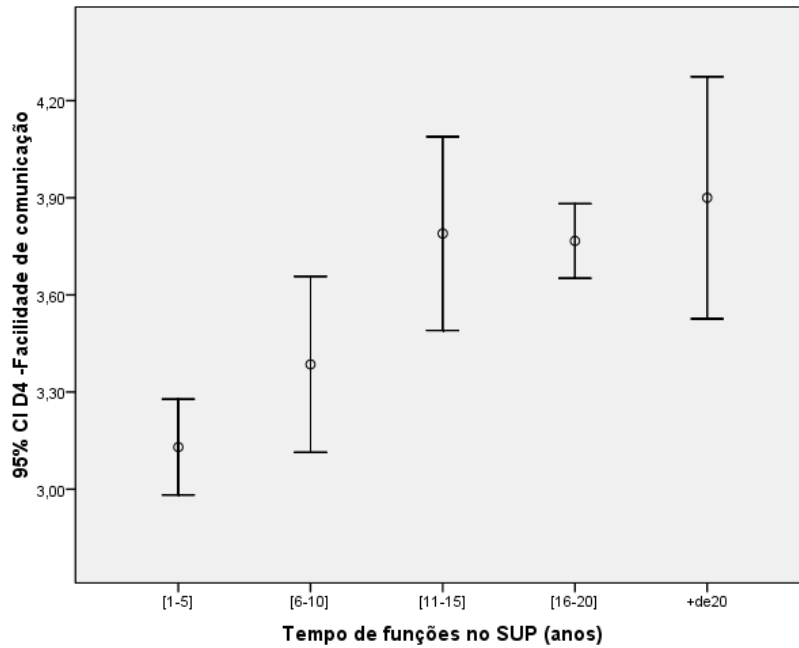
Legenda: Gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias da dimensão “Aprendizagem da organização — Melhoria contínua” por categoria profissional.

Figura 32 — Dimensão da Cultura de PS “Trabalho de equipa entre unidades” por escalão de tempo de funções no SUP



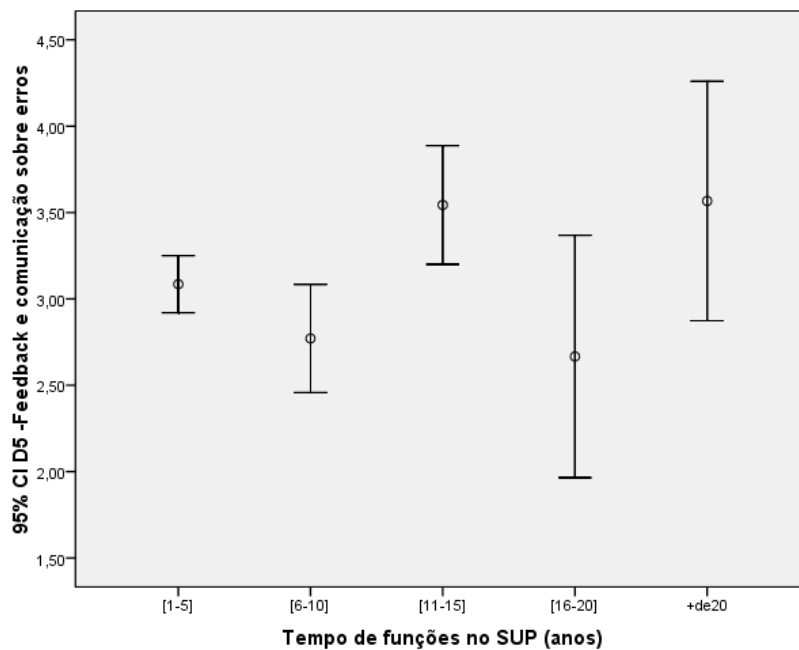
Legenda: Gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias da dimensão “Trabalho de equipa entre unidades” por categoria profissional.

Figura 33 — Dimensão da Cultura de PS “Facilidade de comunicação” por escalão de tempo de funções no SUP



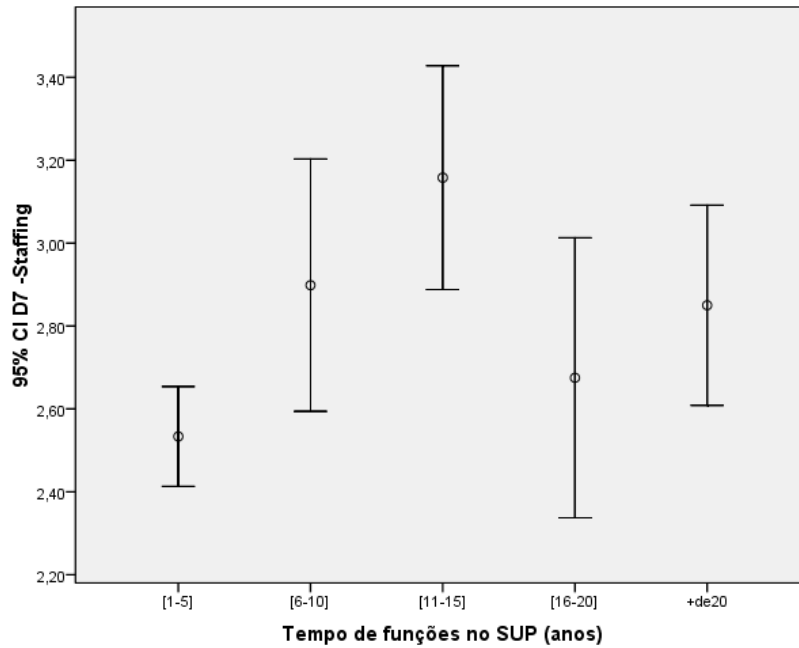
Legenda: Gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias da dimensão “Facilidade de comunicação” por categoria profissional.

Figura 34 — Dimensão da Cultura de PS “Feedback e comunicação sobre erros” por escalão de tempo de funções no SUP



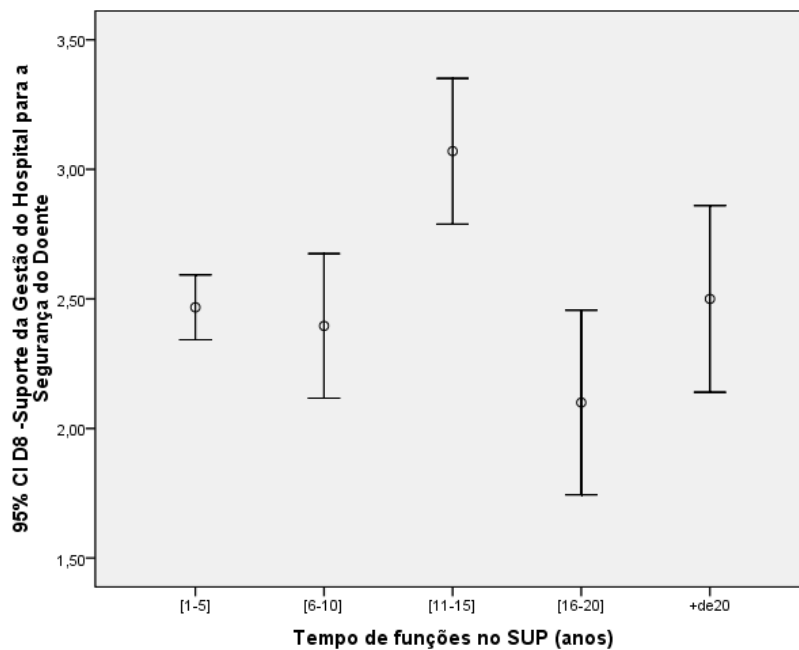
Legenda: Gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias da dimensão “Feedback e comunicação sobre erros” por categoria profissional.

Figura 35 — Dimensão da Cultura de PS “Staffing” por escalão de tempo de funções no SUP



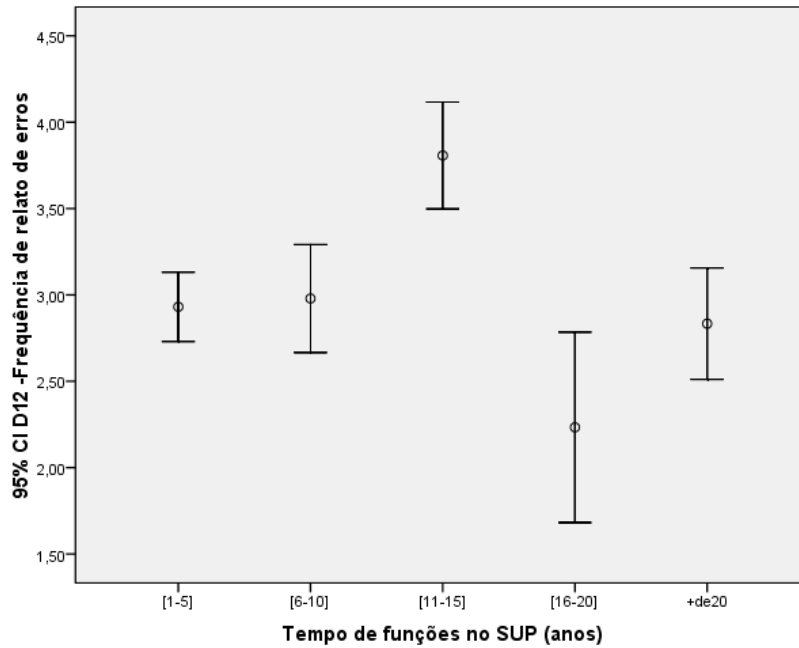
Legenda: Gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias da dimensão “Staffing” por categoria profissional.

Figura 36 — Dimensão da Cultura de PS “Suporte da Gestão do Hospital para a Segurança do Doente” por escalão de tempo de funções no SUP



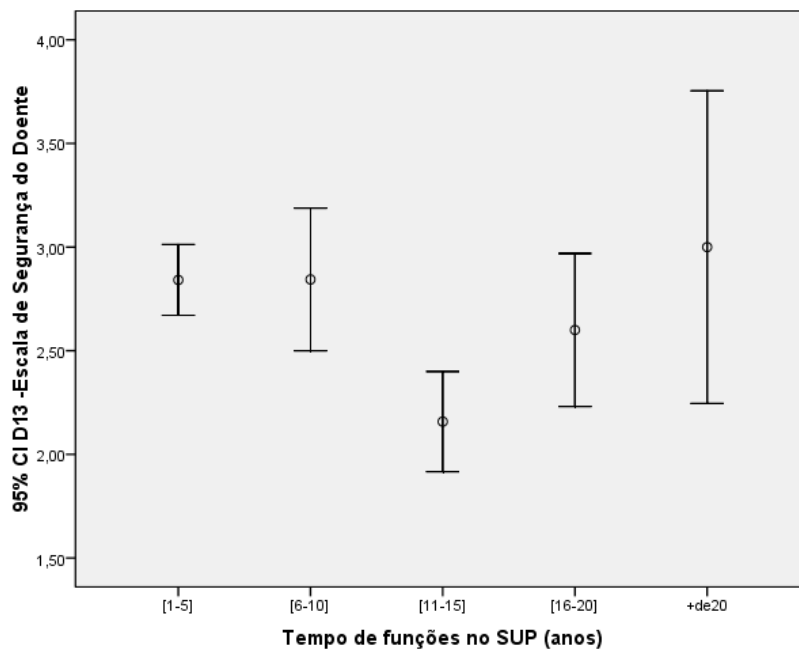
Legenda: Gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias da dimensão “Suporte da Gestão do Hospital para a Segurança do Doente” por categoria profissional.

Figura 37 — Dimensão da Cultura de PS “Frequência de relato de erros” por escalão de tempo de funções no SUP



Legenda: Gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias da dimensão “Frequência de relato de erros” por categoria profissional.

Figura 38 — Dimensão da Cultura de PS “Escala de Segurança do Doente” por escalão de tempo de funções no SUP



Legenda: Gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias da dimensão “Escala de Segurança do Doente” por categoria profissional.

7.4 Anexo 4 — Estatísticas descritivas das questões de avaliação dos Processos de Fiabilidade

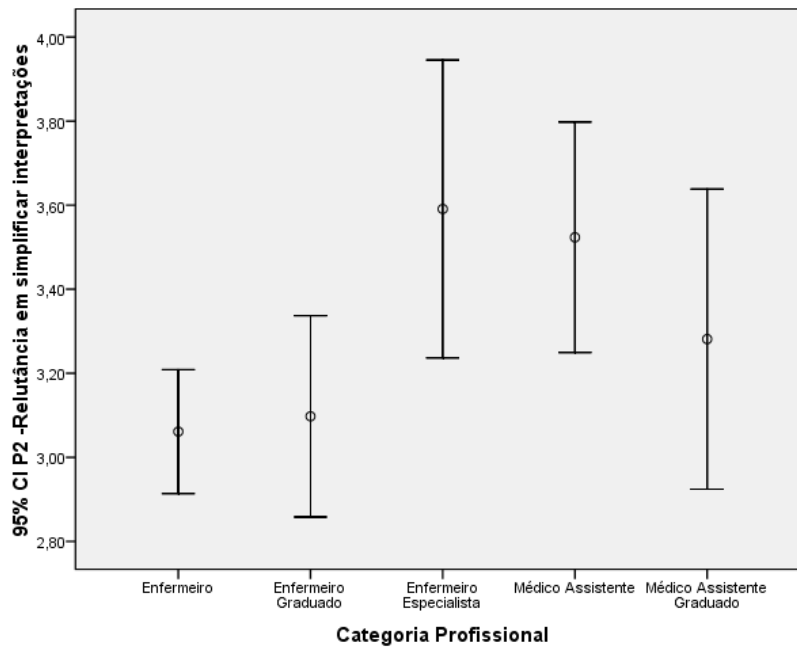
Questões dos Processos de Fiabilidade				Desvio
	Mínimo	Máximo	Média	Padrão
Quando surgem falhas ou incidentes as pessoas preocupam-se em registá-los e comunicá-los	1	5	3,05	,833
As pessoas são incentivadas a detectar, reportar e analisar falhas, enganos ou erros	1	5	3,03	,986
Nós consideramos os near misses e os quasi-erros como uma espécie de falha que revelam os perigos potenciais, e não como evidência do nosso sucesso e habilidade de evitar desastres	2	5	3,32	,635
Nós frequentemente actualizamos os nossos procedimentos após experienciarmos um near miss ou quasi-erro para incorporar a nova experiência e enriquecer a nossa compreensão	1	5	3,41	,935
Perante situações inesperadas as pessoas valorizam o aparecimento de mais do que uma interpretação da situação	2	4	3,20	,597
Quando surgem situações imprevistas, as pessoas preocupam-se em discutir todas as soluções possíveis e não apenas as que habitualmente se utilizam nesses casos	2	5	3,22	,852
Em situações inesperadas, as pessoas procuram o máximo de informação, de maneira a escolher a melhor de entre as soluções possíveis	2	5	3,41	,807
As pessoas no SUP sentem-se à vontade para expor os seus problemas e dificuldades e a exprimir diferentes perspectivas	1	5	3,08	1,000
As pessoas estão familiarizadas com operações para além das suas funções	2	4	3,12	,678
Os gestores monitorizam constantemente a carga de trabalho e são capazes de disponibilizar recursos adicionais se a carga de trabalho se tornar excessiva	1	5	2,35	1,002
Durante um dia normal, as pessoas contactam umas com as outras, permitindo a criação de uma imagem global da corrente situação	1	5	3,46	,716
Se ocorrer algum problema, alguém com a autoridade para agir está sempre acessível e disponível, especialmente para quem está na “linha da frente”	1	5	3,36	,900
As pessoas têm mais do que treino suficiente e experiência para o tipo de trabalho que desempenham	1	5	3,48	,779
As pessoas no SUP são conhecidas pela sua capacidade de usar o seu conhecimento de diferentes formas	2	5	3,48	,629
As pessoas têm contactos informais que por vezes usam para resolver problemas	1	4	3,16	,654
O SUP está activamente preocupado com o desenvolvimento das capacidades técnicas e conhecimentos	2	5	3,37	,825
Os colaboradores com melhor reputação são os melhores profissionais, e não necessariamente os que desempenham cargos hierarquicamente superiores	1	4	3,28	,623
É em geral fácil para nós a obtenção de assistência de um “expert”, quando surge algo que não sabemos como lidar	1	5	3,44	,849
As pessoas confiam nas soluções encontradas pelos profissionais mais competentes	2	5	3,81	,615
Quando surgem situações inesperadas, as decisões dos melhores profissionais prevalecem sobre as hierarquias	1	5	3,06	,754

Legenda: Dados descritivos das 20 questões do instrumento de avaliação dos Processos de Fiabilidade, realce a negrito da média.

7.5 Anexo 5 — Representação gráfica dos intervalos de confiança para as médias dos Processos de Fiabilidade

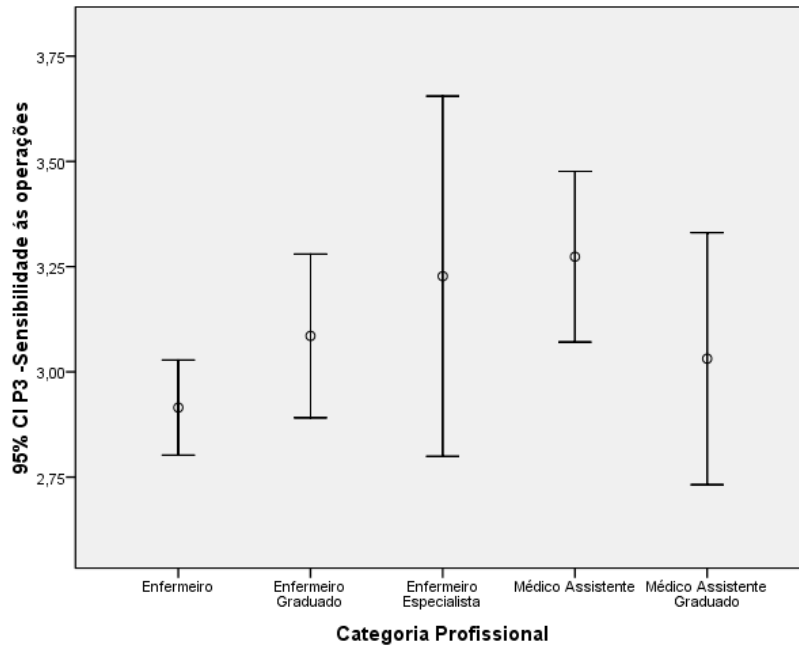
7.5.1 Representação gráfica dos intervalos de confiança para as médias dos Processos de Fiabilidade por categoria profissional

Figura 39 — Processo de Fiabilidade “Relutância em simplificar interpretações” por categoria profissional



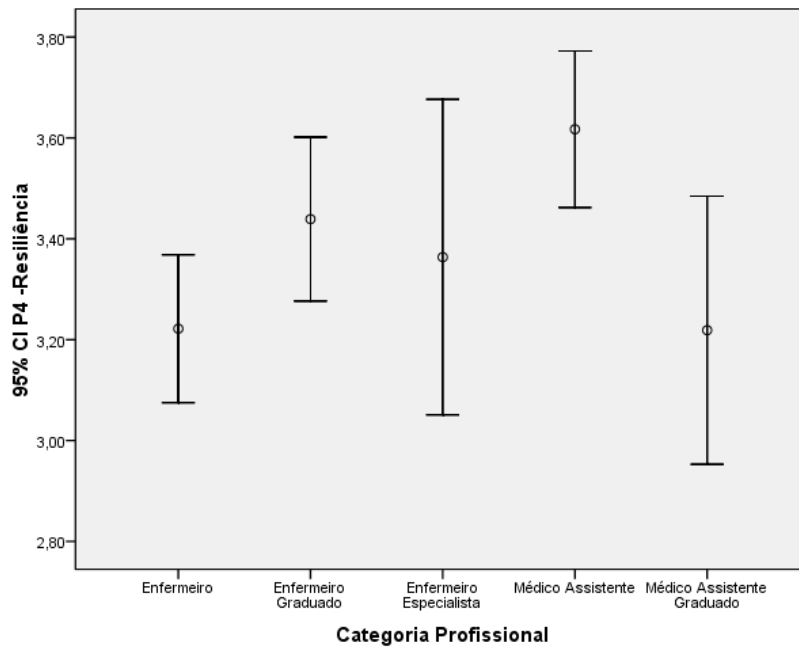
Legenda: Gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias do processo “Relutância em simplificar interpretações” por categoria profissional. O centro da barra, representado por um círculo, representa a média da amostra. A barra representa o intervalo em que existe 95% de probabilidades de incluir a média da população.

Figura 40 — Processo de Fiabilidade “Sensibilidade às operações” por categoria profissional



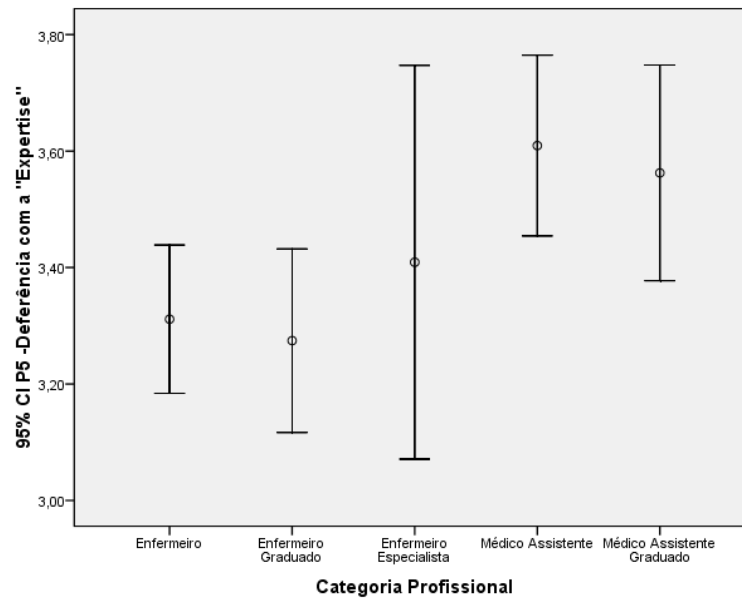
Legenda: Gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias do processo “Sensibilidade às operações” por categoria profissional.

Figura 41 — Processo de Fiabilidade “Resiliência” por categoria profissional



Legenda: Gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias do processo “Resiliência” por categoria profissional.

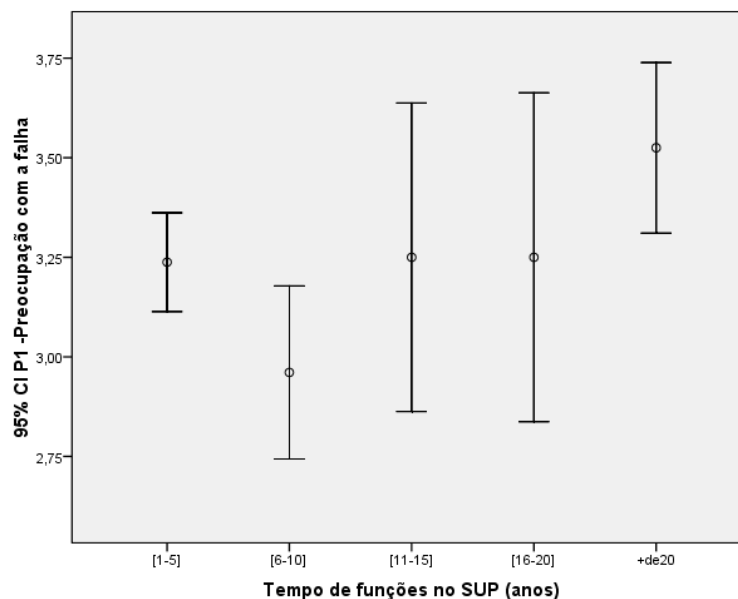
Figura 42 — Processo de Fiabilidade “Deferência com a “Expertise”” por categoria profissional



Legenda: Gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias do processo “Deferência com a *Expertise*” por categoria profissional.

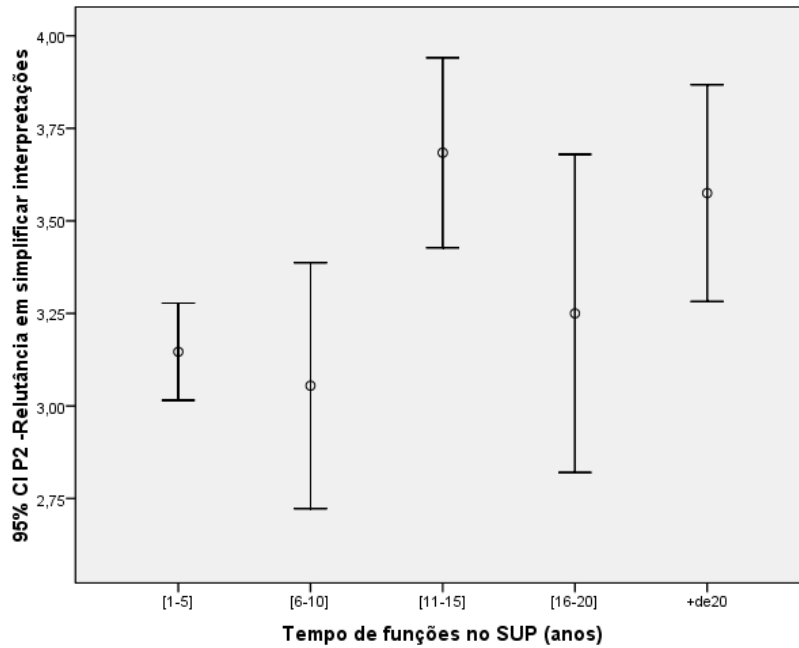
7.5.2 Representação gráfica dos intervalos e confiança para as médias dos Processos de Fiabilidade por escalões de tempo de funções no SUP

Figura 43 — Processo de Fiabilidade “Preocupação com a falha” por escalões de tempo de funções no SUP



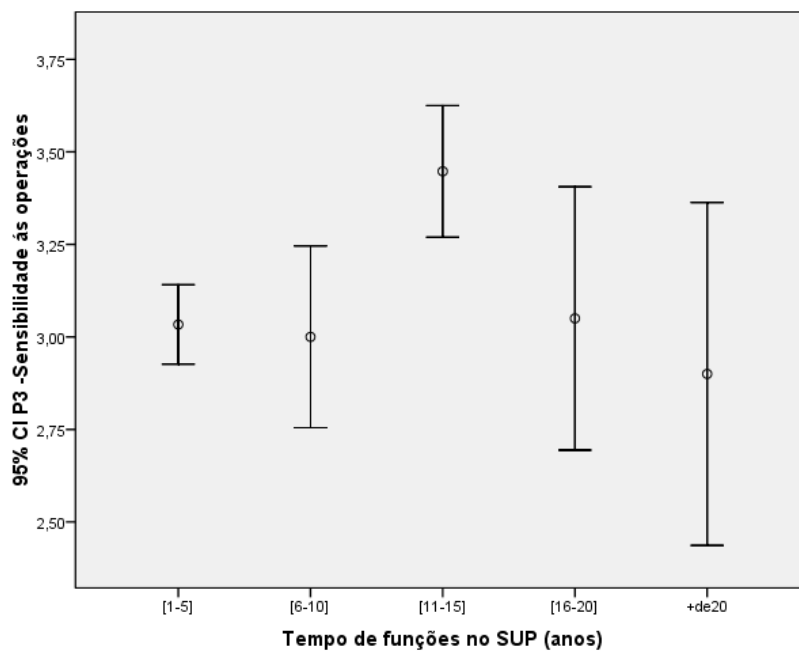
Legenda: Gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias do processo “Preocupação com a falha” por escalões de funções no SUP.

Figura 44 — Processo de Fiabilidade “Relutância em simplificar interpretações” por escalões de tempo de funções no SUP



Legenda: Gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias do processo “Relutância em simplificar interpretações” por escalões de funções no SUP.

Figura 45 — Processo de Fiabilidade “Sensibilidade às operações” por escalões de tempo de funções no SUP

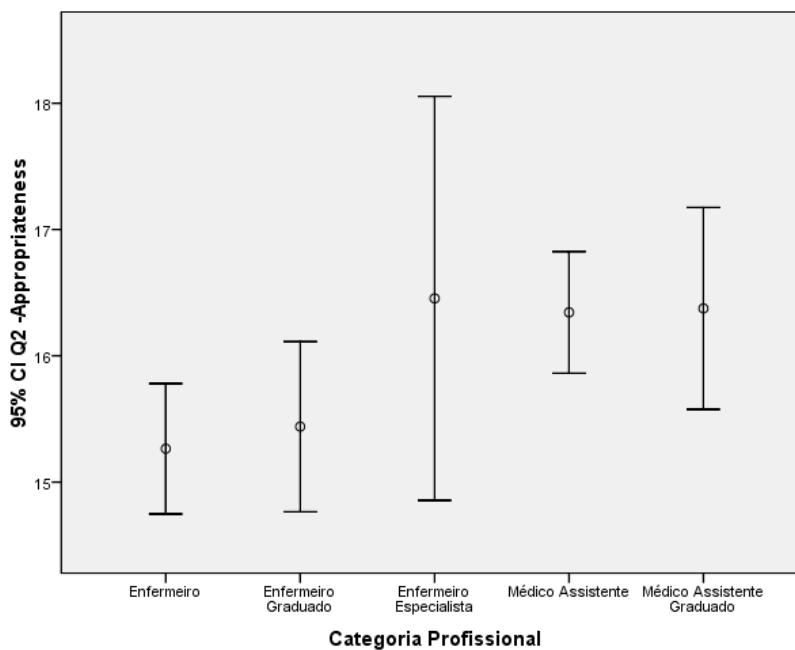


Legenda: Gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias do processo “Sensibilidade às operações” por escalões de funções no SUP.

7.6 Anexo 6 — Representação gráfica dos intervalos de confiança para as médias das Dimensões da Qualidade

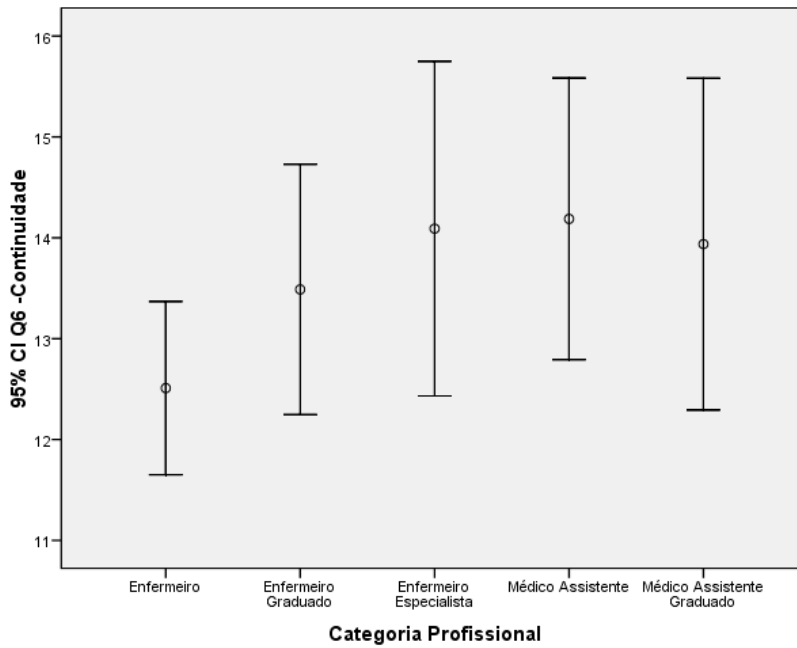
7.6.1 Representação gráfica dos intervalos de confiança para as médias das Dimensões da Qualidade por categoria profissional

Figura 46 — Dimensão da Qualidade “Appropriateness” por categoria profissional



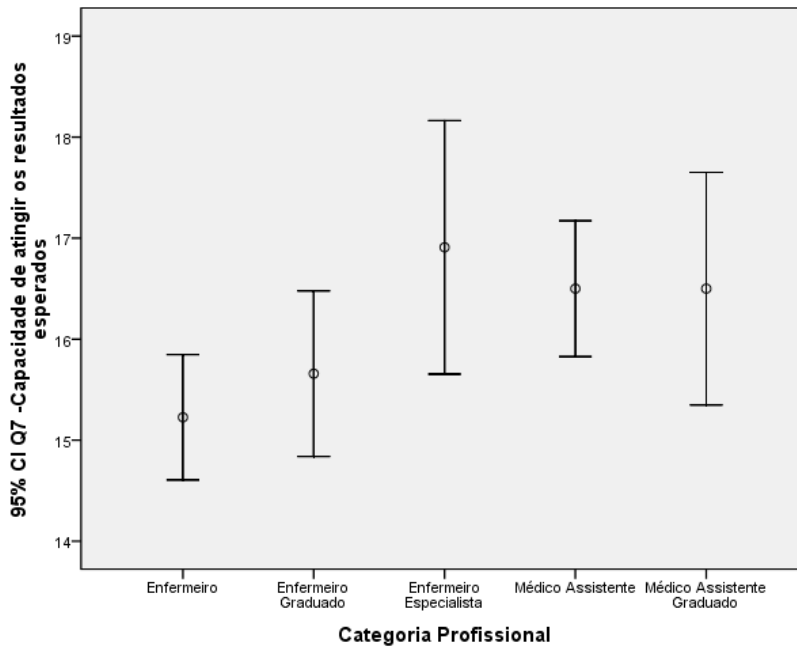
Legenda: Gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias da dimensão “Appropriateness” por categoria profissional. O centro da barra, representado por um círculo, representa a média da amostra. A barra representa o intervalo em que existe 95% de probabilidades de incluir a média da população.

Figura 47 — Dimensão da Qualidade “Continuidade” por categoria profissional



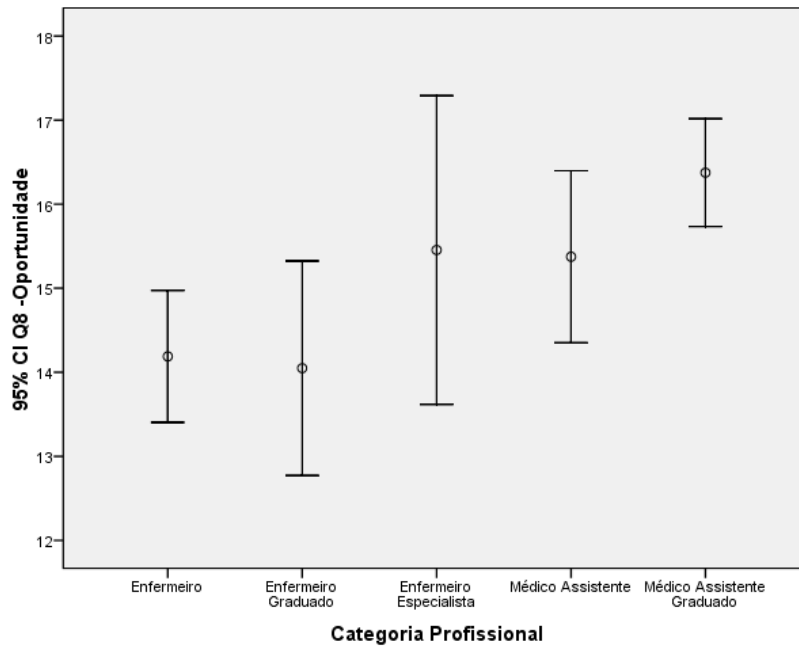
Legenda: Gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias da dimensão “Continuidade” por categoria profissional.

Figura 48 — Dimensão da Qualidade “Capacidade de atingir os resultados esperados” por categoria profissional



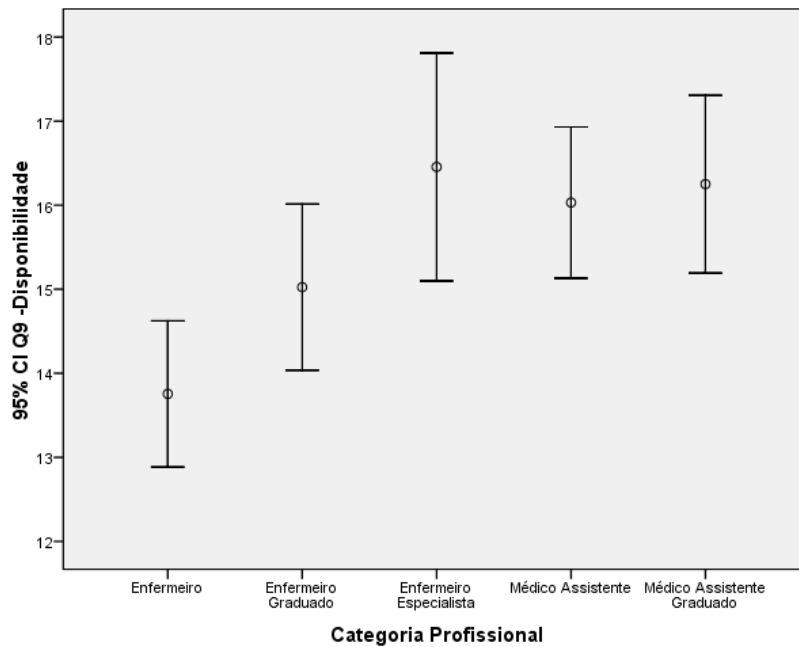
Legenda: Gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias da dimensão “Capacidade de atingir os resultados esperados” por categoria profissional.

Figura 49 — Dimensão da Qualidade “Oportunidade” por categoria profissional



Legenda: Gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias da dimensão “Oportunidade” por categoria profissional.

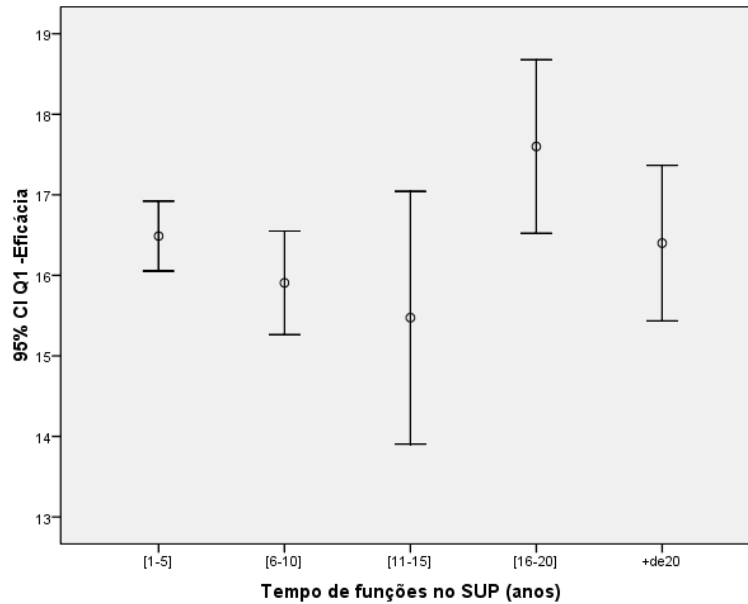
Figura 50— Dimensão da Qualidade “Disponibilidade” por categoria profissional



Legenda: Gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias da dimensão “Disponibilidade” por categoria profissional.

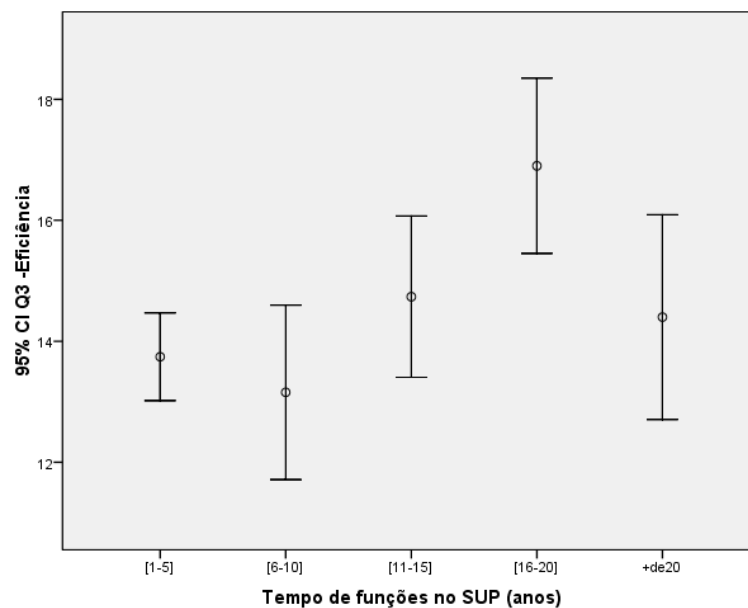
7.6.2 Representação gráfica dos intervalos de confiança para as médias das Dimensões da Qualidade por escalões de tempo de funções no SUP

Figura 51 — Dimensão da Qualidade “Eficácia” por escalões de tempo de funções no SUP



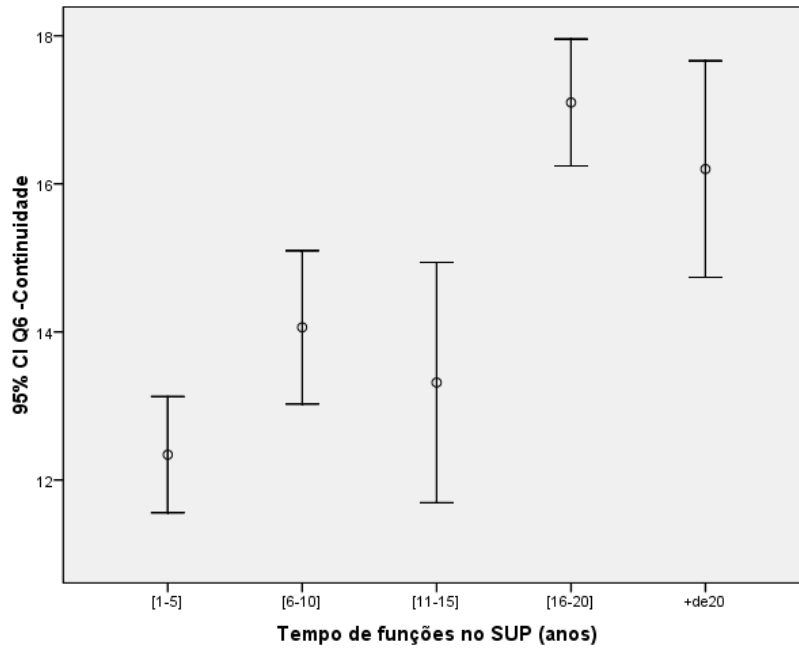
Legenda: Gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias da dimensão “Eficácia” por escalões de tempo de funções no SUP.

Figura 52 — Dimensão da Qualidade “Eficiência” por escalões de tempo de funções no SUP



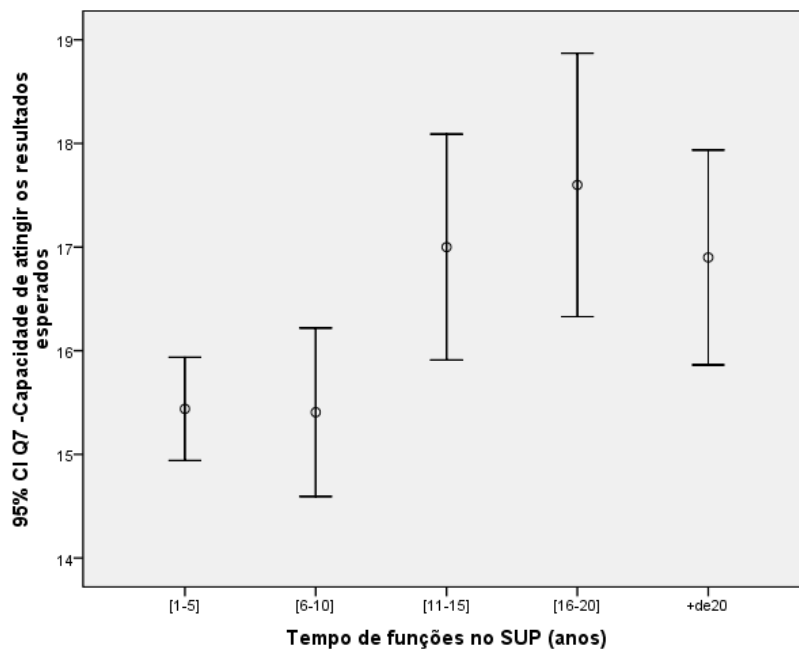
Legenda: Gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias da dimensão “Eficiência” por escalões de tempo de funções no SUP.

Figura 53 — Dimensão da Qualidade “Continuidade” por escalões de tempo de funções no SUP



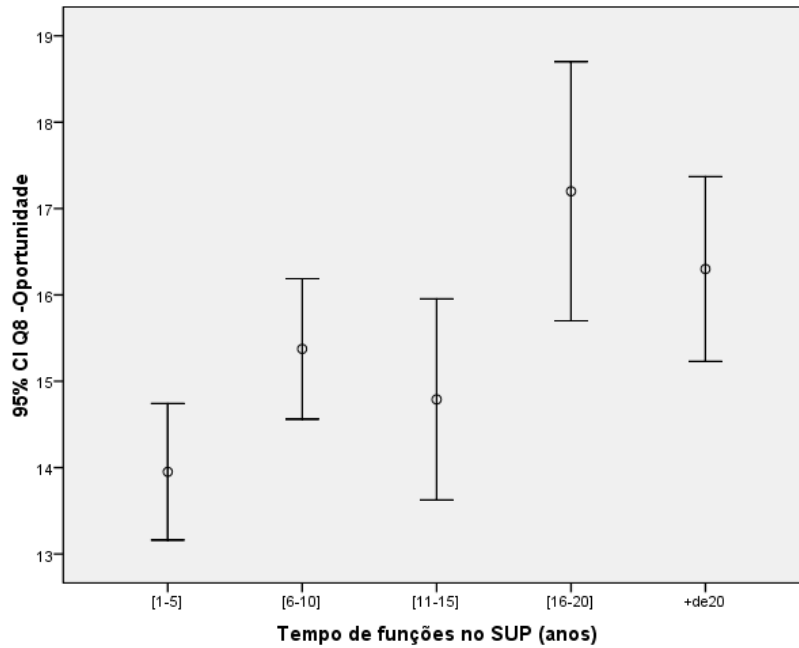
Legenda: Gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias da dimensão “Continuidade” por escalões de tempo de funções no SUP.

Figura 54 — Dimensão da Qualidade “Capacidade de atingir os resultados esperados” por escalões de tempo de funções no SUP



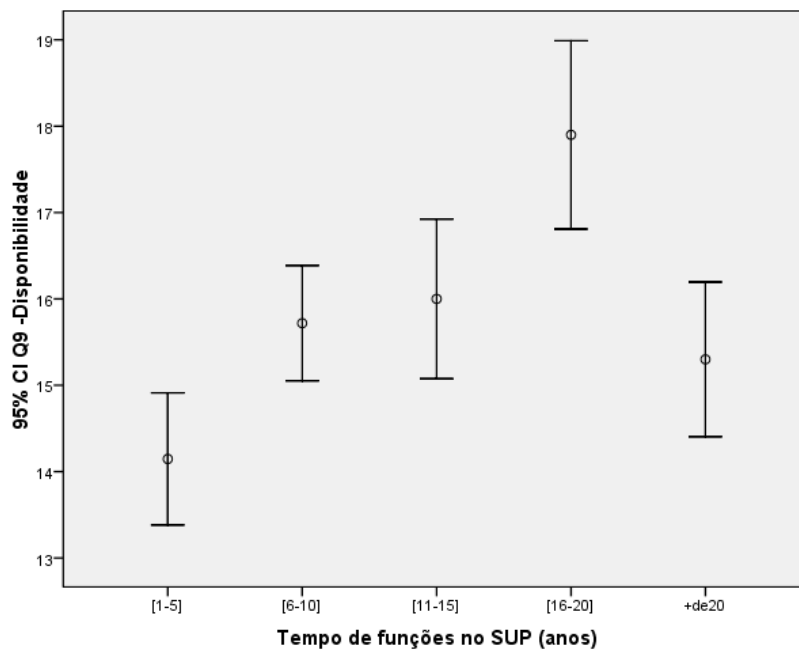
Legenda: Gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias da dimensão “Capacidade de atingir os resultados esperados” por escalões de tempo de funções no SUP.

Figura 55 — Dimensão da Qualidade “Oportunidade” por escalões de tempo de funções no SUP



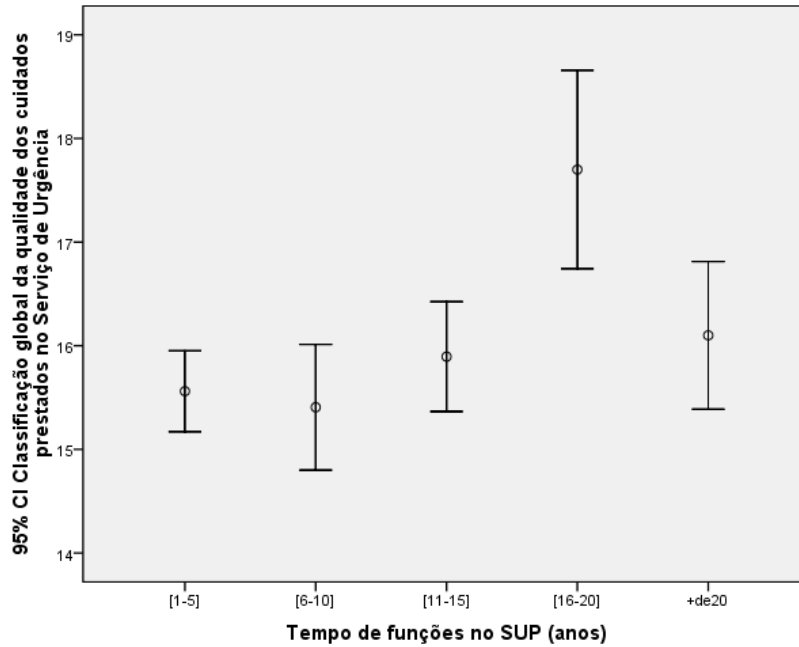
Legenda: Gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias da dimensão “Oportunidade” por escalões de tempo de funções no SUP.

Figura 56 — Dimensão da Qualidade “Disponibilidade” por escalões de tempo de funções no SUP



Legenda: Gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias da dimensão “Disponibilidade” por escalões de tempo de funções no SUP.

Figura 57 — Classificação global da qualidade dos cuidados prestados no Serviço de Urgência por escalões de tempo de funções no SUP



Legenda: Gráfico de barras para apresentação dos intervalos de confiança para as médias da Classificação global da qualidade dos cuidados prestados no Serviço de Urgência por escalões de tempo de funções no SUP.

7.7 Anexo 7 — Estatísticas descritivas das questões de avaliação da Performance

Em termos gerais, como situaria o desempenho do SUP, comparativamente com outros serviços que se dedicam às mesmas actividades?	Desvio			
	Mínimo	Máximo	Média	Padrão
Na qualidade dos produtos, serviços ou programas?	2	6	3,52	,762
Na capacidade de desenvolvimento de novos produtos, serviços ou programas?	2	5	3,10	,736
Na capacidade de atrair os melhores profissionais?	1	5	2,93	,852
Na satisfação dos clientes?	2	5	3,54	,550
Na relação entre a gestão e os profissionais?	1	5	2,78	,752
Na relação entre os profissionais no geral?	1	5	3,14	,618

Legenda: Dados descritivos das 6 questões do instrumento de avaliação da performance, realce a negrito da média.

7.8 Anexo 8 — Correlação entre as 26 dimensões e a Performance

Quadro 33 — Correlação entre as variáveis das dimensões e a Performance

	PERF	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	P1	P2	P3	P4	P5	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9		
PERFORMANCE	P. Cor 1,000	,420**	,209**	,183*	,387**	,498**	,249**	,294**	,318**	,138	,082	,202*	,373**	,408**	,394**	,527**	,405**	,201*	,450**	,476**	,383**	,278**	,431**	,203*	,367**	,146	,367**		
	Sig.	,000	,009	,023	,000	,000	,002	,000	,000	,088	,312	,012	,000	,000	,000	,000	,013	,000	,000	,000	,001	,000	,012	,000	,071	,000			
D1	P. Cor	,420**	1,000	,330**	,336**	,276**	,434**	,359**	,388**	,379**	,202*	,185*	,229**	,374**	,333**	,356**	,582**	,209**	,424**	,273**	,129	,201*	,139	,350**	,126	,113	-,040	,195*	
	Sig.	,000		,000	,000	,001	,000	,000	,000	,012	,022	,004	,000	,000	,000	,000	,009	,000	,001	,112	,013	,088	,000	,121	,163	,622	,016		
D2	P. Cor	,209**	,330**	1,000	,264**	,342**	,601**	,274**	,046	,444**	,180*	,353**	,415**	,340**	,553**	,425**	,188*	,388**	,172*	,353**	,212**	,323**	,365**	,248**	,300**	,204*	,000	,022	
	Sig.	,009	,000		,001	,000	,001	,575	,000	,026	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,020	,000	,034	,000	,008	,000	,000	,002	,000	,012	,993	,788	
D3	P. Cor	,183*	,336**	,264**	1,000	,262**	,391**	,110	,328**	,404**	,367**	,299**	,288**	,441**	,274**	,245**	,426**	,066	,183*	,208**	,122	,260**	,286**	,086	,213**	,154	,183*	,101	
	Sig.	,023	,000	,001		,001	,000	,174	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,002	,000	,421	,024	,010	,132	,001	,000	,292	,008	,057	,023	,212	
D4	P. Cor	,387**	,276**	,342**	,262**	1,000	,622**	,102	,401**	,448**	,308**	,254**	,448**	,401**	,521**	,668**	,475**	,394**	,225**	,299**	,307**	,450**	,319**	,419**	,551**	,482**	,474**	,450**	
	Sig.	,000	,001	,000	,001		,000	,208	,000	,000	,000	,002	,000	,000	,000	,000	,000	,005	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D5	P. Cor	,498**	,434**	,601**	,391**	,622**	1,000	,221**	,439**	,531**	,216**	,290**	,449**	,620**	,644**	,617**	,602**	,412**	,165*	,407**	,214**	,403**	,382**	,386**	,341**	,305**	,141	,205*	
	Sig.	,000	,000	,000	,000	,000		,006	,000	,000	,007	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,042	,000	,008	,000	,000	,000	,000	,000	,082	,011		
D6	P. Cor	,249**	,359**	,274**	,110	,102	,221**	1,000	,130	,103	-,021	,016	-,132	-,070	,046	-,039	,166*	,221**	,039	,194*	,198*	,040	,008	,080	,016	-,063	-,244**	-,038	
	Sig.	,002	,000	,001	,174	,208	,006		,108	,207	,798	,844	,104	,392	,570	,629	,040	,006	,632	,016	,014	,620	,923	,328	,842	,441	,002	,644	
D7	P. Cor	,294**	,388**	,046	,328**	,401**	,439**	,130	1,000	,280**	,267**	,273**	,352**	,451**	,188*	,328**	,494**	,089	,246**	,137	,044	,291**	,016	,263**	,393**	,173*	,321**	,318**	
	Sig.	,000	,000	,575	,000	,000	,108		,000	,001	,001	,000	,000	,000	,020	,000	,000	,275	,002	,091	,588	,000	,849	,001	,000	,032	,000	,000	
D8	P. Cor	,318**	,379**	,444**	,404**	,448**	,531**	,103	,280**	1,000	,410**	,231**	,468**	,521**	,518**	,467**	,532**	,256**	,230**	,168*	,258**	,417**	,436**	,357**	,410**	,384**	,324**	,306**	
	Sig.	,000	,000	,000	,000	,000	,207	,000	,000	,004	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,004	,038	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
D9	P. Cor	,138	,202*	,180*	,367**	,308**	,216**	-,021	,267**	,410**	1,000	,537**	,239**	,367**	,241**	,273**	,315**	,192*	,112	,079	,114	,433**	,429**	,340**	,442**	,443**	,401**	,465**	
	Sig.	,088	,012	,026	,000	,000	,007	,798	,001	,000		,000	,003	,000	,003	,001	,000	,017	,166	,331	,161	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
D10	P. Cor	,082	,185*	,353**	,299**	,254**	,290**	,016	,273**	,231**	,537**	1,000	,344**	,155	,241**	,270**	,175*	,168*	-,031	,218**	,012	,201*	,248**	,178*	,311**	,268**	,082	,204*	
	Sig.	,312	,022	,000	,000	,002	,000	,844	,001	,004	,000		,000	,056	,003	,001	,030	,038	,701	,007	,888	,013	,002	,028	,000	,001	,316	,012	
D11	P. Cor	,202*	,229**	,415**	,288**	,448**	,449**	-,132	,352**	,468**	,239**	,344**	1,000	,482**	,423**	,470**	,351**	,136	,190*	,240**	,054	,261**	,215**	,165*	,271**	,191*	,212**	,143	
	Sig.	,012	,004	,000	,000	,000	,104	,000	,000	,000	,003	,000		,000	,000	,000	,094	,019	,003	,510	,001	,008	,042	,001	,018	,008	,079		
D12	P. Cor	,373**	,374**	,340**	,441**	,401**	,620**	-,070	,451**	,521**	,367**	,155	,482**	1,000	,390**	,408**	,581**	,196*	,157	,063	,037	,274**	,266**	,266**	,308**	,140	,167*	,165*	
	Sig.	,000	,000	,000	,000	,000	,392	,000	,000	,000	,056	,000		,000	,000	,000	,015	,053	,436	,653	,001	,001	,001	,000	,083	,039	,042		
P1	P. Cor	,408**	,333**	,553**	,274**	,521**	,644**	,046	,188*	,518**	,241**	,241**	,423**	,390**	1,000	,739**	,500**	,545**	,252**	,485**	,235**	,540**	,531**	,470**	,427**	,566**	,306**	,367**	
	Sig.	,000	,000	,000	,001	,000	,570	,020	,000	,003	,003	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,002	,000	,003	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	

(...) Continuação do Quadro 33.

	PERF	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	P1	P2	P3	P4	P5	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9
P2	P. Cor ,394** Sig. ,000	,356**	,425**	,245**	,668**	,617**	-,039	,328**	,467**	,273**	,270**	,470**	,408**	,739**	1,000	,513**	,562**	,442**	,446**	,293**	,423**	,477**	,429**	,289**	,569**	,340**	,350**
P3	P. Cor ,527** Sig. ,000	,582**	,188**	,426**	,475**	,602**	,166*	,494**	,532**	,315**	,175*	,351**	,581**	,500**	,513**	1,000	,432**	,451**	,359**	,257**	,317**	,263**	,504**	,359**	,363**	,205*	,429**
P4	P. Cor ,405** Sig. ,000	,209**	,388**	,066	,394**	,412**	,221**	,089	,256**	,192*	,168*	,136	,196*	,545**	,562**	,432**	1,000	,418**	,443**	,369**	,367**	,352**	,483**	,256**	,551**	,034	,321**
P5	P. Cor ,201* Sig. ,013	,424**	,172*	,183*	,225**	,165*	,039	,246**	,230**	,112	-,031	,190*	,157	,252**	,442**	,451**	,418**	1,000	,418**	,383**	,116	,109	,200*	,089	,302**	,056	,246**
Q1	P. Cor ,450** Sig. ,000	,273**	,353**	,208**	,299**	,407**	,194*	,137	,168*	,079	,218**	,240**	,063	,485**	,446**	,359**	,443**	,418**	1,000	,651**	,383**	,440**	,342**	,139	,500**	,090	,296**
Q2	P. Cor ,476** Sig. ,000	,129	,212**	,122	,307**	,214**	,198*	,044	,258**	,114	,012	,054	,037	,235**	,293**	,257**	,369**	,383**	,651**	1,000	,386**	,304**	,210**	,133	,415**	,128	,216**
Q3	P. Cor ,383** Sig. ,000	,201*	,323**	,260**	,450**	,403**	,040	,291**	,417**	,433**	,201*	,261**	,274**	,540**	,423**	,317**	,367**	,116	,383**	,386**	1,000	,538**	,542**	,558**	,586**	,482**	,456**
Q4	P. Cor ,278** Sig. ,001	,139	,365**	,286**	,319**	,382**	,008	,016	,436**	,429**	,248**	,215**	,266**	,531**	,477**	,263**	,352**	,109	,440**	,304**	,538**	1,000	,449**	,323**	,538**	,306**	,330**
Q5	P. Cor ,431** Sig. ,000	,350**	,248**	,086	,419**	,386**	,080	,263**	,357**	,340**	,178*	,165*	,266**	,470**	,429**	,504**	,483**	,200*	,342**	,210**	,542**	,449**	1,000	,536**	,531**	,309**	,562**
Q6	P. Cor ,203* Sig. ,012	,126	,300**	,213**	,551**	,341**	,016	,393**	,410**	,442**	,311**	,271**	,308**	,427**	,289**	,359**	,256**	,089	,139	,133	,558**	,323**	,536**	1,000	,505**	,539**	,581**
Q7	P. Cor ,367** Sig. ,000	,113	,204*	,154	,482**	,305**	-,063	,173**	,384**	,443**	,268**	,191*	,140	,566**	,569**	,363**	,551**	,302**	,500**	,415**	,586**	,538**	,531**	,505**	1,000	,592**	,692**
Q8	P. Cor ,146 Sig. ,071	-,040	,000	,183*	,474**	,141	-,244**	,321**	,324**	,401**	,082	,212**	,167*	,306**	,340**	,205*	,034	,056	,090	,128	,482**	,306**	,309**	,539**	,592**	1,000	,713**
Q9	P. Cor ,367** Sig. ,000	,195*	,022	,101	,450**	,205*	-,038	,318**	,306**	,465**	,204*	,143	,165*	,367**	,350**	,429**	,321**	,246**	,296**	,216**	,456**	,330**	,562**	,581**	,692**	,713**	1,000

Legenda: Índice de correlação de Pearson entre a s 26 dimensões e o score de Performance com os respectivos níveis de significância. Realçado a negrito a relação com o score Performance. (PERF – Performance, D1 -Expectativas e ações dos supervisores/gestores que promovem a segurança, D2 -Aprendizagem da organização — Melhoria contínua, D3 -Trabalho de equipa entre unidades, D4 -Facilidade de comunicação, D5 -Feedback e comunicação sobre erros, D6 -Resposta não-punitiva ao erro, D7 -Staffing, D8 -Suporte da Gestão do Hospital para a Segurança do Doente, D9 -Trabalho de equipa entre unidades do hospital, D10 -Transferências hospital, D11 -Percepção geral da segurança, D12 -Frequência de relato de erros, P1 -Preocupação com a falha, P2 -Relutância em simplificar interpretações, P3 -Sensibilidade às operações, P4 – Resiliência, P5 -Deferência com a "Expertise", Q1 – Eficácia, Q2 – Appropriateness, Q3 – Eficiência, Q4 -Respeito e Preocupação, Q5 – Segurança, Q6 – Continuidade, Q7 -Capacidade de atingir os resultados esperados, Q8 – Oportunidade, Q9 – Disponibilidade) (N=153)

** . Correlação é significativa para $\alpha=0,01$ e * . Correlação é significativa para $\alpha= 0,05$.

7.9 Anexo 9 — Resultados da Regressão das dimensões e a Performance

7.9.1 Regressão Linear entre as 25 dimensões e a Performance

Resultados da regressão linear entre as variáveis (D1 -Expectativas e acções dos supervisores/gestores que promovem a segurança, D2 -Aprendizagem da organização — Melhoria contínua, D3 -Trabalho de equipa entre unidades, D4 -Facilidade de comunicação, D5 -Feedback e comunicação sobre erros, D6 -Resposta não-punitiva ao erro, D7 -*Staffing*, D8 -Suporte da Gestão do Hospital para a Segurança do Doente, D9 -Trabalho de equipa entre unidades do hospital, D11 -Percepção geral da segurança, D12 -Frequência de relato de erros, P1 -Preocupação com a falha, P2 -Relutância em simplificar interpretações, P3 -Sensibilidade às operações, P4 - Resiliência, P5 -Deferência com a "Expertise", Q1 - Eficácia, Q2 - *Appropriateness*, Q3 - Eficiência, Q4 -Respeito e Preocupação, Q5 - Segurança, Q6 - Continuidade, Q7 -Capacidade de atingir os resultados esperados, Q8 - Oportunidade, Q9 - Disponibilidade), como explicativas da variável dependente Performance

Quadro 34 — Sumário do resultado do modelo de regressão linear (25 Dimensões)

R	R ²	R ² ajustado	Std. Error of the Estimate
,757 ^a	,573	,496	,30982

Legenda: Sumário do modelo de regressão linear através do método "Enter"

Quadro 35 — Análise de variância (ANOVA) à regressão linear (25 Dimensões)

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	16,590	23	,721	7,514	,000 ^a
Residual	12,382	129	,096		
Total	28,972	152			

Legenda: Análise à variância do modelo de regressão

Quadro 36 — Coeficientes das dimensões na análise de regressão linear (25 Dimensões)

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
(Constant)	,675	,362		1,864	,065		
D1	,133	,054	,219	2,443	,016	,411	2,433
D2	-,122	,068	-,193	-1,800	,074	,290	3,454
D3	-,039	,055	-,053	-,719	,473	,608	1,644
D4	-,050	,067	-,080	-,744	,458	,284	3,526
D5	,131	,067	,251	1,961	,052	,203	4,934
D6	,077	,057	,110	1,360	,176	,508	1,968
D7	-,009	,062	-,013	-,148	,882	,403	2,480
D8	-,071	,064	-,105	-1,115	,267	,374	2,673
D11	,054	,055	,084	,979	,329	,455	2,197
D12	,099	,046	,204	2,133	,035	,360	2,774
P1	,074	,084	,102	,876	,383	,242	4,128
P2	-,005	,083	-,008	-,058	,954	,196	5,111
P3	,034	,096	,042	,354	,724	,231	4,334
P4	,087	,080	,103	1,089	,278	,369	2,711
P5	-,185	,080	-,200	-2,301	,023	,438	2,284
Q1	-,003	,023	-,014	-,122	,903	,264	3,790
Q2	,099	,022	,433	4,551	,000	,367	2,727
Q3	,003	,012	,022	,245	,807	,394	2,535
Q4	-,011	,018	-,053	-,609	,544	,439	2,277
Q5	,019	,015	,112	1,210	,228	,388	2,577
Q6	-,017	,013	-,133	-1,287	,200	,309	3,236
Q7	-,001	,022	-,005	-,047	,962	,244	4,099
Q9	,031	,014	,213	2,170	,032	,345	2,895

Legenda: Coeficientes de regressão, obtidos pelo método “Enter”, entre as variáveis (D1 -Expectativas e ações dos supervisores/gestores que promovem a segurança, D2 -Aprendizagem da organização — Melhoria contínua, D3 -Trabalho de equipa entre unidades, D4 -Facilidade de comunicação, D5 -Feedback e comunicação sobre erros, D6 -Resposta não-punitiva ao erro, D7 -Staffing, D8 -Suporte da Gestão do Hospital para a Segurança do Doente, D11 -Percepção geral da segurança, D12 -Frequência de relato de erros, P1 -Preocupação com a falha, P2 -Relutância em simplificar interpretações, P3 -Sensibilidade às operações, P4 -Resiliência, P5 -Deferência com a "Expertise", Q1 - Eficácia, Q2 - Appropriateness, Q3 - Eficiência, Q4 -Respeito e Preocupação, Q5 - Segurança, Q6 - Continuidade, Q7 -Capacidade de atingir os resultados esperados, Q9 - Disponibilidade), como explicativas da variável dependente

Performance. A negrito destaca-se os coeficientes com níveis de significância <0,05.

7.9.2 Regressão Linear entre as dimensões da PSC e a Performance

Resultados da regressão linear entre as variáveis da PSC (D1 -Expectativas e acções dos supervisores/gestores que promovem a segurança, D2 -Aprendizagem da organização — Melhoria contínua, D3 -Trabalho de equipa entre unidades, D4 -Facilidade de comunicação, D5 -Feedback e comunicação sobre erros, D6 -Resposta não-punitiva ao erro, D7 -Staffing, D8 -Suporte da Gestão do Hospital para a Segurança do Doente, D11 -Percepção geral da segurança, D12 -Frequência de relato de erros), como explicativas da variável dependente Performance

Quadro 37 — Sumário do resultado do modelo de regressão linear (Dimensões da PSC)

R	R ²	R ² ajustado	Std. Error of the Estimate
,593 ^a	,352	,306	,36365

Legenda: Sumário do modelo de regressão linear através do método “Enter”

Quadro 38 — Análise de variância (ANOVA) à regressão linear (dimensões da PSC)

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	10,194	10	1,019	7,708	,000 ^a
Residual	18,778	142	,132		
Total	28,972	152			

Legenda: Análise à variância do modelo de regressão

Quadro 39 — Coeficientes das dimensões na análise de regressão linear (Dimensões da PSC)

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
(Constant)	2,069	,268		7,730	,000		
D1 -Expectativas e acções dos supervisores/gestores que promovem a segurança	,137	,051	,226	2,679	,008	,641	1,561
D2 -Aprendizagem da organização — Melhoria contínua	-,133	,062	-,209	2,125	,035	,471	2,125
D3 -Trabalho de equipa entre unidades	-,065	,059	-,088	1,106	,271	,729	1,372
D4 -Facilidade de comunicação	,078	,056	,127	1,393	,166	,546	1,830

D5 -Feedback e comunicação sobre erros	,192	,063	,369	3,056	,003	,312	3,201
D6 -Resposta não-punitiva ao erro	,108	,058	,153	1,874	,063	,681	1,469
D7 -Staffing	-,041	,061	-,060	-,675	,501	,573	1,744
D8 -Suporte da Gestão do Hospital para a Segurança do Doente	,025	,061	,038	,418	,677	,561	1,782
D11 -Percepção geral da segurança	-,002	,059	-,003	-,038	,970	,552	1,811
D12 -Frequência de relato de erros	,067	,049	,138	1,369	,173	,448	2,234

Legenda: Coeficientes de regressão, obtidos pelo método “Enter”, entre as variáveis da PSC como explicativas da variável dependente Performance. A negrito destaca-se os coeficientes com níveis de significância <0,05.

7.9.3 Regressão entre os Processo de Fiabilidade e a Performance

Resultados da regressão linear entre as variáveis dos Processos de Fiabilidade (P1 - Preocupação com a falha, P2 -Relutância em simplificar interpretações, P3 -Sensibilidade às operações, P4 – Resiliência, P5 -Deferência com a "Expertise"), como explicativas da variável dependente Performance

Quadro 40 — Sumário do resultado do modelo de regressão linear (Processos de Fiabilidade)

R	R ²	R ² ajustado	Std. Error of the Estimate
,579 ^a	,335	,312	,36207

Legenda: Sumário do modelo de regressão linear através do método “Enter”

Quadro 41 — Análise de variância (ANOVA) à regressão linear (Processos de Fiabilidade)

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	9,701	5	1,940	14,801	,000 ^a
Residual	19,271	147	,131		
Total	28,972	152			

Legenda: Análise à variância do modelo de regressão

Quadro 42 — Coeficientes das dimensões na análise de regressão linear (Processos de Fiabilidade)

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		Collinearity Statistics		
	B	Std. Error	Beta	t	Sig.	Tolerance	VIF
(Constant)	1,645	,255		6,447	,000		
P1 -Preocupação com a falha	,049	,078	,067	,627	,532	,392	2,552
P2 -Relutância em simplificar interpretações	,043	,070	,068	,614	,540	,369	2,709
P3 -Sensibilidade às operações	,342	,068	,428	5,034	,000	,625	1,599
P4 -Resiliência	,165	,073	,196	2,248	,026	,597	1,675
P5 -Deferência com a "Expertise"	-,112	,076	-,121	-1,474	,143	,671	1,491

Legenda: Coeficientes de regressão, obtidos pelo método “Enter”, entre as variáveis (P1 -Preocupação com a falha, P2 -Relutância em simplificar interpretações, P3 -Sensibilidade às operações, P4 – Resiliência, P5 -Deferência com a "Expertise"), como explicativas da variável dependente Performance. A negrito destaca-se os coeficientes com níveis de significância <0,05.

7.9.4 Regressão entre as dimensões da Qualidade e a Performance

Resultados da regressão linear entre as variáveis dimensões da Qualidade (Q1 – Eficácia, Q2 – Appropriateness, Q3 – Eficiência, Q4 -Respeito e Preocupação, Q5 – Segurança, Q6 – Continuidade, Q7 -Capacidade de atingir os resultados esperados, Q9 – Disponibilidade), como explicativas da variável dependente Performance

Quadro 43 — Sumário do resultado do modelo de regressão linear (Dimensões da Qualidade)

R	R ²	R ² ajustado	Std. Error of the Estimate
,613 ^a	,376	,341	,35434

Legenda: Sumário do modelo de regressão linear através do método “Enter”

Quadro 44 — Análise de variância (ANOVA) à regressão linear (Dimensões da Qualidade)

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	10,892	8	1,361	10,843	,000 ^a
Residual	18,080	144	,126		
Total	28,972	152			

Legenda: Análise à variância do modelo de regressão.

Quadro 45 — Coeficientes das dimensões na análise de regressão linear (Dimensões da Qualidade)

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
(Constant)	,889	,308		2,884	,005		
Q1 -Eficácia	,027	,020	,129	1,341	,182	,469	2,133
Q2 -Appropriateness	,072	,021	,314	3,499	,001	,537	1,862
Q3 -Eficiência	,015	,013	,119	1,226	,222	,462	2,165
Q4 -Respeito e Preocupação	-,007	,018	-,033	-,386	,700	,584	1,711
Q5 -Segurança	,047	,015	,281	3,098	,002	,527	1,898
Q6 -Continuidade	-,016	,012	-,131	-1,416	,159	,508	1,968
Q7 -Capacidade de atingir os resultados esperados	-,021	,021	-,109	-,973	,332	,346	2,889
Q9 -Disponibilidade	,031	,015	,211	2,065	,041	,415	2,408

Legenda: Coeficientes de regressão, obtidos pelo método “Enter”, entre as dimensões da Qualidade, como explicativas da variável dependente Performance. A negrito destaca-se os coeficientes com níveis de significância <0,05.