

Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa



Departamento de Gestão

O impacto do Clima de Serviço, Coordenação Relacional, Fiabilidade Organizacional e Aprendizagem Organizacional na Percepção do Desempenho Organizacional numa clínica de hemodiálise.

Telmo Farinha Ramos Fernandes de Carvalho

Tese para ser submetida como requisito parcial para a obtenção do grau

Mestre em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador (a):

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

Co - Orientador (a):

Prof. Doutor Francisco Nunes, Coordenador do Mestrado de Recursos Humanos, ISCTE Business School,
Departamento de Gestão.

Maio 2010

Ao meu avô materno por todos os
princípios e valores que me transmitiu
ao longo da minha educação...

Agradecimentos

Gostaria em primeiro lugar expressar o meu agradecimento ao professor doutor Francisco Nunes, pela disponibilidade demonstrada em orientar este trabalho de investigação, pelo estímulo e paciência, bem como pela orientação metodológica indispensável à viabilidade da investigação desenvolvida.

Um agradecimento especial à instituição e aos colaboradores que tornaram possível a investigação realizada, em particular ao director clínico doutor Pedro Ponce, à enfermeira chefe Maria Jesus Salgueiro, ao enfermeiro director João Fazendeiro pelo encorajamento no meu trajecto e à secretária administrativa Carla Marques por toda a colaboração. Um agradecimento muito especial ao meu colega Carlos Franco por acreditar nas minhas capacidades, pela motivação e pelos sábios conselhos...

A instituição família foi fundamental na prossecução deste objectivos, reconhecendo a importância dos meus sogros, pai, irmã e cunhados pelo suporte emocional transmitido neste árduo processo.

Por fim, e com a maior importância o agradecimento muito especial à minha mulher Ana Margarida Santos pela capacidade de compreensão e empenhamento numa fase especial das nossas vidas, sem a tua força não teria conseguido. Ao Dinis a pérola da minha vida, por ser a criança mais linda do mundo e pelos dias em que não conseguiu brincar com o Pai... A vocês dois o meu reconhecimento, carinho e amor por tudo o que significam para mim!...

“A fundamental process improvement such as relational coordination enables organizations to improve both cost and quality outcomes, allowing simultaneous excellence along both dimensions. When relational coordination is improved, organizations can shift out the quality-efficiency frontier, thereby achieving higher performance on both dimensions.”

in, Gitel, Jody; “High Performance Healthcare”, McGraw Hill, 2009.

RESUMO

A avaliação da *performance* é essencial numa organização para orientação da estratégia e definição de recursos para o cumprimento da missão, proporcionando uma avaliação de diagnóstico e operacional. As equipas devem ser orientadas para sistemas de trabalho flexíveis, com capacidade de absorver mudanças na perspectiva da melhoria contínua, através do estabelecimento de objectivos e medidas para avaliação da eficiência dos planos estabelecidos. As alterações provocadas pelas restrições económicas e o aumento da qualidade dos cuidados motivaram uma reavaliação das medidas para avaliação da *performance*.

Com base numa amostra de 74 colaboradores de uma instituição de índole privada que presta tratamentos de hemodiálise, o presente estudo que procurou analisar o impacto do clima de serviço, fiabilidade organizacional, coordenação relacional e aprendizagem organizacional na percepção do desempenho da organização. O modelo de análise explica 21% da variância da percepção do desempenho da organização. Destaca-se como preditor significativo a aprendizagem organizacional ($\beta = 0,30$; $\rho < 0,05$). Numa análise adicional, foi verificado o impacto da percepção do desempenho dos profissionais de enfermagem na percepção do desempenho da organização, concluindo-se que a percepção do desempenho dos profissionais de enfermagem não influencia positivamente a percepção do desempenho da organização.

Pese embora esta clínica seja muito representativa devido à sua dimensão e importância estratégica, não é possível extrapolar conclusões para todas as instituições pertencentes ao grupo. Propomos um trabalho de investigação englobando mais instituições, com a definição de indicadores de desempenho adequados para avaliação da percepção dos profissionais do desempenho das organizações.

Palavras Chave: Desempenho, Clima de Serviço, Coordenação Relacional, Fiabilidade e Aprendizagem Organizacional

Journal of Economic Literature Classification System: I10 e I12

ABSTRACT

Performance evaluation is essential in an organization to guide the strategy, define resources to fulfill the mission providing a diagnostic and operational evaluation. The teams should be orientated on a flexible working system, absorbing the changes with the purpose of continuous improvement, setting goals and comprehensible measures for evaluating the efficiency of established plans. The changes brought about by economic constraints and the increase in quality care, prompted a reassessment of measures to assess performance.

Based on a sample of 74 employees from a private institution that provides hemodialysis, this study sought to analyze the impact of the service climate, relational coordination, reliability and learning organization in the perception of organizational performance. The analytical model explains 21% of the variance of perceived organizational performance. Stands out as a significant predictor the learning organization ($\beta = 0,30$; $\rho < 0,05$). An additional analysis evaluated the impact of perceived performance of nursing professionals in the organization's performance setting, concluding that the perception of performance of nursing staff did not positively influence that of the organization's performance.

Although this clinic is very representative because of its size and strategic importance, it is not possible to extrapolate findings to all institutions within the group. We propose a research project with more institutions, defining the appropriate performance indicators to evaluate the perceptions of the performance organization.

Key Words: Performance, Service Climate, Relational Coordination, Reliability and Learning Organization.

Journal of Economic Literature Classification System:I10 e I12

Índice:

	Folha
INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO 1. ENQUADRAMENTO.....	15
1 - CLIMA DE SERVIÇO.....	15
2 - COORDENAÇÃO RELACIONAL	20
3 - FIABILIDADE ORGANIZACIONAL.....	25
4 - APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL	30
5 – PERCEPÇÃO DO DESEMPENHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM	33
6 - DESENHO METODOLÓGICO	35
CAPÍTULO 2. MÉTODO.....	37
1 - A ORGANIZAÇÃO.....	37
2 - POPULAÇÃO E AMOSTRA	39
3 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	40
4 - MEDIDAS	41
4.1 - PERCEPÇÃO DO DESEMPENHO DOS PROFISSIONAIS DA INSTITUIÇÃO.....	41
4.2 - PERCEPÇÃO DO DESEMPENHO DO GRUPO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS RELATIVAMENTE À PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AO DOENTE COM CATETER COMO ACESSO VASCULAR PARA HEMODIÁLISE.....	42
4.3 - CLIMA DE SERVIÇO EXISTENTE NA ORGANIZAÇÃO.....	43
4.4 - COORDENAÇÃO RELACIONAL EXISTENTE ENTE OS DIFERENTES GRUPOS PROFISSIONAIS DA INSTITUIÇÃO.	44
4.5 - COMPORTAMENTOS DE FIABILIDADE ORGANIZACIONAL DOS PROFISSIONAIS DA ORGANIZAÇÃO.	44
4.6 - COMPORTAMENTOS DE APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL DOS COLABORADORES DA INSTITUIÇÃO.	45
5 - PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	46
CAPÍTULO 3. RESULTADOS.....	47
CAPÍTULO 4. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	54
1 - DISCUSSÃO	54
2 - CONCLUSÕES.....	62

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	71
ANEXO 1 - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO	72
ANEXO 2 – RESPOSTA AO PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO...	74
ANEXO 3 - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA ALARGAMENTO DO ÂMBITO DO TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO.....	76
ANEXO 4 – RESPOSTA AO PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA ALARGAMENTO DO ÂMBITO DO TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO	78
ANEXO 5 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS - QUESTIONÁRIO	80

ÍNDICE DE FIGURAS:

	Folha
Figura n.º 1 – Modelo de pesquisa	36
Figura n.º 2 – Modelo de análise adicional.....	36
Figura n.º 3 – Diagrama Organizacional	43
Figura n.º 4 – Descrição da percepção global do desempenho da organização	42
Figura n.º 5 – Descrição da percepção do desempenho dos profissionais de enfermagem	43
Figura n.º 6 – Descrição do Clima de Serviço.....	43
Figura n.º 7 – Descrição da Coordenação Relacional	44
Figura n.º 8 – Descrição da Cultura de Fiabilidade Organizacional	45
Figura n.º 9 – Descrição da Cultura de Aprendizagem Organizacional	45
Figura n.º 10 – Modelo estrutural do impacto do clima de serviço, coordenação relacional, fiabilidade organizacional e aprendizagem organizacional na percepção do desempenho da organização.....	51
Figura n.º 11 Modelo estrutural do impacto no grupo de Enfermagem do clima de serviço, coordenação relacional, fiabilidade organizacional, aprendizagem organizacional e a percepção do desempenho do grupo dos enfermagem, na percepção do desempenho da organização.	53

ÍNDICE DE QUADROS:

	Folha
Quadro nº 1 – Compromisso de Responsabilidade da Empresa.....	38

ÍNDICE DE TABELAS:

	Folha
Tabela n.º 1 – Caracterização da População em estudo.....	39
Tabela n.º 2 – Caracterização da Amostra.....	41
Tabela n.º 3 – Variáveis do Estudo (Controlo, Independentes e Dependente).....	41
Tabela n.º 4 - Tabela de resultados da análise da média, desvio padrão, correlação entre as variáveis e <i>Alpha de Cronbach</i>	48
Tabela n.º 5 – Resultado da análise de regressão do modelo (Clima de Serviço, Fiabilidade Organizacional, Aprendizagem Organizacional, Coordenação Relacional e Percepção do Desempenho da Organização), incluindo variáveis de controlo.	50
Tabela n.º 6 Resultado da análise de regressão do modelo exclusivo para o grupo dos enfermeiros (Clima de Serviço, Fiabilidade Organizacional, Aprendizagem Organizacional, Coordenação relacional, Percepção do desempenho dos profissionais de enfermagem e Percepção do desempenho da organização), incluindo variáveis de controlo.	52

INTRODUÇÃO

Nos dias de hoje, as alterações nas organizações de saúde com o objectivo de redução de custos provocadas pelas restrições económicas, o aumento da qualidade dos cuidados motivada pelo maior grau exigência do cliente e o cumprimento das *guidelines* impostas pelas organizações nacionais e internacionais, conduziram a uma reavaliação das medidas utilizadas para a avaliação da *performance* destas instituições.

As instituições de saúde são consideradas organizações profissionais, com um centro operacional a assumir um papel estratégico constituído por médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde que desenvolvem as suas acções tendo como base as suas sub - culturas profissionais, valorizando o seu profissionalismo perante a estrutura hierárquica, coordenando-se entre si através do ajustamento mútuo, articulando-se em função das tarefas a desempenhar para o diagnóstico e tratamento das patologias dos clientes a quem prestam cuidados. Os processos desempenhados pelo centro operacional revestem-se de um carácter qualitativo e são orientados para o doente, com os profissionais centrados nas tarefas a realizar, permitindo uma coordenação do trabalho através do estabelecimento de sistemas de comunicação informais, possuindo a comunicação um peso determinante na eficiência organizacional. É muito dependente dos actores envolvidos, pelo que frequentes mudanças organizacionais e uma elevada rotatividade de pessoal poderá potenciar um efeito positivo ou negativo neste método. Nestas organizações estabelecem-se como parâmetros de concepção a especialização horizontal e descentralização vertical e horizontal. O topo estratégico, a tecnoestrutura e o apoio logístico possuem um carácter hierárquico muito vincado possuindo as administrações objectivos quantitativos e económicos, com processos rígidos regulados por regras e normas. Todas estas lógicas exercem pressões conflitantes na organização. As determinações políticas orientam as administrações para resultados quantitativos enquanto o centro operacional assume a total dimensão qualitativa da sua prática profissional, surgindo uma situação paradoxal em relação à qualidade dos cuidados de saúde (Martins, 2006).

A avaliação dos processos e sistemas passa pela análise da qualidade, custos e tempo de execução. A preocupação das organizações e profissionais de saúde relativamente aos custos associados ao desempenho é recente, e foi precedida pela análise da satisfação do cliente como indicador de desempenho e posteriormente pela análise da satisfação do profissional. A

perspectiva de avaliação da *performance* das organizações de saúde vai para além dos resultados financeiros, no entanto existem muitas indefinições sobre os indicadores e medidas adequados para a avaliação da *performance* destas instituições. A abordagem desenvolvida por Donabedian (1980) definiu a tríade de critérios de avaliação baseados na estrutura, processos e resultados. A estrutura compreende as características relativamente estáveis dos seus provedores, instrumentos, recursos, condições físicas e organizacionais. Os processos correspondem ao conjunto de actividades desenvolvidas na relação entre profissionais e clientes (diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção) com consequentes resultados. Estes são caracterizados pelas mudanças verificadas no estado de saúde, atribuídas à prévia prestação de um serviço, bem como mudanças a nível do conhecimento e comportamentos e a satisfação dos destinatários dos cuidados, num conceito assente na premissa da qualidade dos cuidados de saúde ser directamente proporcional à satisfação dos pacientes e à sua execução conforme o estado da arte (Lohr e Schroeder, 1990).

A complexidade das instituições de saúde, sujeitas a influências internas e externas, com profissionais que possuem elevada qualificação, abrangendo diversas áreas englobadas numa multiplicidade de processos, justifica a inclusão de outras dimensões. Nos indicadores de estrutura, processos, resultados e influências do meio interno e externo deve ser definido um conjunto que melhor expresse a quantidade e qualidade, demonstrando a eficácia e eficiência da organização. A avaliação da *performance* é essencial à organização para orientação da estratégia a seguir, definição dos recursos necessários para o cumprimento da missão e desempenho dos processos necessários para que a organização funcione, proporcionando uma avaliação de diagnóstico e operacional. A estratégia deve orientar as equipas para os processos através de sistemas de trabalho flexíveis com capacidade de absorver as mudanças tendo em vista a melhoria contínua, com a definição de objectivos e estabelecimento de medidas de avaliação claras, utilizando os resultados para analisar a eficiência dos planos estabelecidos.

Nas organizações de saúde os critérios subjectivos de análise são importantes devido à dificuldade em estabelecer as medidas objectivas de *performance*, com a necessidade de recorrer a auditorias internas ou externas. A análise subjectiva baseada na aplicação de inquéritos ou realização de entrevistas facilita a obtenção de informação para análise, possuindo um carácter mais abrangente na avaliação da *performance* organizacional. Este tipo de análise permite aos colaboradores compararem a *performance* da sua organização com a

das organizações concorrentes, como é estabelecido por Delaney e Huselid (1996). A existência de uma relação positiva entre a avaliação subjectiva e a avaliação objectiva da *performance* da organização, com esta relação a ser mais consistente do que a análise dos diferentes aspectos da *performance* empregando a mesma metodologia, possibilitou aos autores Wall *et al* (2004) concluir a necessidade de orientar qualquer investigação sobre *performance* organizacional através da combinação das duas metodologias.

As avaliações da *performance* nas organizações possuem na maioria dos casos uma orientação individualizada, com o intuito de analisar o desempenho do colaborador. Esta perspectiva pode ser prejudicial para o desempenho da organização, com o profissional a direccionar a prestação para a prossecução dos seus objectivos individuais, mesmo com prejuízo dos objectivos gerais da organização. A avaliação da *performance* da equipa motiva os profissionais a desempenharem as suas funções de modo a atingirem os objectivos partilhados pela equipa. A implementação de programas de melhoria da qualidade tem por objectivo identificar as falhas no sistema e os processos que ocultam os erros ocorridos, recomendando melhorias a serem implementadas pelas equipas funcionais com o objectivo de corrigir as falhas e prevenir a ocorrência de erros, através do aumento da coordenação do trabalho em equipa na prossecução de objectivos partilhados e alterando a mentalidade do “apontar o dedo” quando ocorre um erro, motivando o desempenho dirigido para a resolução imediata do problema. Este tipo de avaliação assume um papel particularmente importante em áreas de elevada interdependência multidisciplinar, com é o caso da saúde.

As organizações de saúde normalmente utilizam dois sistemas de avaliação da *performance*: o primeiro através da monitorização da qualidade dos cuidados e o segundo com a análise da eficiência na utilização dos recursos. Ambos os processos são retrospectivos e para além de apenas conseguirem identificar e contabilizar as falhas ou erros ocorridos, não possuindo a capacidade de antecipá-los e prevenir a ocorrências dos mesmos. Estes sistemas são reactivos, atribuindo a responsabilidade da ocorrência, não questionando o processo a provocou com o objectivo de prevenir novas situações. A contabilização da falha é feita relativamente ao profissional ou a uma equipa, ignorando as interdependências ocorridas em todo o processo.

A introdução de uma avaliação da *performance* proactiva e abrangendo a interdisciplinaridade da equipa de cuidados possibilita a criação de uma atitude de partilha de objectivos, resultados e conhecimento, num respeito mútuo entre todos os grupos profissionais

envolvidos no processo, promovendo o desenvolvimento de elevados níveis de coordenação relacional com melhoria na qualidade e eficiência nos cuidados (Gittel, 2009).

Para as unidades de HD foram definidos *outcomes* pela Direcção Geral de Saúde relacionados com a eficácia do tratamento, mortalidade, internamentos hospitalares, valores analíticos e número de tratamentos realizados/doente. A administração estabelece como resultados importantes a prevalência dos doentes, a eficiência económica e a satisfação dos clientes. Devido à especificidade da intervenção, a satisfação do cliente está muitas vezes associada a aspectos não relacionados com a qualidade directa do tratamento. No entanto esta realidade começa a sofrer alterações, com o aumento do conhecimento e exigência do cliente. Os critérios de análise objectivos são importantes, no entanto podem ser redutores numa análise completa da *performance* destas instituições. O estabelecimento de critérios de análise objectivos na área da saúde assume-se como uma tarefa complicada, não existindo consenso relativamente aos indicadores gerais para a avaliação, devido à complexidade das intervenções e multiplicidade de factores influenciadores dos *outcomes*, dificultando a interpretação directa dos resultados e análises comparativas com agentes concorrentes no mercado.

Os profissionais de saúde são os agentes directos na prestação de um serviço que depende da sua capacidade técnica e dos recursos existentes na instituição, exigindo uma estrutura de suporte adequada às necessidades do cliente e capacidade de gerir as interdependências existentes entre os diferentes grupos profissionais. Perante o cliente, a acção passa pelo estabelecimento de uma relação de confiança assente nas relações humanas, mas sobretudo na capacidade técnica evidenciada no desempenho dos serviços prestados. Nesta perspectiva, a percepção da *performance* destes profissionais relativamente ao seu desempenho assume uma relação directa com a *performance* da instituição.

Neste contexto existem vários factores que podem influenciar a *performance* organizacional, justificando este trabalho de investigação com o objectivo de identificar o impacto do clima de serviço, da fiabilidade organizacional, da coordenação organizacional, da aprendizagem organizacional e da percepção da prestação dos profissionais de enfermagem na percepção do desempenho organizacional numa clínica de HD.

Capítulo 1. Enquadramento

1 Clima de serviço

A prestação de um serviço por parte de uma organização pressupõe a excelência, com consequente vantagem competitiva relativamente aos concorrentes, na procura de responder às necessidades do cliente (Jong, et al; 2005).

Na área da saúde, a avaliação da qualidade do serviço prestado assume diferentes perspectivas. O cliente pressupõe um atendimento com rapidez e disponibilidade, resolvendo antecipadamente a situação de doença, de preferência sem sofrimento e com a utilização de todos os recursos disponíveis. Na óptica dos profissionais a prestação de um serviço de saúde de qualidade ao cliente pressupõe a fiabilidade do diagnóstico e tratamento, com a mobilização de todos os conhecimentos pertencentes ao conteúdo funcional de cada grupo profissional. Nesta área os recursos necessários à prestação de determinado serviço estão previamente definidos, podendo não estar disponíveis em todas as unidades de saúde, sendo necessário recorrer a outras unidades de saúde para auxílio no serviço ao cliente. Em todas as situações, o factor tempo deve ser gerido em função da gravidade das situações presentes, estabelecendo-se critérios de urgência na impossibilidade de responder atempadamente a todas as solicitações.

As administrações procuram conjugar estas diferentes perspectivas com o intuito de melhorar os resultados, promovendo um atendimento rápido, de forma a responder ao maior número de clientes sem grandes demoras, cumprindo os critérios de qualidade exigidos pelas instituições regulamentadoras e não influenciando a acção técnica e científica dos profissionais de saúde. Exige-se que toda a acção destes profissionais promova a eficiência, através da solução do problema do cliente com uma coerente utilização dos recursos disponíveis.

A percepção da qualidade do serviço por parte do cliente assume relevância, através do estabelecimento de uma relação de confiança entre o profissional e o cliente. Os comportamentos entre os diferentes profissionais na interacção com os clientes, são influenciadores na percepção do cliente da qualidade do serviço. A percepção por parte do cliente do máximo empenho do colaborador na prestação de um serviço de qualidade, tem um impacto positivo no colaborador que se sente mais motivado na prestação de um serviço com a máxima qualidade, com repercussões positivas nos resultados da organização.

Schneider *et al.*, (1998) identificaram uma reciprocidade relativamente às percepções entre os clientes e os colaboradores, com a percepção de um a influenciar a de outro e vice – versa. O *feedback* da performance do serviço prestado transmitido pelo cliente, é potenciador de uma maior percepção da qualidade do serviço, revelando a necessidade de manter informados os colaboradores das avaliações de qualidade feitas pelos clientes. A transmissão aos clientes da natureza, dimensão e resultados das práticas organizacionais instituídas, caracteriza as organizações que estabelecem como prioridade a resposta às expectativas dos clientes, possuindo uma maior capacidade de proporcionarem um clima de serviço. As percepções dos colaboradores relativamente às práticas, procedimentos e comportamentos que são reconhecidos, esperados e apoiados na prestação de um serviço ao cliente, tendo em conta a qualidade definem o clima de serviço.

Na área da HD o processo de acompanhamento e tratamento é estandardizado em todas as instituições e os recursos tecnológicos potenciam a eficácia do tratamento. O cliente assume um forte protagonismo, com a responsabilidade de adesão à terapêutica e cumprimento das restrições impostas pela doença. A aposta na individualização da oferta de serviços procurando responder às necessidades do cliente, promovendo uma relação de proximidade entre o colaborador e o cliente representa uma melhoria dos serviços prestados. Para o estabelecimento deste tipo de serviço é fundamental a delegação de responsabilidades aos colaboradores da “linha da frente” na prestação de serviços, permitindo uma flexibilização na gestão de situações com elevados índices de variabilidade e fenómenos comportamentais baseados na incerteza. O trabalho de equipa a assume uma importância crucial no cumprimento de um serviço de qualidade (Jong, *et al.* 2005).

Os profissionais integrados na linha da frente da prestação de serviços ao cliente, devem ser considerados os “olhos e ouvidos da organização”, sendo necessário a avaliação da sua percepção relativamente ao serviço prestado, às necessidades dos clientes e à realidade do meio envolvente. A integração destes elementos na análise dos processos de trabalho transmite confiança da administração nas análises dos colaboradores, encarando-os como parceiros neste processo. O envolvimento dos colaboradores da linha da frente nos processos de gestão, valorizando os seus *inputs*, transmite confiança nas suas competências, encorajando as capacidades inovadoras dos elementos e das equipas, reconhecendo o bom desempenho e delegando as competências necessárias, para que possam responder a todas as necessidades dos clientes, quer estes sejam internos ou externos.

Quando as funções desempenhadas e as condições de trabalho são motivadoras, suportadas por uma estrutura que responda às necessidades do colaborador, exercem uma influência positiva na satisfação geral pelo trabalho, no *commitment* com a organização e nos comportamentos de cidadania entre os colaboradores. A inter – ajuda e a justiça na relação da instituição com os colaboradores tem uma influência positiva na percepção por parte do colaborador, do esforço da organização em proporcionar as condições necessárias à prestação de um serviço de qualidade, com consequente impacto positivo no *commitment* afectivo com a organização e potenciando a satisfação geral no trabalho.

Na área da saúde tendo em conta o elevado índice de diferenciação dos profissionais envolvidos, a prestação de cuidados é assente num modelo de interdependência horizontal, com a supervisão a exercer uma reduzida influência no processo. Os profissionais de saúde valorizam mais a inter – ajuda entre os profissionais da equipa e a justiça no tratamento por parte da organização, relativamente ao suporte prestado por parte dos seus supervisores (Paulin *et al* 2006). A gestão necessita de desenvolver estratégias que promovam a satisfação geral pelo serviço prestado e a percepção por parte do colaborador, do esforço da organização em proporcionar as condições necessárias à prestação de um serviço de qualidade. A resposta a clientes mais exigentes e com maior informação relativamente à área da saúde, bem como às pressões governamentais, dos sistemas de saúde e seguradoras no aumento da eficiência dos cuidados prestados aos clientes são os grandes desafios destas organizações..

O desenvolvimento de equipas com capacidade de autogestão na prestação de cuidados, permite de forma eficaz e eficiente a articulação de conhecimentos e competências, possuindo elevados níveis de autonomia, flexibilidade funcional e coordenação na prestação de serviços. O clima de serviço potencia a eficiência organizacional relativamente a critérios como a satisfação profissional, o *commitment* organizacional e qualidade de vida no trabalho. Os factores que promovem o clima de serviço estão relacionados com o contexto de trabalho em equipa, como a capacidade de autogestão e a capacidade de comunicação entre equipas, com a comunicação horizontal a assumir um papel fundamental. A interacção do colaborador na equipa de trabalho, através do estabelecimento de normas de equipa que regulem a actuação do grupo e o estabelecimento de objectivos comuns à equipa, potencia a eficiência dos resultados. As normas devem orientar a prestação de um serviço de qualidade, envolvendo todos os elementos da equipa e abrangendo todos os processos de actuação, com a organização de reuniões periódicas, possibilitando a discussão sobre a eficiência dos processo

de trabalho (Jong, *et al.* 2005). As tecnologias de informação podem ser usadas para o desenvolvimento de uma infra-estrutura que promova a troca de informação através da utilização das novas tecnologias, nunca desprezando os processos de comunicação em presença física, potenciadores da interacção e permitindo que os colaboradores se conheçam pessoalmente.

A relação positiva entre o clima e a capacidade de autogestão da equipa é obtida através de uma estratégia assente na comunicação inter – equipas. A autonomia e a promoção da iniciativa cria níveis elevados de envolvimento dos colaboradores, com impacto positivo no cliente. A delegação de competências de gestão nos colaboradores é motivadora do empenhamento do colaborador na prestação de um serviço de qualidade ao cliente. Na análise do ponto de vista individual, a delegação nos colaboradores de tarefas de gestão, a flexibilidade e o suporte intra e inter – equipas possuem um impacto positivo na percepção do clima de serviço por parte dos colaboradores. A nível colectivo, apenas o suporte no interior da equipa confere um impacto positivo, na percepção do clima de serviço por parte dos colaboradores (Jong, *et al.* 2004). A idade e a experiência profissional também possuem um impacto significativo relativamente ao desenvolvimento de um clima de serviço. Os profissionais com mais idade e experiência profissional, possuem uma maior relutância na introdução dos conceitos de clima de serviço, no entanto possuem uma visão mais positiva relativamente ao clima de serviço das suas equipas. (Jong, *et al.* 2005).

A prestação de um serviço de saúde envolve um grau de incerteza elevado, levando os profissionais a lidarem frequentemente com situações inesperadas. A resposta a estas situações é determinada pela flexibilidade da equipa e a capacidade de adaptação a novas situações. O grau de conhecimento e a experiência são determinantes para a gestão das situações, com a frequência da ocorrência a condicionar a reacção. O tipo de serviço prestado influencia a flexibilidade do grupo envolvido na prestação. Os serviços não rotinizados são mais complexos, requerendo um elevado *know how* e flexibilidade do grupo, na resposta à heterogeneidade e à imprevisibilidade dos serviços solicitados pelo cliente. A prestação de serviços com estas características na área da saúde torna-se frequente, com a percepção da qualidade por parte do cliente a aumentar, quando os colaboradores respondem de forma eficaz às suas necessidades. As capacidades das equipas na resposta às situações inesperadas devem ser treinadas, com a introdução de simulações e apresentação de casos tipo, muitos deles vivenciados pelas próprias equipas, para análise e discussão da intervenção realizada e

dos resultados obtidos. Toda esta acção deve ser coordenada pelo gestor da equipa, possuindo um papel fundamental na promoção da interacção colaborador – cliente (Jong, *et al*, 2004).

Na área da HD a maioria das intervenções são rotineiras. As situações que ocorrem fora deste espectro, são potenciadoras de elevado stress, com a acção a ser determinada pela capacidade de actuação dos diversos profissionais, muitas vezes com a actuação da equipa de enfermagem a sobrepor-se a outras equipas devido à múltiplas experiências dos elementos, motivando conflitos entre os diferentes grupos profissionais.

As práticas de liderança, a *performance* do negócio e os resultados relativos aos colaboradores e clientes, identificaram que a análise do meio envolvente e do clima organizacional são instrumentos adequados, ao estabelecimento de um ponto de partida para a criação de uma organização de sucesso. Os instrumentos de avaliação que incluam a avaliação do grau de compreensão dos colaboradores, impacto na satisfação do cliente e *performance* do negócio, devem incidir na liderança e nas práticas organizacionais. As práticas de liderança organizacional devem perspectivar o desenvolvimento de um clima de trabalho, um ambiente de produtividade e satisfação do cliente, com intuito de promover o sucesso da organização, criando e mantendo uma filosofia orientada para servir bem o cliente através da prestação de um serviço de elevada qualidade. Esta perspectiva deve ser transmitida de forma clara a toda a organização, com o estabelecimento de procedimentos *standardizados* e *guidelines* de actuação.

A organização deve assegurar que os profissionais estão perfeitamente habilitados ao desempenho das suas funções, estabelecendo um programa de integração e treino de novos profissionais, motivando-os para a formação contínua, desenvolvimento das competências profissionais e promovendo o conhecimento mais específico relativamente aos produtos e serviços prestados pela organização.

O líder deve transmitir a sua visão para que os colaboradores compreendam quais as orientações principais da organização, estimulando o espírito de equipa entre os elementos e as equipas, promovendo o contacto entre os elementos e eliminando as barreiras organizacionais que limitem estes comportamentos. Os colaboradores devem compreender a sua acção e como podem influenciar o sucesso da organização através do seu desempenho (Wiley e Brooks 2000).

Relativamente à análise do clima de serviço existente na clínica em estudo estabelecemos as seguintes hipóteses de investigação:

Hipótese A. O clima de serviço está positivamente relacionado com a percepção do desempenho da organização.

2 Coordenação relacional

Os grupos de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde assumem um papel estratégico desenvolvendo as suas acções, tendo como base as suas sub - culturas profissionais, valorizando o seu profissionalismo perante a estrutura hierárquica, actuando de uma forma diferenciada, partilhando entre si interdependências com as suas acções a cruzando-se na prestação dos cuidados ao cliente. O desempenho profissional na área da saúde, tem-se caracterizado nos últimos anos por níveis de interdependência e incerteza cada vez mais elevados, com a necessidade de estabelecimento de um mecanismo de coordenação de ajustamento mútuo. Este método permite uma coordenação do trabalho através do estabelecimento de sistemas de comunicação informais, possuindo a comunicação um peso determinante na eficiência organizacional. A coordenação da prestação de cuidados de saúde é extremamente difícil, devido à elevada complexidade e elevados níveis de especialização motivados pela complexidade do corpo humano, da consciência humana e da organização social do mundo. É muito dependente dos actores envolvidos, pelo que frequentes mudanças organizacionais e uma elevada rotatividade de pessoal potencia um efeito positivo ou negativo neste método (Gittel 2009).

Uma clínica de HD é composta por vários grupos profissionais altamente especializados, nesta área específica de prestação de cuidados de saúde. O enfermagem assume o papel principal na prestação do serviço ao cliente, assegurando a preparação técnica de todos os equipamentos, vigiando a evolução do tratamento, acompanhando a estabilidade hemodinâmica da pessoa e actuando conforme necessário em parceria com o médico residente no caso de alguma alteração significativa, assegurando um tratamento eficaz e o regresso da pessoa ao domicílio em segurança. Os enfermeiros responsáveis assumem um papel de coordenação de todo este processo, através da gestão dos clientes e recursos humanos afectos ao processo principal. Os técnicos de HD asseguram a produção de dialisante e a reposição de material nas salas para a execução dos tratamentos. O médico residente assume perspectiva de vigilância, monitorização dos tratamentos, acompanhamento dos clientes e actuação no caso de uma intercorrência clínica. As secretárias administrativas coordenam todo o processo de consultas de acompanhamento do nefrologista, consulta de admissão de novos doentes e

marcação de exames ou procedimentos cirúrgicos no exterior. A dietista realiza o acompanhamento nutricional. A assistente social estabelece a ligação entre a clínica e a comunidade no acompanhamento da cliente fora da instituição. O nefrologista é responsável por um determinado grupo de doentes, vigiando-os em consulta de forma coordenada, acompanhando a pessoa e em retrospectiva todo o processo de tratamento, analisando os dados laboratoriais, observando o acesso vascular, efectuando as alterações necessárias na estratégia terapêutica e solicitando exames complementares de diagnóstico ou revisão/construção do acesso vascular fora da clínica. A enfermeira chefe tem a responsabilidade da logística dos recursos humanos e materiais na clínica, assegurando todos os processos necessários para a realização de tratamentos na clínica. O director clínico participa neste processo como o responsável máximo a nível clínico, estabelecendo as orientações gerais para a prestação dos tratamentos de HD na instituição.

Numa instituição com vários recursos, o cliente é observado por vários especialistas que actuam de forma independente em relação à pessoa, não existindo uma estrutura de apoio que coordene estas intervenções. Na prestação de cuidados de saúde, a coordenação básica passa por reunir toda a informação relativa a antecedentes de doença, disponibilizá-la aos prestadores actuais e actualizará-la com resultados de exames complementares de diagnósticos, organizando-a e complementando o processo para os prestadores de saúde na comunidade. Isto significa o cruzamento de múltiplas informações fornecidas por profissionais especializados, com funções interdependentes, que actuam numa malha de interactividade em função do cliente. A coordenação, para além de um processo técnico é um processo relacional, com a coordenação relacional a representar a gestão de interdependências entre as funções desempenhadas, pelos diferentes profissionais (Gittel, 2009).

A autora refere que a coordenação relacional é a única forma de conceptualizar a dinâmica relacional da coordenação e define-a como: “... *a mutually reinforcing process of interaction between communication and relationships carried out for the purpose of task integration.*” (Gittel, 2009:14). A coordenação relacional ocorre através de uma comunicação frequente, oportuna, precisa e objectiva, suportada por relações estabelecidas pelos indivíduos no desempenho dos seus papéis, concretizadas em três dimensões de relações que necessitam de coordenação efectiva: partilha de conhecimentos, estabelecimento de objectivos partilhados e respeito mútuo por parte de todos os intervenientes.

O reconhecimento das fontes de comunicação é importante para a integração dos agentes de informação no processo. Os agentes que recebem a informação possuem a responsabilidade de actuar em função da mesma. O factor relacional representa o ponto-chave na coordenação relacional. A diferenciação e a identidade profissional representam fortes obstáculos a uma comunicação sólida, estabelecendo-se divisões até dentro das mesmas classes profissionais.

Esta coordenação permite a melhoria da dinâmica de uma equipa ou organização, melhorando as relações interpessoais entre os elementos que assumem diferentes funções ao longo do processo de trabalho, conduzindo a melhorias significativas na qualidade da comunicação, proporcionando índices mais elevados de qualidade e eficiência. As interdependências são geridas de forma mais harmoniosa, sem falhas, erros ou atrasos, promovendo uma melhoria dos cuidados prestados ao cliente. É uma importante ferramenta para o aumento da qualidade, eficiência e satisfação profissional dos agentes envolvidos, podendo ser aplicada nos sistemas de trabalho de alta *performance*, que podem ser focalizados na promoção do capital humano, através das capacidades e *expertise* dos colaboradores, ou na aposta no *commitment* dos colaboradores com a organização.

Nas organizações de saúde é fundamental estimular as relações interpessoais entre colaboradores de forma a permitir a coordenação do trabalho. A implementação de um sistema de trabalho de alta *performance*, passa pela introdução de práticas assentes no trabalho de equipa e liderança com o intuito de alterar o comportamento dos colaboradores, elevando os níveis de *performance* organizacional. Estes métodos de trabalho permitem reforçar o capital social e as relações humanas, promovendo uma coordenação do trabalho entre os colaboradores. A avaliação da *performance* da equipa assume um papel particularmente importante em áreas de elevada interdependência multidisciplinar, com é o caso da saúde. As organizações de saúde normalmente utilizam dois sistemas de avaliação da *performance*: o primeiro através da monitorização da qualidade dos cuidados e o segundo com a análise da eficiência na utilização dos recursos.

Uma avaliação da *performance* proactiva e abrangendo a interdisciplinaridade da equipa de cuidados, possibilita a criação de uma atitude de partilha de objectivos, resultados e conhecimento, num mútuo respeito entre os diferentes grupos profissionais envolvidos no processo, promovendo o desenvolvimento de elevados níveis de coordenação relacional, com melhoria na qualidade e eficiência dos serviços. A recompensa da equipa, relativamente à sua

performance, reforça a coordenação relacional quando todos os prestadores de cuidados aos doentes estão incluídos e envolvidos num processo de elevada interdependência profissional.

O modelo proposto por Gittel (2009) estabelece que a coordenação do serviço prestado ao cliente requer um trabalho de equipa estruturado, entre os vários grupos profissionais envolvidos. Nas profissões altamente especializadas da área da saúde, muitas vezes as capacidades técnicas sobrepõem-se à capacidade de trabalho em equipa. A intensidade das interações evidenciadas entre os diferentes grupos profissionais envolvidos nos processos de trabalho interdependentes pode produzir tensões e conflitos. A resolução de conflitos assume uma importância primordial, sendo frequentes entre os diferentes prestadores, devido à intensidade das relações estabelecidas, natureza dos resultados, diferenças de práticas e perspectiva, pressão em relação à temporalidade das intervenções e custos associados. Os conflitos não resolvidos podem causar consequências negativas na coordenação e *performance*. As competências para a mediação e resolução de conflitos diferem de indivíduo para indivíduo. A organização deve estabelecer uma estratégia que potencie o desenvolvimento da capacidade para resolução de conflitos, desenhando um processo de resolução de conflitos que promova a oportunidade dos profissionais envolvidos construir uma percepção partilhada do processo de trabalho, compreendendo desta forma as diferentes perspectivas dos grupos profissionais envolvidos.

O investimento em profissionais qualificados na área da supervisão de cuidados assume um papel determinante na eficiência organizacional. A supervisão com base em processos de *coaching* e *feedback* possibilita aos profissionais, compreenderem o impacto da sua prestação nos *outcomes* do cliente/instituição. A introdução de gestores de doentes nas organizações de saúde, com o objectivo de integrar os trabalhos de outros profissionais na resposta às necessidades de um doente ou de um determinado processo, promovendo um aumento da qualidade dos cuidados e da *performance* dos diferentes grupos profissionais, também é potenciadora do aumento da coordenação relacional. A sua actuação poderá ser extremamente eficiente, em áreas de actuação onde a coordenação é fundamental na definição dos intervenientes necessários ao processo.

O desenho de processos de trabalho orientados para uma tarefa específica, aumenta as capacidades das organizações de saúde de promover a coordenação entre os prestadores de cuidados, melhorando a qualidade e a eficiência. As regras de trabalho sob a forma de políticas ou protocolos estabelecem a regulação da maioria dos locais de trabalho, através da

definição de áreas de actuação para cada um dos grupos profissionais envolvidos. Estas restrições podem ser impostas do exterior, através de associações profissionais, ou a nível interno, através da definição pela administração das áreas de actuação dos diferentes grupos profissionais. A especialização das organizações de saúde ou da área de actuação dos grupos profissionais introduz uma lógica benéfica para a coordenação relacional, sendo necessária a flexibilização das áreas de actuação dos diferentes grupos profissionais.

O estabelecimento de protocolos para standardização de processos, permite aos intervenientes focalizarem a sua atenção para situações que ocorram fora do normal procedimento, aumentando a eficácia de coordenação de áreas de trabalho associadas a grande incerteza nos *outcomes*, promovendo o estabelecimento de relações entre os diferentes grupos profissionais envolvidos. Os protocolos de actuação permitem a especificação das tarefas a ser desenvolvidas e a sequência das mesmas, num determinado processo. Os protocolos clínicos estão assentes em pressupostos já evidenciados, sendo impossível uma mudança na forma de actuação, pois normalmente todas as alterações estão previstas no processo. São potenciadores da valorização individual dos profissionais, pois as melhores práticas verificadas podem ser institucionalizadas através da sua inclusão nos protocolos de actuação, criando um potencial de vantagem competitiva relativamente a outras organizações. Os algoritmos de intervenção são fundamentais em processos de elevada interdependência, clarificando as tarefas e os intervenientes no processo de tratamento do doente. Promovem a coordenação, reduzindo a necessidade de informação, estabelecendo expectativas e fluxos de informação quando existem excepções ao que está standardizado, potenciando a eficiência dos serviços prestados.

As reuniões multidisciplinares possibilitam a troca de informação pertinente relativa ao cliente em tempo real, estimulando a interacção entre as pessoas envolvidas no mesmo processo de cuidados, auxiliando na partilha de objectivos e conhecimentos, fomentando o respeito mútuo entre os diferentes profissionais envolvidos no processo, através da coordenação das suas áreas de actuação. Os sistemas de informação são importantes para o desenvolvimento das tarefas de cada grupo profissional, como também no alcance da coordenação entre as tarefas dos diferentes grupos envolvidos, através do fornecimento de uma estrutura uniforme de informação a todos os profissionais envolvidos. A criação de uma infra-estrutura de partilha de informação tem um efeito potenciador na partilha de conhecimentos em tempo real entre os diferentes grupos profissionais. A construção de

processos de trabalho de alta performance nas organizações de saúde representa, um grande benefício para a qualidade e eficiência dos serviços prestados, através do aumento da coordenação relacional entre os profissionais da organização, e entre a organização e os parceiros estratégicos da sua acção.

Relativamente à análise da coordenação relacional existente na clínica em estudo, estabelecemos as seguintes hipóteses de investigação:

Hipótese B. A coordenação relacional está positivamente relacionada com a percepção do desempenho da organização.

3 Fiabilidade organizacional

O relatório “*To Err Is Human – Building a Safer Health System*” publicado pelo *Institute of Medicine* em 1999 estabeleceu, que os erros na prática de actos de saúde a nível hospitalar representavam a oitava causa de morte nos E.U.A. Para além da dimensão da perda de vida, estes erros produzem avultados custos económicos relacionados com a morbilidade e mortalidade, representando custos elevados a nível da prestação de cuidados saúde, reabilitação e perda de produtividade laboral, bem como custos de oportunidade resultantes de todo o investimento que não é possível realizar com o consumo destes recursos económicos.

Esta publicação representou um marco histórico na promoção da segurança do doente, motivando numa mudança organizacional nas instituições de saúde, tendo em vista a alteração de atitudes e comportamentos por parte dos profissionais de saúde, e na prevenção de acontecimentos inesperados para o doente. A complexidade do problema, exige uma resposta multidisciplinar, baseada num compromisso de mudança expresso por quem governa, perspectivando uma diminuição de custos através da redução de acidentes, bem como por parte dos profissionais que directa ou indirectamente promovem barreiras intrínsecas à mudança da cultura organizacional.

Os doentes em ambulatório também estão sujeitos a falhas por parte dos prestadores de cuidados de saúde provocadas por erros de comunicação. Uma pesquisa feita em várias unidades de tratamento de HD levada a cabo pelas seguintes instituições: *Renal Physicians Association, Forum of End-Stage Renal Disease Networks and the National Patient Safety Foundation*, identificou vários problemas relacionados com a promoção da segurança destas instituições com consequências para os doentes a nível de quedas, erros de medicação,

problemas relacionados com acessos vasculares, hemorragias e falhas na prescrição e interpretação das estratégias de tratamento (Klingner, 2006). Roy (2001) em artigo publicado na revista *Nephrol Dial Transplant* referiu que os equipamentos para realização dos tratamentos de HD sofreram uma grande evolução nos últimos anos. O desenvolvimento tecnológico tornou-os mais *user friendly* e possuidores de dispositivos de segurança para a diminuição do risco de acidente para o doente. No entanto existem determinadas situações onde é impossível o instrumento alertar para a falha, existindo a necessidade do desenvolvimento de uma cultura de segurança, antecipação da falha, imediata identificação do erro e minimização das consequências.

O documento “*Becoming a High Reliability Organization: Operational Advice for Hospital Leaders*” elaborado para a *Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services*, surgiu com o objectivo de promover a segurança dos doentes e o aumento da qualidade dos cuidados prestados nas instituições de saúde. Estas instituições caracterizam-se não por cometerem muitos erros, mas pelo facto de as falhas, mesmo que pouco frequentes, causarem graves consequências para os clientes. O desenvolvimento de uma cultura de fiabilidade passa pela implementação de processos de *reporting*, análise do erro/falha, eliminação do conceito persecutório da identificação do erro, com a reconhecimento dos potenciais acidentes e as suas causas, estabelecimento de medidas de segurança, monitorização frequente dos resultados, realização de simulações para antecipação de insuficiências, treino para resposta imediata ao erro e minimização das consequências de acidente para o doente.

A falha num sistema representa um conjunto de pequenas falhas, criando uma cadeia de eventos que resulta num acidente. Estes pequenos eventos são de difícil percepção imediata aos actores envolvidos no processo, que apenas conseguem perceber as situações após uma retrospectiva dos eventos ocorridos, analisando e compreendendo a sua etiologia e significado, pois o erro/falha representa uma informação que o sistema nos transmite. Na área da saúde as consequências implicam na maioria das vezes uma terceira pessoa: o cliente. Este relatório estabelece que o erro humano representa 82% dos acidentes preveníveis, e a falha de equipamento representa a segunda causa de erro, muitas vezes potenciada pela falha humana.

É estabelecida uma distinção entre a responsabilização e culpabilização, definida através da importância da intencionalidade da acção. O erro depende a acção que não decorre conforme o preconizado ou de uma acção errada para o resultado esperado. Diferencia o erro de deslizes

ou lapsos, caracterizando o erro como o acto que decorre conforme planeado não produzindo os resultados esperados, pois foi mal idealizado para o objectivo. Os deslizes ou lapsos são acções que não decorrem conforme planeado representando erros de execução, diferenciando-se na visibilidade da ocorrência, com os lapsos a não serem visíveis (Reason, 1990). Na área da saúde um lapso, um deslize ou um erro pode implicar elevados índices de gravidade com importantes consequências para o doente, pelo que se define erro como “...*the failure of a planned action to be completed as intended or the use of a wrong plan to achieve an aim...*” (Kohn *et al*, 2001: 28).

As instituições de saúde são caracterizadas pela sua alta complexidade, evidenciada através do envolvimento de equipas multidisciplinares (Médicos, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Nutricionistas, Farmacêuticos e outros Técnicos de Saúde) com elevada interdependência. Isto motiva a necessidade de coordenação, existindo uma extrema diferenciação hierárquica e uma liderança que em altura de crise, é assumida pela pessoa com mais experiência na equipa, no sentido de promover uma coordenação adequada. A existência de múltiplos decisores numa complexa rede de comunicação, o elevado grau de responsabilidade relacionado com a actividade principal possuidora de um impacto social relevante, a necessidade de *feedback* imediato e frequente para que as equipas possam actuar de forma rápida, realizando todos os ajustes imediatos de forma a antecipar potenciais problemas e constrangimentos temporais, na medida em que o processo de diagnóstico e tratamento representa uma luta contra o tempo definem a lógica de actuação nestas instituições. Outros aspectos estão relacionados com a elevada tecnologia, obrigando os profissionais a possuírem elevados conhecimentos sobre os equipamentos que operam na sua prática diária, a alta alternância de pessoal qualificado, exigindo frequentes integrações de novos elementos, com a necessidade de estabelecimento da standardização dos processos de actuação, para uma rápida assimilação.

Na perspectiva dos profissionais de saúde, a implementação de uma cultura baseada na promoção da segurança é sinónimo da procura do erro. O conceito de segurança significa estar protegido de um evento acidental e o sujeito principal é o cliente. A percepção do erro não deve ser interpretado de forma a promover uma culpabilização individual dos erros ocorridos, mas uma análise do sistema para a prevenção de erros futuros. Esta abordagem não tem como objectivo a desresponsabilização individual, mas a promoção de uma cultura de segurança onde os profissionais promovam a fiabilidade, admitindo os erros e alterando comportamentos para a construção de um sistema altamente fiável. A etiologia do erro é

multifactorial e a procura da individualização da responsabilidade não conduz à resolução da falha que desencadeou o evento. O erro representa uma falha no sistema, sendo estes bastante complexos nas unidades de saúde com a existência de várias especificidades. A competência dos profissionais de saúde é determinada pela capacidade de antever, reagir atempadamente e resolver as situações inesperadas, tornando as organizações de saúde altamente fiáveis. Deve ser implementada uma estratégia de comunicação, onde o profissional se sinta responsável pela transmissão de informação relevante, e uma cultura de aprendizagem onde a falha ou erro, devem ser entendidos como uma oportunidade de reflexão, discussão e análise para melhoria dos processos de trabalho, na perspectiva de resolução da situação que motivou a falha no sistema.

Weick e Sutcliffe (2007) identificaram cinco características que devem conduzir o raciocínio dos elementos pertencentes às organizações altamente fiáveis, de forma a concretizar os objectivos de promoção da segurança e prestação de um serviço de elevada qualidade. A sensibilidade com as operações, faz com que estas organizações estejam sempre em alerta relativamente aos processos de trabalho, identificando anomalias ou potenciais problemas que possam provocar eventuais falhas. A relutância em relação à simplificação das interpretações ou o ignorar de explicações redutoras relativamente a problemas específicos, revela uma consciência da complexidade do seu trabalho e a recusa de soluções simplistas para os desafios destas instituições. A preocupação com a falha promove nestas instituições uma atitude preventiva, com o objectivo principal de evitar a ocorrência de falhas em vez da minimização das consequências, com a averiguação de todos os erros e o desenvolvimento de uma cultura de aprendizagem. Os *near misses* surgem como uma oportunidade para reflexão sobre os processos, identificando pontos fortes e fracos, levando os profissionais à mudança de atitudes que promovam a segurança. A hierarquia deve estabelecer a capacidade de decisão aos profissionais que interagem directamente com o cliente, pois são eles que na prática diária possuem as competências necessárias para a resolução imediata dos problemas, definindo dessa forma a deferência com a *expertise*. A resiliência caracteriza as organizações que desenvolvem estratégias para antecipar os erros, mesmo que possuam sistemas para monitorização de falhas e antecipação de erros, estabelecendo planos de actuação e realizando simulações para treino das respostas mais adequadas no caso de falha e/ou erro.

A auditoria à fiabilidade organizacional representa um momento de reflexão e aprendizagem, onde os colaboradores estão sensíveis à mudança de comportamentos. Esta mudança deve ser

sustentada na implementação de uma cultura corporativa, em que o líder deve ter presente que apenas pode mudar o seu comportamento, mas indirectamente a sua atitude pode representar um modelo de mudança e uma inspiração para os outros elementos. Este processo deve ser iniciado com a mudança de expectativas dos colaboradores, pretendendo-se não só uma mudança na forma de pensar, como de sentir e actuar. A organização deve proporcionar condições de segurança para os colaboradores poderem assumir o erro, evidenciar pressupostos errados ou permanecerem concentrados na análise de potenciais falhas ou anomalias operacionais. Através destas mudanças de comportamentos uma nova cultura começa a emergir fidelizando o conjunto de elementos que enquadram nas suas novas expectativas a melhoria contínua, focalizando a sua mente de forma positiva para poderem contribuir com o seu desempenho para a prossecução destes objectivos (Weick e Sutcliffe, 2007).

A cultura organizacional possui como ponto de partida um conjunto de normas, percepções e valores partilhados pelos elementos de uma organização. Quando estes pontos de partida são comuns a todos os elementos, criam-se expectativas partilhadas, formas de pensar e visões semelhantes que constituem a cultura organizacional. A cultura assume um papel primordial na transmissão de valores e crenças existentes na organização aos colaboradores, promovendo autonomia e a capacidade de decisão, descentralizando de uma forma segura as decisões relativas aos processos de trabalho. Esta capacidade de decisão assegura aos colaboradores, as condições necessárias para actuar perante o inesperado, promovendo a disciplina assente nos valores estabelecidos na organização. As condições para a criação de uma cultura corporativa, são estabelecidas pela capacidade das lideranças em transmitirem as crenças, valores e acções, assentes numa comunicação credível, coerente e que produza efeito em todos os colaboradores. Os valores transmitidos devem ser consistentes e aceites por todos os colaboradores, atribuindo-lhes um forte significado, com a recompensa a assumir um papel preponderante. Os profissionais que atinjam os objectivos definidos para o desempenho devem ser recompensados do ponto de vista monetário e no reconhecimento perante os outros. Desta forma é possível implementar uma cultura corporativa onde as crenças, atitudes e comportamentos dos colaboradores poderão ser identificados como normativos (Weick e Sutcliffe, 2007).

A mudança cultural é um processo lento, difícil e dependente de diversos factores incontroláveis, sofrendo mutações e recuos num percurso recheado de obstáculos. Os autores

estabelecem que a mudança cultural implica modificar práticas, valores e percepções, no sentido de promover uma cultura informada baseada em quatro subculturas, de *reporting*, justiça, flexibilidade e aprendizagem. A cultura de *reporting* promove a declaração de erros e *near misses* com garantia de segurança do colaborador. A cultura de justiça assegura um tratamento justo a todos os profissionais que cometam e declarem erros. A cultura de flexibilidade promove a constante adaptação dos profissionais ao ambiente envolvente e reacção às situações adversas. Por fim a cultura de aprendizagem permite aos colaboradores desenvolverem a capacidade de identificar as potencialidades de aprendizagem numa situação adversa, adquirindo novos conhecimentos perante a reacção a estas situações.

Relativamente à análise da cultura de fiabilidade existente na clínica em estudo, estabelecemos as seguintes hipóteses de investigação:

Hipótese C. A cultura de fiabilidade organizacional está positivamente relacionada com a percepção do desempenho da organização.

4 Aprendizagem organizacional

A retrospectiva realizada por Yang, Watkins e Marsick (2004) relativamente à definição de organizações com capacidade de aprender, adaptar e mudar, denominadas como *learning organizations*, faz referência a diferentes perspectivas como a de Senge (1990) que definiu as *learning organizations* como organizações com capacidade de adaptar e criar alternativas para o futuro, com a capacidade de perceber inter-relacionamentos em vez de compreender todas as situações como causa efeito. A perspectiva de aprendizagem defendida por Pedler, Burgoyne e Boydell (1991) estabelecia uma organização que promovia a aprendizagem a todos os colaboradores, transformando-se continuamente, no sentido de cumprir os objectivos estratégicos. A perspectiva estratégica defendida por Garvin (1993) definia que para uma *learning organization* era fundamental a compreensão das linhas orientadoras estratégicas a nível interno, para a construção de uma capacidade de aprendizagem, com a organização a possuir a capacidade de criar, assimilar e partilhar conhecimento, modificando a sua acção de forma a adaptar-se aos novos conhecimentos. Na perspectiva de Goh (1998) as *learning organization* possuem cinco pilares estratégicos. A clareza e suporte para concretização da missão e visão, a liderança partilhada com envolvimento dos colaboradores, uma cultura que

motive a experimentação, a capacidade para transmissão de conhecimentos entre os diferentes grupos e o espírito de trabalho em equipa.

Watkins e Marsick (1993,1996) estabeleceram um modelo integrativo, definindo o conceito das *learning organizations* como: “...one that learns continuously and transforms itself...Learning is a continuous, strategically uses process – integrated with and running parallel to work.” (Watkins e Marsick., 1996: 4) No modelo proposto por estes autores, são identificados dois constituintes principais que interagem na mudança e desenvolvimento: pessoas e estrutura, e sete dimensões distintas e inter-relacionadas a nível individual, equipa e organização. O *continuous learning* representa o esforço da organização em proporcionar momentos de formação a todos os colaboradores. O *inquiry and dialogue* promove uma cultura de constante de interrogação, *feedback* e experimentação. O *team learning* motiva o espírito de colaboração, capacidade de interacção e utilização de toda a sua potencialidade individual em favor do trabalho de equipa. O *empowerment* no desenvolvimento e partilhando uma visão do grupo, com a recolha do *feedback* dos colaboradores e identificação do *gaps* entre a visão corrente e a nova visão estabelecida. A capacidade dos sistemas em assimilar e partilhar novos conhecimentos. A ligação ao exterior, através da estrutura de interacção entre o sistema organizacional interno e o ambiente externo. A liderança estratégica com capacidade de integrar a aprendizagem num processo de mudança e orientação da organização para a inovação, integrando as pessoas e a estrutura num processo de aprendizagem contínua e num ambiente de permanente mudança.

As organizações sempre perspectivaram que o desenvolvimento da aprendizagem e do conhecimento, seria um processo contínuo, assumido individualmente por cada um dos colaboradores, que posteriormente desenvolveriam oportunidades de partilha de conhecimentos, promovendo a aprendizagem em pequenos grupos ou através de toda a organização. Marsick e Watkins (2003) referem que a aprendizagem individual contínua não é suficiente, pois esta deve ser estruturada e integrada nas práticas profissionais para que possa ser partilhada e regularmente utilizada, para o alcance de mudanças no conhecimento e performance organizacional. Esta mudança de perspectiva é fundamental, devido ao frequente *turnover* laboral e à partilha de conhecimentos poder ser compreendida como uma desvantagem pessoal. No processo de aprendizagem individual o fenómeno de aprendizagem é despoletado por um processo inesperado, implicando uma resposta através do estabelecimento de uma estratégia baseada no conhecimento e ligação à situação disruptiva.

Esta estratégia pode ter um efeito eficaz, ou então permitir o despoletar de um novo ciclo para tentativa de resolução da situação. Entre a situação despoletadora de uma resposta e o estabelecimento da estratégia de resolução, existe uma filtragem individual baseada nas experiências individuais e no contexto social em que está inserido, desencadeando uma resposta que pode ser influenciada pela competência do colaborador, recursos existentes e empenhamento no processo. Nesta abordagem individual, a percepção dos resultados obtidos motiva o questionamento da forma como eles foram obtidos.

Os autores estabeleceram a sua abordagem relativamente à aprendizagem organizacional, ao perceberem que a aprendizagem com capacidade de transformar atitudes era a menos estruturada nas organizações. Verificaram que cada vez mais, os fenómenos de aprendizagem importantes ocorrem de forma informal no local de trabalho, entre grupos ou através de conversas. A aprendizagem organizacional resulta de um processo interactivo e interdependente onde, as alterações no meio onde está inserida a organização, um fenómeno inesperado como um novo processo de regulação, uma nova empresa concorrente, um avanço tecnológico, a insatisfação dos clientes, novas necessidades de serviços, ou uma nova visão, são motivadoras de uma resposta de aprendizagem. A capacidade de resposta organizacional depende da capacidade da organização, em monitorizar continuamente o ambiente interno e externo e da cultura organizacional. A cultura actua como um filtro, direccionando a resposta da organização. Os colaboradores chave da organização estabelecem uma estratégia de resposta, dependendo da capacidade de actuação coesa dos elementos da organização, através do alinhamento da visão sobre o que fazer, do conhecimento partilhado das intenções de quem coordena e da capacidade de actuar em equipa num processo com múltiplas adversidades.

A aprendizagem resulta numa nova capacidade de compreensão relativamente ao que não funciona, ou em relação a uma nova tecnologia, num processo com vários níveis de actuação, do individual para o grupo, e do organizacional para o meio envolvente. O fenómeno de aprendizagem individual potencia a capacidade do indivíduo, podendo ser motivador para a organização. A organização se estiver receptiva, promoverá todos os recursos para apoiar e recompensar a aprendizagem. Os dois fenómenos de aprendizagem funcionam de uma forma interdependente (Marsick e Watkins, 2003).

É importante que a organização motive os seus profissionais à reflexão sobre as suas práticas, promovendo um ambiente psicológico seguro, para que possam admitir as suas falhas, receios

e insuficiências sem correrem o risco de serem penalizados. Mais importante do que promover a eficiência, é fundamental perceber o que funciona bem e o que não funciona. A cada desafio os profissionais devem abdicar eficácia individual, para promoverem a sua própria aprendizagem, de forma a estarem habilitados a dar a melhor resposta a nível do seu desempenho. Edmondson (2008) estabelece quatro passos fundamentais para a promoção de um ambiente organizacional seguro, do ponto de vista psicológico. Desenvolver *guidelines* para actuação, analisando o trabalho que é desempenhado, e definindo a forma mais eficiente de o fazer, com o objectivo de standardizar os seus processos. Deter as melhores ferramentas para que as pessoas possam colaborar em tempo real na identificação e análise de situações críticas. Recolher dados relativamente à prática dos profissionais identificando os desvios relativamente às standardizações definidas, analisando a eficácia dos mesmos numa perspectiva de melhoria dos processos implementados. Implementar uma postura reflectiva em relação ao desempenho por parte de todos os profissionais, no intuito de compreenderem o que correu bem e mal, definindo estratégias para correcção das falhas existentes.

As *learning organizations* possuem a capacidade de adaptação e resposta rápida, criando novas formas de actuação enquanto continuam a ultrapassar barreiras, para a contínua promoção da aprendizagem, potenciando a sua capacidade de aprendizagem, realizando alterações a nível da estratégia, estrutura e identidade. Na análise das dimensões da aprendizagem organizacional nas instituições, foi identificada uma correlação positiva entre as dimensões da aprendizagem organizacional e do conhecimento e a performance financeira das organizações (Marsick e Watkins, 2003).

Relativamente à análise da aprendizagem organizacional existente na clínica em estudo, estabelecemos as seguintes hipóteses de investigação:

Hipótese D. A cultura de aprendizagem organizacional está positivamente relacionada com a percepção do desempenho da organização.

5 Percepção do desempenho dos profissionais de enfermagem

O tratamento de HD assume uma perspectiva de tratamento de longo prazo em doentes pertencendo a uma faixa etária cada vez mais elevada, possuidores de várias doenças concomitantes, em alguns casos com graus de severidade mais elevados, evoluindo para o estado crítico com maior frequência. Os doentes com de cateter como acesso vascular para

HD possuem um risco mais elevado de infecção por *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*), por terem uma porta de entrada, para o agente que se encontra presente na mucosa nasal.

Os internamentos relacionados com infecções com ponto de partida o acesso vascular para HD são cada vez mais frequentes e com graves consequências para os doentes a nível da morbidade e mortalidade, representando principal causa de morte nos doentes com IRCT. Do ponto de vista organizacional, as consequências destes internamentos reflectem-se na ausência dos doentes na clínica e consequente não facturação. O aumento da morbidade e mortalidade nestes doentes também representa uma avultada perda económica, bem como a necessidade de realização de exames analíticos e bacteriológicos e administração de antibioterapia assegurada pela instituição. Não existem estudos disponíveis sobre as consequências económicas deste problema para as clínicas de índole privada. A dimensão económica dos custos associados ao internamento de doentes com IRCT com infecção/bacteriémia por *S. aureus* foram analisados por Nissenon *et al* (2005) e Engemann *et al* (2005) nos E.U.A. No primeiro estudo os autores apresentaram como custos relacionados com o internamento de doentes com IRCT com infecção/bacteriémia por *S. aureus* representando em média 15.965 USD, aumentando para 20.067 USD em doentes readmitidos em 12 semanas. No segundo estudo os custos são diferenciados entre o episódio de infecção por *S. aureus*, com valores médios em doentes com cateter permanente de 22.430USD e os episódios de bacteriémia com valores médios de 32.462USD.

A ausência de um controlo sistematizado dos acessos vasculares na instituição em estudo, justificou uma investigação realizada durante os anos de 2008 e 2009, com a análise dos resultados a contribuir para a identificação da orientação estratégica da organização, relativamente aos AHD. Num estudo de *coorte* retrospectivo ainda não publicado, procurou-se quantificar o impacto económico do internamento dos doentes possuidores de cateter como AVH durante o período de 1 de Janeiro de 2008 e 30 de Agosto de 2009, nos *outcomes* da clínica. Numa análise à mortalidade identificou-se um aumento da mortalidade relativamente à População que é de 15,2% e quando são retirados o grupo de indivíduos pertencentes à amostra a mortalidade é de 11,7%, pelo que se conclui que o facto de possuir um cateter como AHD aumenta o risco de mortalidade. Foram submetidos a internamentos 59,5% dos doentes, com uma demora média de 16 dias e o diagnóstico principal “Complicação mecânica de cateter vascular de HD” (47,8%). A dimensão económica revela uma não facturação de 124.543,48€, associado ao consumo de 1765,61€ em antibioterapia e a realização de análises

bacteriológicas no valor de 2618,70€. Esta situação tem importantes consequências económicas para a instituição, produzindo graves efeitos para os doentes e acarretando elevados custos para a sociedade, através de elevadas despesas hospitalares asseguradas em grande parte pelo Serviço Nacional de Saúde, motivando uma abordagem organizacional para a implementação de novas formas de actuação, com o objectivo de minimizar as consequências do impacto deste problema. Desta forma compreende-se que perante um problema com consequências sistémicas, torna-se fundamental estabelecer uma abordagem que englobe a perspectiva clínica, económica e social, potenciando as capacidades de gestão e organização dos elementos pertencentes à estrutura intermédia, que asseguram a organização.

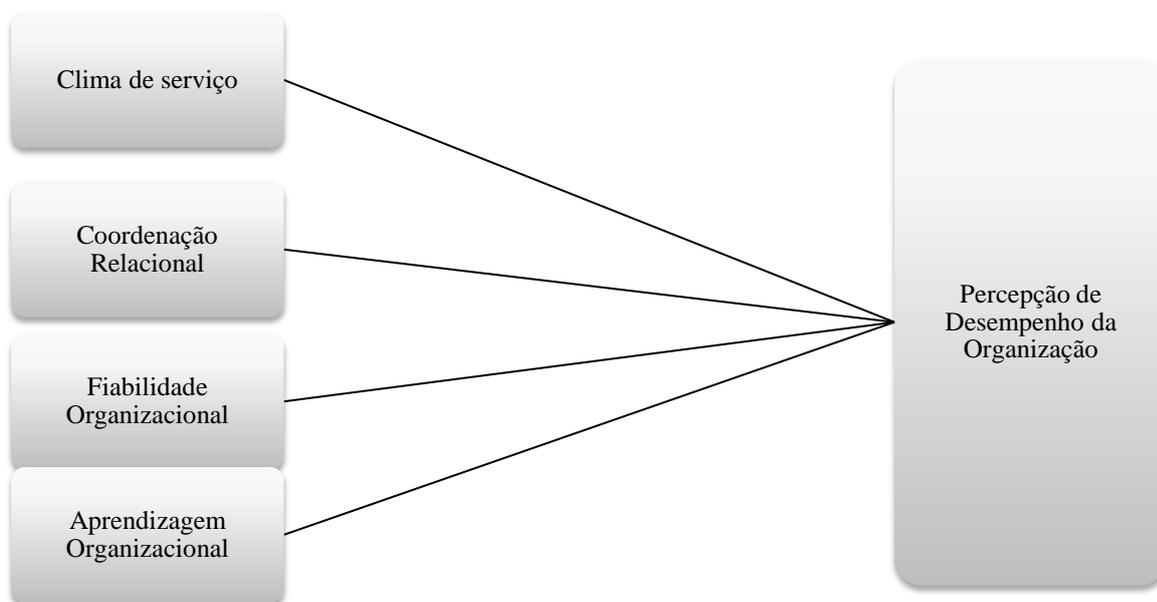
A equipa de enfermagem assume o principal protagonismo na prestação de cuidados às pessoas com AVH com estas características. A prestação de cuidados aos doentes com cateter exige uma técnica específica, praticada em sala de diálise cumprindo todos os princípios de assépsia e respeitando todas as normas de controlo de infecção emanadas dos organismos internacionais. A maioria dos riscos associados ao facto de o cliente possuir um cateter como AVH, estão relacionados com o manuseamento dos enfermeiros durante o tratamento de HD, justificando-a análise deste factor com potencialmente influenciador da percepção do desempenho da organização, devido ao impacto das complicações relacionadas com este AVH. Relativamente à análise do desempenho dos profissionais de enfermagem, estabelecemos a seguinte hipótese de investigação:

Hipótese E. A percepção do desempenho dos profissionais de enfermagem está cateter está positivamente relacionada com a percepção do desempenho da organização.

6 Desenho metodológico

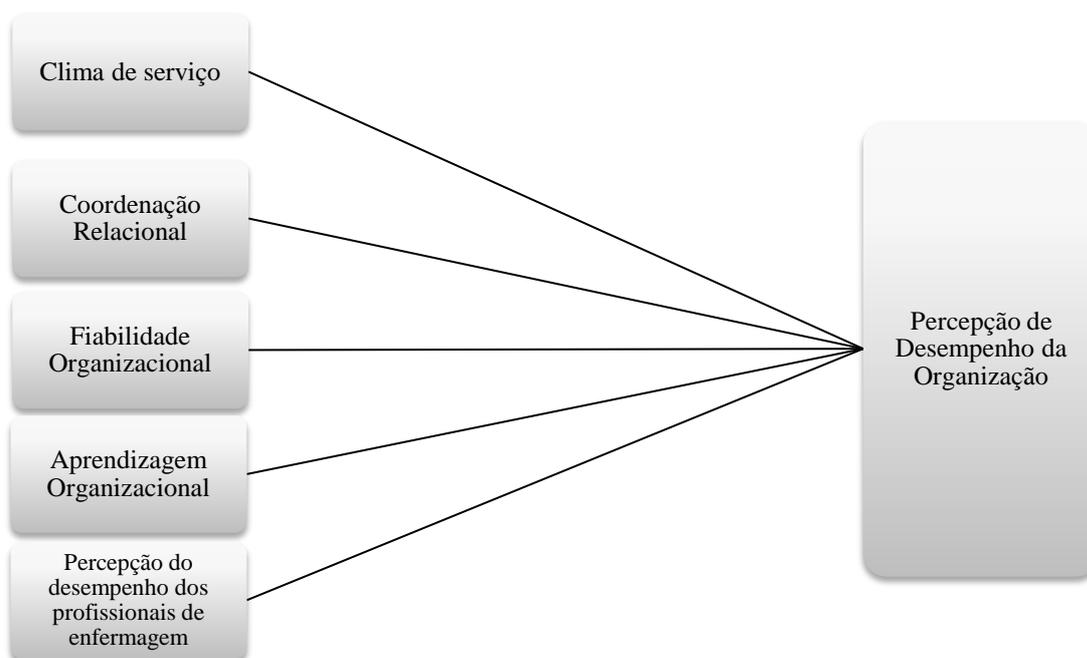
O desenho metodológico estabelecido para este estudo, procurou identificar a existência de relações positivas entre o clima de serviço, coordenação relacional, fiabilidade organizacional e aprendizagem organizacional, e a percepção do desempenho da organização. (Figura n.º 1)

Figura n.º 1 – Modelo de pesquisa



Para uma análise adicional foi estabelecida uma abordagem exclusiva ao grupo dos enfermeiros pretendendo identificar as relações positivas entre a cultura de fiabilidade organizacional, a cultura de aprendizagem organizacional, o clima de serviço, coordenação relacional e a percepção do desempenho dos profissionais de enfermagem na percepção do desempenho da organização (Figura n.º 2).

Figura n.º 2 – Modelo de análise adicional



Capítulo 2. Método

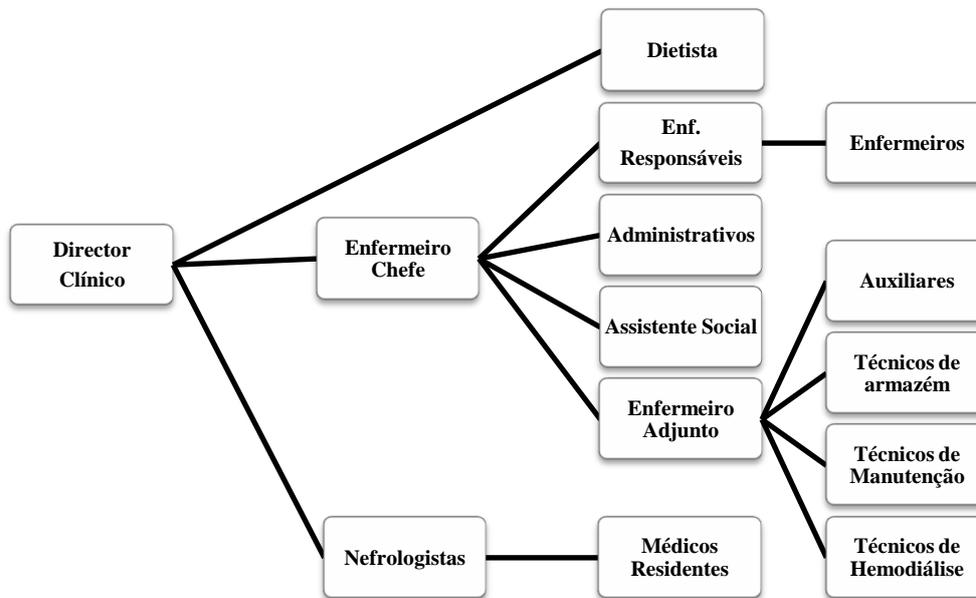
1 A organização

A instituição que foi estabelecida para o desenvolvimento do estudo é de índole privada, representativa de um grande grupo económico internacional do sector da saúde, com um volume de negócios anual superior a 92 milhões de euros. Este grupo em Portugal através de uma rede de 34 clínicas, presta tratamento a cerca de 4.100 insuficientes renais crónicos, tendo realizado, no último ano, mais de 650.000 tratamentos de HD. Situada na freguesia do Lumiar em Lisboa, recebe doentes referenciados pelos hospitais de Santa Maria e Curry Cabral. Possui uma estrutura capaz de realizar cerca de 200 tratamentos por dia, distribuídos por três sessões, com cerca de 65 doentes cada. A clínica presta tratamento a cerca de 300 doentes fixos e recebe doentes de outras zonas do país e do estrangeiro.

O Estado Português assume um papel de contratador, legislador e regulamentador. O Despacho n.º 4325/2008 publicado em Diário da República, 2ª série – n.º 35 a 19 de Fevereiro de 2008, estabeleceu uma convenção para a prestação de cuidados de saúde na área da HD, definindo a modalidade de preço compreensivo: Convencional — 547,94€ por doente/semana (78,28€ por doente/dia). Perante o número de doentes e o volume de negócio na ordem dos 10.000.000€/ano, a organização em questão é considerada uma clínica de grande dimensão, na área de prestação de tratamentos de HD.

A maioria dos elementos pertencentes à estrutura organizacional trabalha a tempo inteiro, excepto os elementos pertencentes à equipa médica e de enfermagem, que trabalham em regime de prestação de serviços. Em conformidade com o Decreto – Lei n.º 505/99 de 20 de Novembro, a clínica dispõe, para além de 4 salas convencionadas para a realização de tratamentos de HD, áreas comuns para circulação e de espera destinada aos doentes, áreas de apoio administrativo, salas de consultas clínicas e de reuniões e estruturas de apoio aos recursos humanos e logísticos (armazém de material clínico, estação de tratamento de águas, lavandaria), executando os tratamento segundo as determinações do Manual de Boas Práticas de HD. A sua estrutura organizacional é definida conforme diagrama organizacional apresentado na figura n.º 3.

Figura n.º 3 - Diagrama Organizacional



O caminho e a orientação da instituição vão no sentido de constituírem uma referência na prestação de cuidados de HD, demonstrando sempre uma especial preocupação para com a comunidade, assumindo no exercício da sua actividade, uma atitude responsável na preservação do meio ambiente e almejando a excelência no serviço, estabelecendo um compromisso de responsabilidade apresentado no quadro n.º 1.

Quadro n.º 1 – Compromisso de Responsabilidade da Empresa

Doentes	Garantir o aumento da esperança média de vida do doente, potenciando a sua qualidade de vida.
Funcionários	Apostar em profissionais qualificados e promover o seu desenvolvimento profissional.
Accionistas	Assegurar o desenvolvimento da empresa, potenciando resultados económicos para os investidores.
Comunidade	Desempenhar o papel de responsabilidade social, cumprindo a legislação em relação à segurança e manutenção do meio ambiente.

Fonte: <http://www.fresenius-medical-care.pt/>

Com o objectivo primordial de melhorar a qualidade de vida do doente insuficiente renal a clínica estabelece como visão:

- Potenciar a qualidade de vida do doente insuficiente renal;

- Promover uma vida adequada às necessidades dos doentes;
- Reduzir os custos sociais e privados dos tratamentos de HD.

O estabelecimento de padrões de excelência nos cuidados de saúde, com a adopção de novas técnicas, equipamentos e materiais, apostando na formação e investigação, representa a missão da clínica, que possui valores de qualidade, inovação e desenvolvimento associados à honestidade, integridade, respeito e dignidade.

2 População e Amostra

A População definida para o estudo foram os profissionais da clínica de HD que interagem no processo de tratamento do doente com IRCT. Estes profissionais são Nefrologistas, Médicos Residentes, Enfermeiros, Administrativos, Assistente Social, Dietista e Técnicos de Hemodiálise. A percentagem de colaboradores que acederam a participar no estudo foi de 91,4% do total de profissionais de saúde da clínica. Na tabela n.º 1 encontra-se discriminada a adesão à participação no estudo por parte dos colaboradores relativamente aos seus grupos profissionais.

Tabela n.º 1 – Caracterização da População em estudo

Grupo Profissional	Colaboradores	Participantes	%
Médicos	20	1	85
Enfermeiros	50	47	94
Técnicos de Hemodiálise	5	4	80
Administrativos	4	4	100
Outros Técnicos de Saúde	2	2	100
Total	81	74	91,4%

A caracterização da amostra teve em conta o género, o tempo de relação profissional com a instituição e o grupo profissional dos inquiridos. A amostra é constituída por 74 profissionais a desempenhar funções na instituição, dos quais 52 elementos (70,3%) pertencem ao sexo feminino e 22 elementos (29,7%) ao sexo masculino. A duração da relação profissional com a instituição é na maioria dos inquiridos (51,4%) superior a 10 anos. Relativamente aos restantes inquiridos, 29,7% possui uma relação profissional com a instituição com duração

superior a 5 anos e inferior a 10 anos e 18,9% inferior a 5 anos. Na caracterização relativa ao grupo profissional dos inquiridos, os enfermeiros são o grupo maioritário com 63,5% dos profissionais da instituição. O grupo dos médicos no qual estão incluídos os médicos residentes e os nefrologistas representam 23%, os administrativos e outros profissionais de saúde (Dietista e Assistente Social) 8,1% e os técnicos de hemodiálise 5,4% (Tabela n.º 2).

Tabela n.º 2 – Caracterização da Amostra

Caracterização da Amostra			
Variável	Categoria	N	%
Género	Feminino	52	70,3
	Masculino	22	29,7
Anos completos de relação profissional com a instituição	Menos de 5 anos	14	18,9
	Entre 5 e 10 anos	22	29,7
	Mais de 10 anos	38	51,4
Grupo Profissional	Médico	17	23,0
	Enfermeiro	47	63,5
	Administrativo/Técnico de Saúde	6	8,1
	Técnico de Hemodiálise	4	5,4

3 Considerações éticas

No desenho metodológico apresentado para este estudo procurámos assegurar a salvaguarda ética e moral dos participantes e da instituição. A participação dos colaboradores foi voluntária, mediante o seu consentimento livre e esclarecido, tendo sido assegurados todos os princípios éticos de um trabalho de investigação e os direitos fundamentais das pessoas participantes, com a garantia relativamente ao instrumento de colheita de dados do seu anonimato e posterior destruição após conclusão do trabalho. Relativamente à instituição foi solicitada a respectiva autorização para realização do estudo por carta dirigida ao Director Clínico,¹ garantido o cumprimento de todos os compromissos éticos e deontológicos estabelecidos para um trabalho de investigação, assegurando a total confidencialidade e nosso compromisso da divulgação deste trabalho e/ou o nome da instituição apenas com a sua autorização, assegurando que este trabalho apenas possuiu um cariz científico, e respeitou apenas o âmbito de uma tese para ser submetida como requisito parcial para a obtenção do grau Mestre em Gestão de Serviços de Saúde. O estudo foi autorizado pelo Conselho de

¹ Anexo n.º 1

Administração da empresa e comunicada a decisão pela Directora do Departamento de Comunicação da empresa². Posteriormente e durante a realização do trabalho de investigação foi solicitado ao conselho de administração da empresa o alargamento do âmbito do estudo a outras clínicas pertencentes ao mesmo grupo³. O pedido foi recusado justificado pela existência de projectos internos abrangendo o mesmo âmbito⁴.

4 Medidas

O instrumento de colheitas de dados utilizado foi um questionário,⁵ composto por um total de 15 questões organizadas em seis grupos, com o objectivo de analisar a percepção que os profissionais têm relativamente ao seu desempenho, avaliar os índices de coordenação relacional e fiabilidade existentes, bem como investigar o grau de clima de serviço e de aprendizagem organizacional. Com o desenvolver do trabalho de investigação e na construção do questionário foram identificadas variáveis. Estas foram definidas como variáveis de controlo, variáveis dependentes e variáveis independentes, especificadas na Tabela nº 3.

Tabela n.º 3 – Variáveis do Estudo (Controlo, Independentes e Dependente)

Variáveis	
Controlo	<ul style="list-style-type: none">• Biológicas: Sexo;• Sócio – Demográficas: Grupo profissional;• Exercício Organizacional: Anos de relação profissional com a instituição.
Independentes	<ul style="list-style-type: none">• Clima de serviço;• Coordenação relacional;• Fiabilidade Organizacional;• Aprendizagem organizacional;• Percepção do desempenho dos profissionais de enfermagem
Dependente	<ul style="list-style-type: none">• Percepção do desempenho da organização.

4.1 Percepção do desempenho da organização.

Para a avaliação do desempenho percebido foi utilizado o questionário desenvolvido por Delaney e Huselid (1996), para determinar a opinião dos colaboradores relativamente ao

² Anexo n.º 2

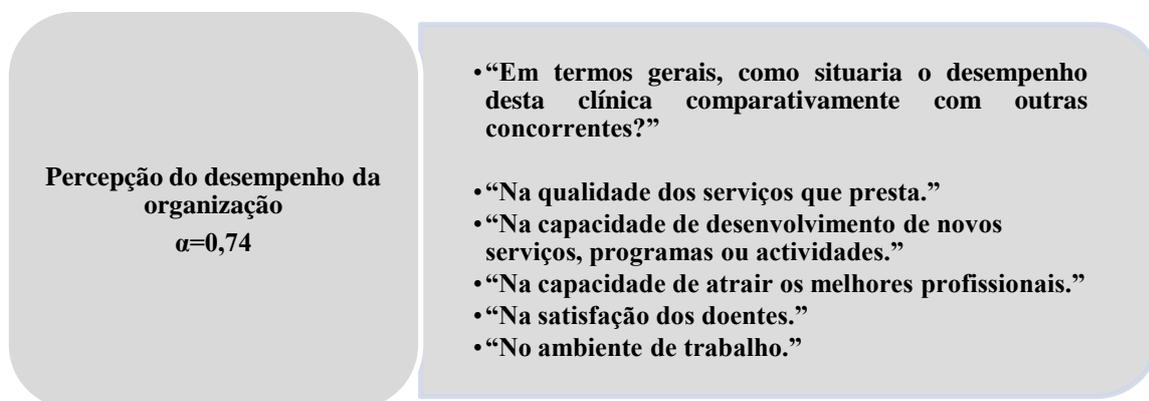
³ Anexo n.º 3

⁴ Anexo n.º 4

⁵ Anexo n.º 5

desempenho da clínica em comparação com as outras clínicas concorrentes. Os itens foram classificados numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, consoante a sua avaliação, em que o número 1 corresponde a “Muito pior” e o número 5 a “Muito melhor”, com um $\alpha=0,74$.

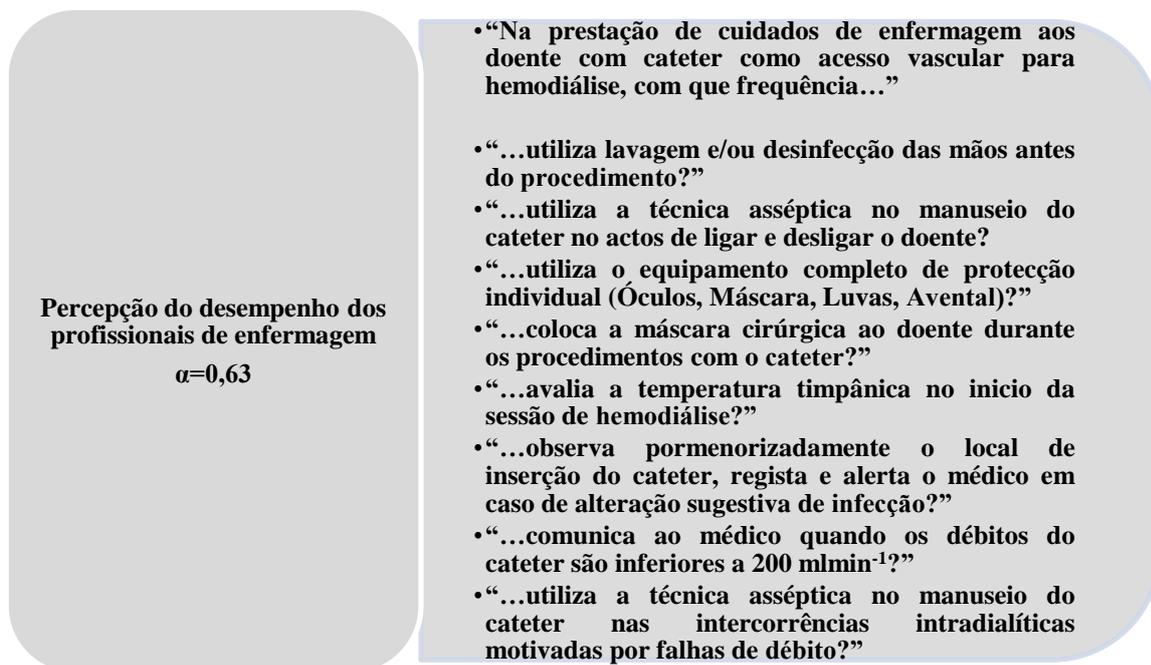
Figura n.º 4 – Descrição da percepção global do desempenho da organização



4.2 Percepção do desempenho dos profissionais de enfermagem.

Para a avaliação da percepção do desempenho do grupo de enfermagem relativamente à prestação de cuidados ao doente com cateter como AVH, foram construídas oito questões que pretendiam avaliar a actuação neste tipo de acesso vascular. Estas questões foram baseadas nos critérios de qualidade e protocolos existentes na instituição para a execução destes procedimentos. A avaliação dos profissionais é feita através de uma escala tipo *Likert* de 5 pontos, classificando em percentagem a frequência de vezes que realiza determinado procedimento, o número 1 corresponde a “ < a 50%” e o número 5 a “ > a 95%”, com um $\alpha=0,63$. Foi apenas solicitada a resposta do grupo profissional dos Enfermeiros, com a obtenção de 47 respostas a cada uma das seguintes questões (100% dos inquiridos).

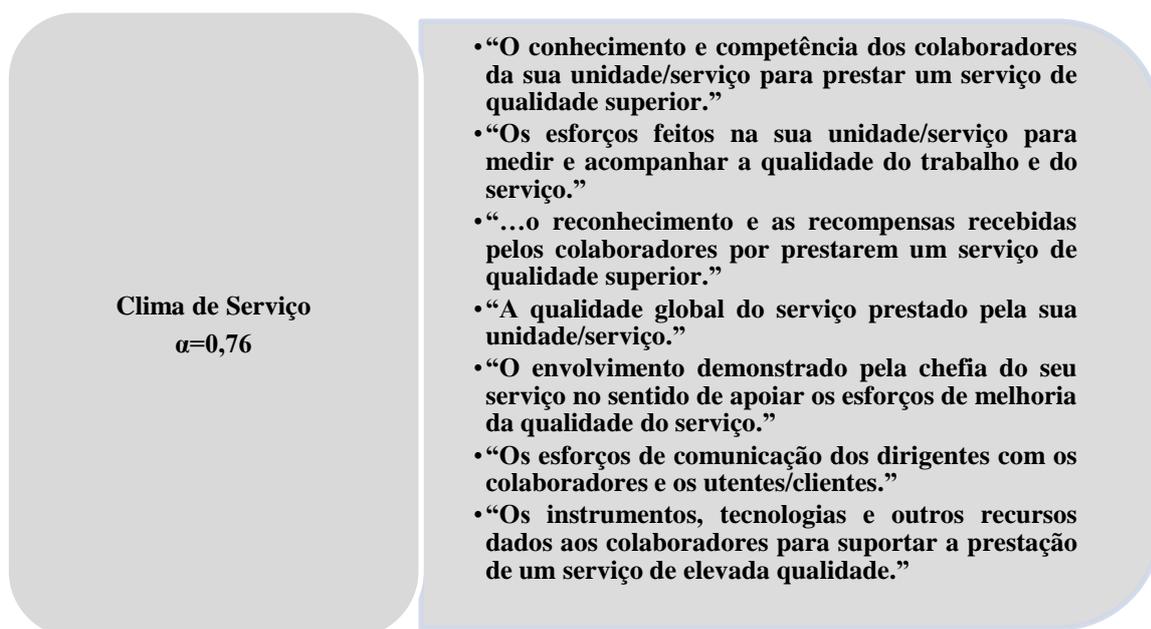
Figura n.º 5 – Descrição da percepção do desempenho dos profissionais de enfermagem



4.3 Clima de serviço existente na organização.

Para a avaliação do clima de serviço existente na instituição foi utilizado o instrumento desenvolvido por Schneider, White e Paul (1998), com um conjunto de sete afirmações em que os colaboradores classificam a sua satisfação. Os itens foram classificados numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, consoante a sua avaliação, o número 1 correspondendo a “Precisa de ser muito melhorado” e o número 5 a “Excelente”, com um $\alpha=0,76$.

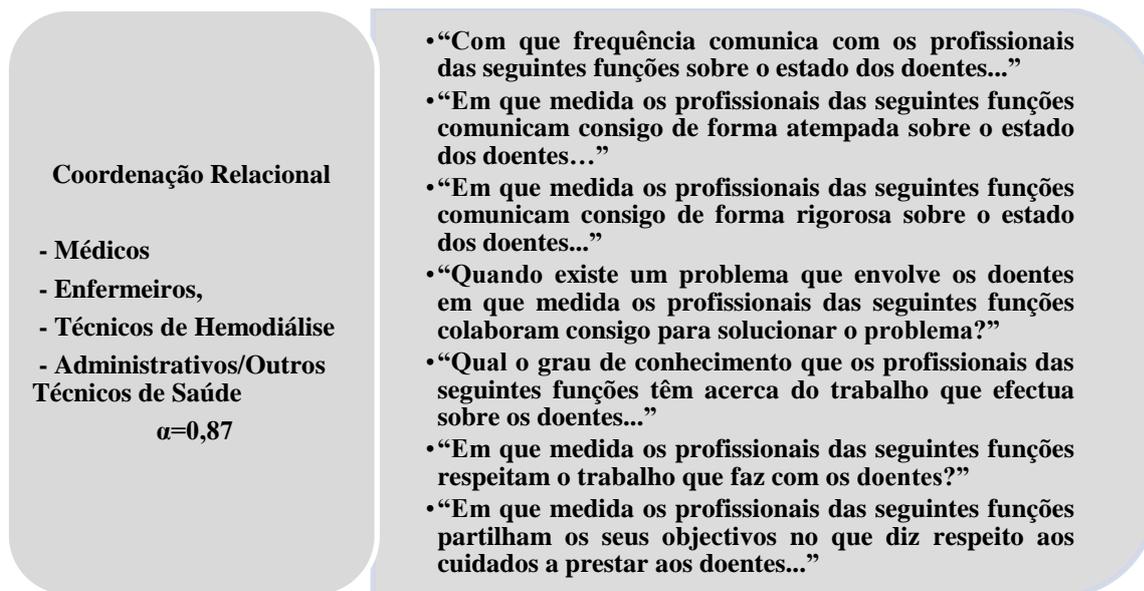
Figura n.º 6 – Descrição do Clima de Serviço



4.4 Coordenação relacional existente ente os diferentes grupos profissionais da instituição.

Para a avaliação da coordenação relacional existente entre os diferentes grupos profissionais na instituição foi utilizado o instrumento desenvolvido pela Gittel (2009). Foram aplicadas sete questões para os colaboradores relativamente ao seu habitual relacionamento com outros profissionais da sua equipa, ou pertencentes a outras equipas, que intervêm directamente na prestação de cuidados aos doentes. Foram estabelecidos quatro grupos profissionais: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Hemodiálise e Administrativos/Outros Técnicos de Saúde. Os itens foram classificados numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, definida para cada uma das seguintes questões. Foi calculada a validade da variável da coordenação relacional que apresentou um $\alpha = 0,87$.

Figura n.º 7 – Descrição da Coordenação Relacional

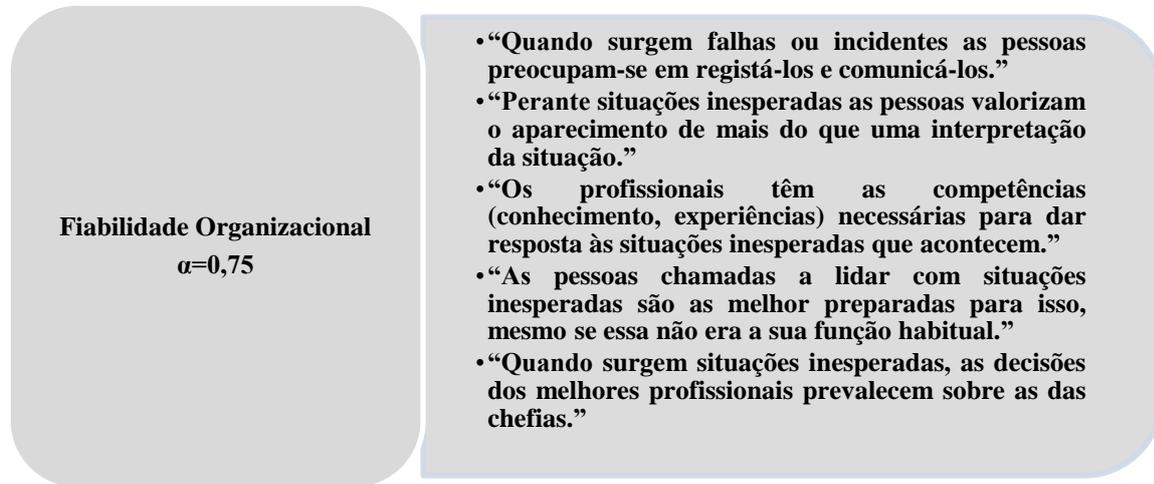


4.5 Comportamentos de fiabilidade organizacional dos profissionais da organização.

Para a avaliação dos comportamentos de fiabilidade organizacional foi utilizado o instrumento cedido pelo orientador do trabalho de investigação, tendo sido adaptado a partir do instrumento desenvolvido por Weick e Sutcliffe (2007). Foi solicitado aos colaboradores a resposta a cinco afirmações classificando-as segundo o seu grau de concordância. Os itens

foram classificados numa escala tipo *Likert* de 5 pontos onde o número 1 correspondendo a “Discordo totalmente” e o número 5 a “Concordo totalmente”, com um $\alpha=0,75$.

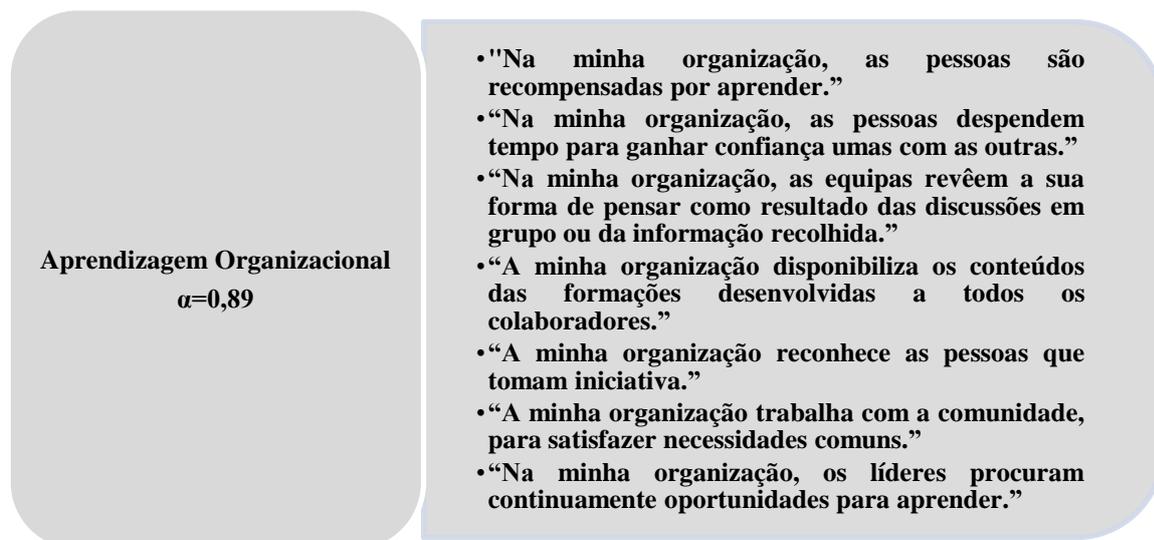
Figura n.º 8 – Descrição da Cultura de Fiabilidade Organizacional



4.6 Comportamentos de aprendizagem organizacional dos colaboradores da instituição.

Para a avaliação dos comportamentos de aprendizagem organizacional foi utilizado o instrumento desenvolvido por Marsick e Watkins (2003), composto por sete afirmações. Foi solicitado aos colaboradores classificarem as seguintes questões relativamente à frequência em que ocorrem. Os itens foram classificados numa escala tipo *Likert* de 6 pontos onde o número 1 correspondendo a “Nunca” e o número 6 a “Sempre”, com um $\alpha=0,89$.

Figura n.º 9 – Descrição da Cultura de Aprendizagem Organizacional



5 Procedimento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados foi distribuído num único momento a toda a População definida para o estudo durante o período de 11 de Janeiro de 2010 e 31 de Janeiro de 2010. Os questionários foram entregues pessoalmente e solicitado o preenchimento sob anonimato, impressos em papel e acompanhados de um envelope para inclusão do instrumento no final, para garantia do anonimato no acto da entrega. Foi realizado um pré teste e aplicado a quatro enfermeiros para avaliar a compreensão do grupo de enfermagem relativamente ao grupo de oito questões para avaliação da percepção do desempenho do grupo de enfermagem, em relação à prestação de cuidados ao doente com cateter como AVH.

Capítulo 3. Resultados

Ao realizarmos a análise bivariada, através da correlação de Pearson, identificámos valores de correlação significativa moderada entre as seguintes variáveis:

- Clima de Serviço e Fiabilidade Organizacional ($r = 0,71$; $\rho < 0,01$);
- Clima de Serviço e Aprendizagem Organizacional ($r = 0,66$; $\rho < 0,01$);
- Fiabilidade organizacional e Aprendizagem organizacional ($r = 0,54$; $\rho < 0,01$);
- Percepção do desempenho da organização e Aprendizagem organizacional ($r = 0,44$; $\rho < 0,01$);
- Clima de serviço e Coordenação relacional ($r = 0,44$; $\rho < 0,01$);
- Percepção de desempenho da organização e Fiabilidade organizacional ($r = 0,42$; $\rho < 0,01$);
- Percepção de desempenho da organização e Clima de serviço ($r = 0,41$; $\rho < 0,01$).

Encontram-se valores de correlação significativa fraca entre as seguintes variáveis:

- Aprendizagem organizacional e Coordenação relacional ($r = 0,38$; $\rho < 0,01$);
- Aprendizagem organizacional e Percepção de desempenho dos profissionais de enfermagem ($r = 0,38$; $\rho < 0,05$);
- Percepção de desempenho global e Percepção de desempenho dos profissionais de enfermagem ($r = 0,33$; $\rho < 0,05$);
- Fiabilidade organizacional e Coordenação relacional ($r = 0,28$; $\rho < 0,05$).

Estes resultados encontram-se apresentados de seguida sob a forma de tabela (Tabela n.º 4), acompanhados dos valores da média de cada uma das variáveis, desvio padrão e o cálculo da validade de cada uma das variáveis com o teste de *Alpha de Cronbach*.

Tabela n.º 4 - Tabela de resultados da análise da média, desvio padrão, correlação entre as variáveis e *Alpha de Cronbach*

Variáveis	Média ³	Desvio Padrão	1	2	3	4	5	
1. Clima de Serviço	23,81 ¹	3,76	$\alpha=0,76$					
2. Fiabilidade Organizacional	17,58 ¹	2,81	0,71**	$\alpha=0,75$				
3. Aprendizagem Organizacional	21,46 ²	5,49	0,66**	0,54**	$\alpha=0,89$			
4. Coordenação Relacional	99,82 ¹	11,83	0,44**	0,28*	0,38**	$\alpha=0,87$		
5. Percepção de desempenho dos profissionais de enfermagem	34,43 ¹	2,27	0,25	0,27	0,38*	0,29	$\alpha=0,63$	
6. Percepção do desempenho da organização	18,72 ¹	3,70	0,41**	0,42**	0,44**	0,12	0,33*	$\alpha=0,74$

* - Correlação significativa $\rho < 0,05$

** - Correlação significativa $\rho < 0,01$

¹ – Escala tipo *Likert* de 1 – 5.

² – Escala tipo *Likert* de 1 – 6.

³ – Os resultados representam a média da soma dos valores obtidos em todas as perguntas efectuadas no questionário relativamente à variável.

As variáveis de controlo utilizadas com relevância para o estudo foram o género e os anos de relação profissional com a instituição. Na análise das quatro primeiras hipóteses onde se pretende saber a relação existente entre o Clima de Serviço (1), a Cultura de Fiabilidade Organizacional (2), a Cultura de Aprendizagem Organizacional (3), Coordenação Relacional (4) e a Percepção do Desempenho da Organização, constatou-se através do modelo 1 (variáveis de controlo) é não significativo ($F = 1,98$; $p > 0,01$), explicando 5% da variância da percepção global do desempenho dos profissionais ($R^2 = 0,05$).

Relativamente ao modelo 2 (Clima de Serviço, Fiabilidade Organizacional, Aprendizagem Organizacional, Coordenação relacional e Percepção do desempenho da organização) a análise de regressão revela que este é pouco significativo ($F = 3,97$), explicando 21% da variância da percepção do desempenho da organização ($R^2 = 0,26$). Destaca-se como preditor significativo a Aprendizagem Organizacional ($\beta = 0,30$; $p < 0,05$). É de salientar que a variável “anos de relação profissional com a instituição”, assume alguma representatividade na percepção global do desempenho dos profissionais da clínica ($\beta = 0,24$; $p < 0,05$). (Tabela n.º 5)

Em relação às hipóteses de investigação formuladas (A,B,C,D), apenas a hipótese C é verificada, com a cultura de aprendizagem organizacional a influenciar positivamente a percepção do desempenho da organização.

Tabela n.º 5 – Resultado da análise de regressão do modelo (Clima de Serviço, Fiabilidade Organizacional, Aprendizagem Organizacional, Coordenação Relacional e Percepção do Desempenho da Organização), incluindo variáveis de controlo.

	Variável Dependente	
	Percepção do desempenho da organização	
	Modelo 1 ¹	Modelo 2 ²
Variáveis de Controlo		
Género	-0,14	-0,18
Anos de relação profissional com a instituição	0,23	0,24*
Variáveis do Modelo		
Clima de Serviço		0,02
Fiabilidade Organizacional		0,24
Aprendizagem Organizacional		0,30*
Coordenação Relacional		-0,08
R²	0,05	0,26
ΔR		0,21*
F	1,98	3,97*
ΔF		4,76*

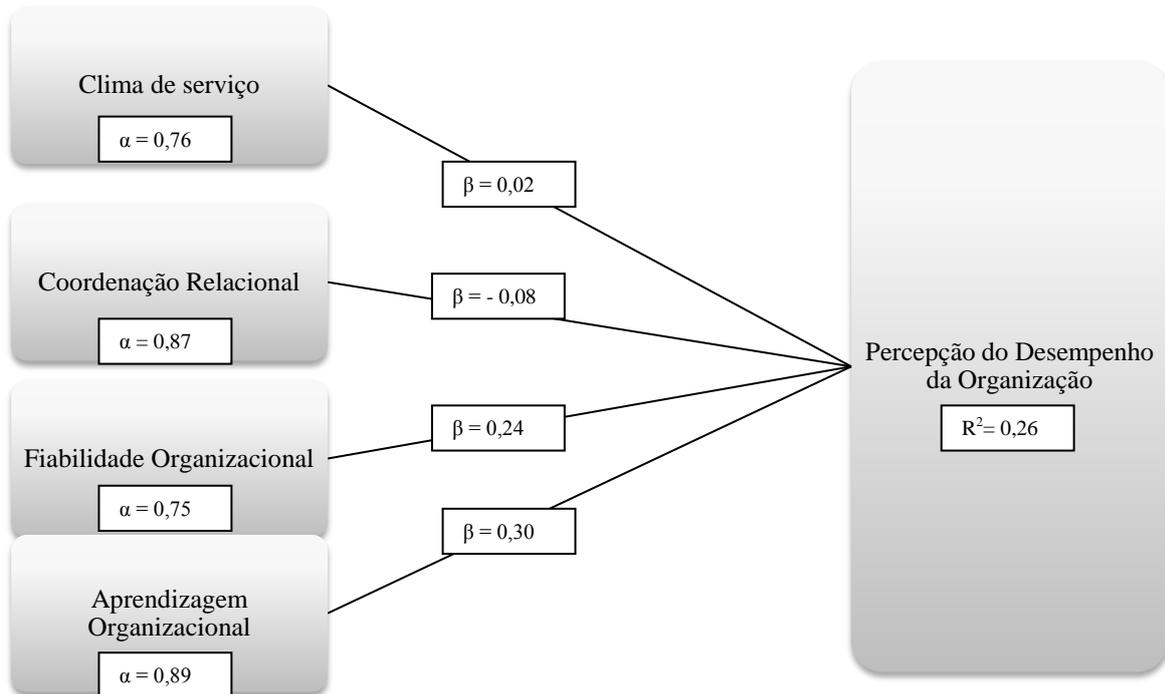
¹ Modelo 1 – Variáveis de controlo

² Modelo 2 – Variáveis de controlo e variáveis independentes

* - Correlação significativa $p < 0,05$

Para uma melhor compreensão das relações entre as variáveis em estudo apresentamos de forma esquemática o modelo estrutural. (Figura n.º10)

Figura n.º 10 – Modelo estrutural do impacto do clima de serviço, coordenação relacional, fiabilidade organizacional e aprendizagem organizacional na percepção do desempenho da organização.



Numa análise adicional foi estabelecida uma abordagem exclusiva ao grupo dos enfermeiros pretendendo identificar as relações positivas entre a cultura de fiabilidade organizacional, a cultura de aprendizagem organizacional, o clima de serviço, coordenação relacional e a percepção do desempenho dos profissionais de enfermagem na percepção do desempenho da organização. O modelo 3 de análise de regressão testado é pouco significativo ($F = 2,28$), explicando 29% da variância da percepção global do desempenho dos profissionais da clínica ($R^2 = 0,29$). Destaca-se como preditor significativo a Aprendizagem Organizacional ($\beta = 0,38$; $\rho < 0,05$) (Tabela n.º6). Relativamente à hipótese E formulada: “A percepção do desempenho do grupo de enfermagem influencia positivamente a percepção de desempenho da organização”, esta afirmação não é verificada.

Tabela n.º 6 Resultado da análise de regressão do modelo exclusivo para o grupo dos enfermeiros (Clima de Serviço, Fiabilidade Organizacional, Aprendizagem Organizacional, Coordenação relacional, Percepção do desempenho dos profissionais de enfermagem e Percepção do desempenho da organização), incluindo variáveis de controlo.

	Variável Dependente		
	Percepção do desempenho da organização		
	Modelo 1 ¹	Modelo 2 ²	Modelo 3 ³
Variáveis de Controlo			
Género	-0,03	-0,12	-0,12
Anos de relação profissional com a instituição	0,21	0,20	0,20
Variáveis do Modelo			
Clima de Serviço		-0,20	-0,16
Fiabilidade Organizacional		0,27	0,25
Aprendizagem Organizacional		0,44*	0,38*
Coordenação Relacional		0,02	-0,04
Percepção do desempenho dos profissionais de enfermagem			0,16
R²	0,04	0,27	0,29
ΔR		0,23*	0,02
F	0,89	2,47*	2,28
ΔF		3,16*	1,10

¹ Modelo 1 – Variáveis de controlo.

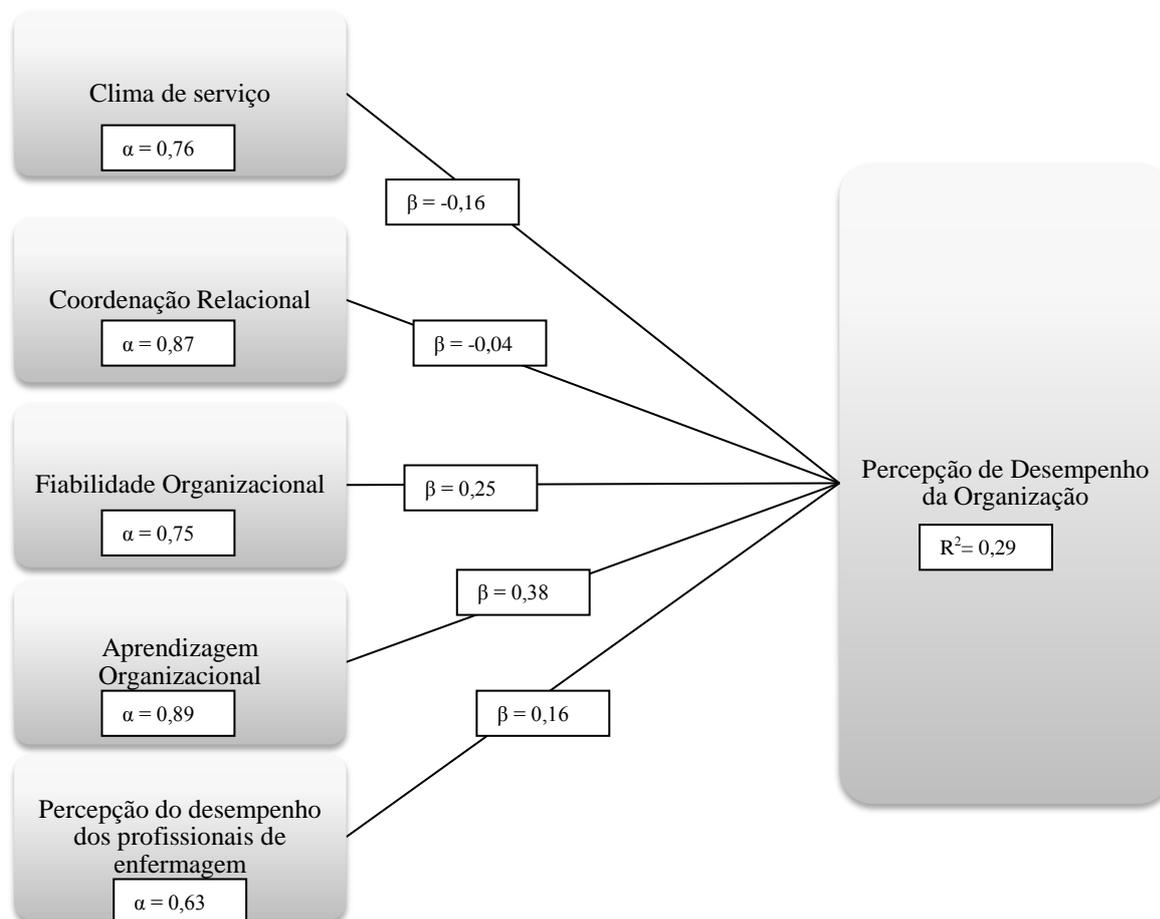
² Modelo 2 – Variáveis de controlo e variáveis do modelo (Clima de Serviço, Fiabilidade Organizacional, Aprendizagem Organizacional e Coordenação Relacional).

³ Modelo 3 – Apenas aplicado ao grupo dos Enfermeiros - Variáveis de controlo e variáveis do modelo (Clima de Serviço, Fiabilidade Organizacional, Aprendizagem Organizacional e Coordenação Relacional) e percepção do desempenho dos profissionais de enfermagem

* - Correlação significativa $p < 0,05$

Para uma melhor compreensão das relações entre as variáveis em estudo apresentamos de forma esquemática o modelo estrutural. (Figura n.º11)

Figura n.º 11 Modelo estrutural do impacto no grupo de Enfermagem do clima de serviço, coordenação relacional, fiabilidade organizacional, aprendizagem organizacional e a percepção do desempenho do grupo dos enfermagem, na percepção do desempenho da organização.



Capítulo 4. Discussão e Conclusões

1 Discussão

A análise das hipóteses estabelecidas para o trabalho de investigação, foi realizada com duas abordagens. A principal teve como base todos os profissionais da clínica de HD que interagem no processo de tratamento do doente com IRCT (Nefrologistas, Médicos Residentes, Enfermeiros, Administrativos, Assistente Social, Dietista e Técnicos de Hemodiálise) no estudo da influência das variáveis clima de serviço, coordenação relacional, fiabilidade organizacional e aprendizagem organizacional na percepção do desempenho da organização. Numa abordagem adicional justificada pela representatividade do grupo, foi analisado exclusivamente o grupo de profissionais de enfermagem. Nesta análise introduziu-se uma variável para avaliação da percepção de desempenho destes profissionais, identificando juntamente com as outras variáveis referenciadas anteriormente o impacto sobre a percepção de desempenho da organização. Esta perspectiva assume particular importância relacionado com o facto de o acesso vascular representar um bem vital para o doente hemodialisado, com o cateter a possuir especial relevância, devido à susceptibilidade de obstrução e infecção resultantes, na maioria dos casos de deficientes práticas de enfermagem.

No modelo 2 de investigação procurou-se dar resposta às 4 primeiras hipóteses de investigação onde se procurou avaliar a influência do Clima de Serviço (A), Coordenação Relacional (B), Fiabilidade Organizacional (C) e Aprendizagem Organizacional (D) no desempenho do grupo de profissionais da clínica. Através da análise de regressão verifica-se que em conjunto explicam 21% da percepção de desempenho global, sendo que apenas a aprendizagem organizacional assume o poder explicativo significativo ($\beta = 0,30$; $\rho < 0,05$).

Na análise da hipótese A, onde se pretendeu analisar se o clima de serviço tem influência positiva na percepção de desempenho da organização, constatou-se uma não significância ($\beta = 0,02$; $\rho > 0,01$). Schneider *et al* (1998) referem que a percepção por parte do cliente de um serviço de qualidade promove a fidelização do cliente, e o reconhecimento por parte do cliente da qualidade do serviço produz um efeito motivador nos prestadores, com repercussões positivas na *performance* da instituição. A fidelização e a conquista de novos clientes nesta área de actuação assumem características especiais regulamentadas pelo estado.

A área de intervenção da instituição hospitalar de origem e a residência do cliente são factores condicionantes na permanência e ingresso de um novo cliente na instituição.

No entanto, a prestação de serviços de saúde assume aspectos particulares no que diz respeito à avaliação do serviço por parte do cliente, devido ao carácter específico da intervenção, resultando na incapacidade do cliente poder avaliar a qualidade dos aspectos vitais da prestação do serviço. Habitualmente o cliente valoriza aspectos importantes, mas não fundamentais, como a rapidez no atendimento e a simpatia dos colaboradores, valorizando paradoxalmente em algumas situações, procedimentos que colocam em causa a qualidade do serviço. Os autores estabelecem a definição de estratégias para a avaliação da percepção do cliente relativamente ao serviço prestado, referindo que os profissionais da linha da frente devem ser os “olhos e ouvidos da organização”. A relação entre prestador de cuidados de saúde e cliente deve estar assente numa base de confiança, tornando-se fundamental que a pessoa a quem está a ser prestado determinado serviço, reconheça toda a competência no profissional prestador, mesmo que desconheça a natureza do serviço. Este clima de confiança facilita a prestação e estabelece um compromisso do profissional para com o cliente. A percepção da qualidade global do serviço por parte do cliente, passa por aquilo que o profissional de saúde transmite ao cliente, e a relação de confiança não se estabelece de forma imediata, necessitando de ultrapassar fases de amadurecimento. Pequenas falhas podem por em causa toda a estratégia estabelecida.

A mudança para este paradigma passa pelo estabelecimento de uma estratégia que promova a valorização por parte do colaborador, do clima de serviço existente na instituição, compreendendo o impacto desta na *performance* da organização. Consideramos que para além dos “olhos e ouvidos”, fundamentais para os líderes poderem compreender e analisar as percepções do cliente face ao serviço prestado, os profissionais da linha da frente devem ser também considerados como interlocutores da instituição. É fundamental que a instituição estabeleça como prioridade, a formação contínua dos seus profissionais e o desenvolvimento de programas de integração de novos colaboradores, promovendo um conhecimento mais específico relativamente aos produtos e serviços oferecidos pela instituição, para que os profissionais possam através da relação de confiança estabelecida com o cliente, promover os serviços, atribuindo-lhe a significância necessária ao reconhecimento por parte do cliente da qualidade da prestação.

Jong *et al* (2004) refere a importância das organizações possuírem equipas altamente treinadas para a resposta em situações imprevisíveis. Este contexto justifica uma actuação coordenada por parte de todos os profissionais da equipa, provocando um impacto positivo na percepção do cliente relativamente à qualidade dos serviços prestados. O melhor agente de divulgação da qualidade dos serviços prestados é o próprio prestador. O carácter de reciprocidade do impacto da percepção do desempenho por parte dos colaboradores e clientes torna fundamental que a instituição promova avaliações da satisfação do serviço por parte do cliente, considerando esses resultados fundamentais para o estabelecimento da estratégia de prestação do serviço por parte dos colaboradores. Esta estratégia deve incluir a transmissão ao cliente da natureza, dimensão e resultados das práticas organizacionais instituídas.

A organização deve proporcionar toda uma estrutura de suporte dinâmica que procure responder a todas as necessidades dos profissionais da primeira linha, na interacção com o cliente. Segundo Paulin *et al* (2006) a valorização do clima de serviço produz efeito positivo na satisfação geral no trabalho, através da motivação dos profissionais relativamente às funções desempenhada e às condições de trabalho existentes, potenciando o *commitment* com a organização. A estratégia da organização deve passar inicialmente por transmitir a ideia aos profissionais, que dispõem de todos os recursos adequados à prestação de um serviço de excelência ao doente, assente numa estrutura de suporte que promova a *inter – ajuda* entre os colaboradores. Os autores referem que os profissionais de saúde valorizam muito mais a *inter – ajuda* e a justiça do tratamento por parte da organização, relativamente ao suporte da estrutura de supervisão. A organização deve desenvolver processos que potenciem o trabalho *inter – equipas*, proporcionando canais de comunicação adequados com auxílio das novas tecnologias para estimular a interacção entre os colaboradores, com a formação adequada para a sua correcta utilização e potenciando desta forma o *commitment* afectivo destes com a organização. A delegação de responsabilidades e valorização das competências dos profissionais da linha da frente, promovendo a sua iniciativa e inovação, atribuindo-lhes uma maior autonomia e flexibilidade na actuação. Deve ser fomentando o trabalho em equipa e a sua coordenação, com o estabelecimento de normas na equipa que regulem a forma de actuar dos diferentes prestadores de serviços, promovendo reuniões *intra – equipas* e multidisciplinares para análise a eficiência dos processos de trabalho. É fundamental a existência na instituição de uma orientação, a definição da visão e do caminho estabelecido por parte do líder, permitindo a percepção por parte de cada um dos elementos de como poderá contribuir para o sucesso da organização.

Jong *et al* (2005) identificaram um impacto significativo da idade e experiência profissional, no desenvolvimento do clima de serviço nas equipas possuidoras de elementos com capacidade, conhecimento e performance para a prestação com eficácia de determinado serviço. É de salientar que pese embora o modelo 2 não tenha atribuído significância à hipótese A, relativamente à variável de controlo “Anos de relação profissional com a instituição” constatou-se uma ligeira significância ($\beta = 0,24$; $\rho < 0,05$). Os autores justificam esta situação por serem elementos, que pese embora se demonstrem mais relutantes à mudança, são os que possuem uma visão mais positiva relativamente ao clima das suas equipas. Neste caso particular, os elementos com maior relação profissional com a instituição, assumem um papel preponderante na manutenção dos valores e identidade da organização.

Na análise da hipótese B, onde se pretendeu analisar se a Coordenação Relacional tem influência positiva na percepção de desempenho da organização, constatou-se uma não significância ($\beta = -0,07$; $\rho > 0,01$). Como refere Gittel (2009) numa instituição de saúde os profissionais actuam de forma interdependente relativamente ao doente, com a acção, no caso da instituição em estudo, centrada na sala de HD, com os profissionais de enfermagem a assumirem o principal protagonismo na prestação de cuidados ao cliente. A estrutura de apoio que coordena estas acções está assente nos enfermeiros chefes de sala que elaboram toda a gestão de profissionais de enfermagem e doentes, com o estabelecimento de horários de trabalho e definição e programação de tratamentos. Esta estrutura assegura o cumprimento em sala das orientações médicas, e promove a articulação dos sectores administrativos com os profissionais e doentes. Estes elementos possuem uma estratégia de abordagem a qualquer situação problemática para os colaboradores ou doentes, assumindo a coordenação das acções e reportando essas situações ao Enfermeiro Chefe.

Como a autora estabelece, a capacidade de coordenação de uma equipa deste género deve estar assente numa estratégia de comunicação frequente, em qualidade e com reconhecimento das fontes de comunicação. Este circuito de comunicação só consegue ser estabelecido através de um relacionamento forte entre os diversos intervenientes, fundamental para ultrapassar obstáculos como a diferenciação e a identidade profissional, promovendo a coordenação relacional. O desenvolvimento desta estratégia na clínica torna-se importante para potenciar a qualidade, eficiência e a satisfação dos profissionais envolvidos, com a aposta nas capacidades, na *expertise* e no *commitment* dos colaboradores com a organização. Os resultados obtidos, são justificados pela ausência de uma política de recrutamento orientada

para o trabalho em equipa. A estratégia actual passa pela admissão de profissionais com experiência na área da HD, não analisando as suas competências pessoais e de trabalho em equipa, valorizando apenas as competências profissionais nesta área específica. Não estão definidos resultados a atingir pelas equipas e recompensas relativas à *performance*, desmotivando o empenhamento mútuo pelos resultados da organização através da interdependência profissional.

Na instituição não existe uma estratégia pró – activa de resolução de conflitos. Estes são frequentes, sobretudo entre os grupos de médicos e enfermeiros, relacionados com indefinições nas áreas de responsabilidade de actuação na sala de HD, motivadas pela elevada autonomia do grupo de enfermagem altamente especializado, com a conseqüente não resolução a provocar falhas de comunicação e enfraquecimento das relações profissionais entre os grupos. A inexistência de uma supervisão relativamente a grupos profissionais como o dos médicos e outros técnicos de saúde, e a supervisão directa relativamente ao grupo de enfermeiros, técnicos de hemodiálise e administrativos, estabelece a necessidade de desenvolver uma supervisão ao trabalho de todos os grupos profissionais assente em processos de *coaching* e *feedback*, procurando orientar os profissionais na compreensão do impacto das suas acções no cliente.

O processo de tratamento de HD é altamente especializado, não existindo na instituição a definição de processos de trabalho orientados para determinada tarefa específica. Esta situação provoca indefinições nas áreas de actuação dos diferentes grupos profissionais, com a necessidade de definição de fronteiras de actuação, respeitando as regras estabelecidas pelas associações profissionais que regem as actividades de médicos e enfermeiros. É importante o estabelecimento de protocolos de actuação, com objectivo de standardizar os processos, permitindo aos profissionais dar um maior ênfase a situações consideradas não rotineiras, identificando-as de imediato e cumprindo as estratégias de actuação determinadas, intervindo de forma interdependente e respeitando os seus campos de acção, promovendo desta forma a coordenação relacional. Torna-se necessário a criação da figura do gestor de doentes que promova a coordenação das acções dos diferentes grupos profissionais, potenciando a coordenação relacional, aumentando a qualidade dos cuidados e a *performance* dos diferentes grupos profissionais.

As reuniões multidisciplinares existentes na clínica ainda são uma actividade recente e praticamente condicionadas pela intervenção do grupo dos médicos, devendo existir uma

estratégia de promoção destas reuniões a todos os grupos profissionais, com a definição de conteúdos abrangentes, promovendo a discussão de situações potenciadoras de conflitos entre os diferentes grupos profissionais, relativamente à prestação de serviços aos clientes. Os sistemas de informação existentes na clínica são de elevada qualidade, existindo a necessidade de formação dos colaboradores, para que a utilização destes sistemas possa ser potenciada. A facilidade criada na partilha de informação, levou à transmissão de informação indiscriminadamente e pouco direccionada, identificando-se a necessidade de estabelecer uma estratégia que promova uma comunicação frequente, oportuna, precisa e objectiva suportada por relações que os indivíduos estabelecem no desempenho dos seus papéis, concretizadas em três dimensões de relações que necessitam de coordenação efectiva: partilha de conhecimento, estabelecimento de objectivos partilhados e respeito mútuo por parte de todos os intervenientes no processo.

Na análise da hipótese C, onde se pretendeu verificar se a Fiabilidade Organizacional tem influência positiva na percepção do desempenho da organização, constatou-se uma não significância ($\beta = 0,24$; $\rho > 0,01$).

Como fizemos referência na argumentação teórica, as organizações de saúde caracterizam-se por altos índices de complexidade, elevada interdependência, extrema diferenciação hierárquica, múltiplos decisores numa complexa rede de comunicação, elevado grau de responsabilidade relativamente às tarefas executadas, necessidade de *feedback* imediato e frequente, com elevada alternância de pessoal altamente qualificado e elevada tecnologia. No entanto, relativamente à instituição analisada existem algumas diferenciações. A elevada complexidade é caracterizada por uma actuação numa área de elevada especificidade. Pese embora, os elementos pertencentes ao grupo de médicos e enfermeiros possuam uma carteira profissional apta a trabalhar em qualquer âmbito, não é possível o seu desempenho sem uma prévia integração às suas funções específicas.

A elevada interdependência não é significativa, pois pese embora a actuação de vários grupos profissionais, a grande responsabilidade da acção está assegurada pelo grupo de enfermeiros na sala de HD, com a acção do médico residente a realizar-se de uma forma metódica através da visita médica e circunstancial quando existe alguma alteração significativa, identificada pelo enfermeiro com necessidade da intervenção médica. A abordagem dos restantes profissionais é feita fora da sala de HD, com pouca ou nenhuma intervenção da equipa de enfermeiros. A falta de articulação compromete a interdependência, existindo na realidade

uma cadeia de múltiplos decisores numa complexa rede de comunicação, sendo que as novas tecnologias não vieram facilitar o processo de comunicação entre os profissionais, existindo a necessidade desenvolver processos de comunicação mais eficientes para que a informação possa circular de forma transversal e direccionada aos profissionais intervenientes em determinados processos.

A extrema diferenciação hierárquica não é evidente, com a maioria das responsabilidades concentradas no enfermeiro chefe, que tem apenas delegado à enfermeira adjunta a responsabilidade sobre os técnicos de hemodiálise e auxiliares de acção médica, e aos enfermeiros responsáveis a coordenação dos enfermeiros de sala. Sendo a HD um processo de tratamento crónico, a necessidade de *feedback* imediato e frequente não é tão valorizada, pois a maioria das alterações são estabelecidas para um resultado a médio/longo prazo, na maioria dos casos sem necessidade de intervenções imediatas e urgentes. A elevada alternância de pessoal altamente qualificado e a alta tecnologia aplicada ao processo, estabelece a necessidade de várias integrações de novos elementos. A introdução de elementos tecnológicos de elevada especificidade tem sido uma realidade nos últimos anos na instituição, com grandes redefinições no processo de prescrição e tratamento. No entanto ainda não foi realizada uma avaliação sobre a aquisição e utilização desses conhecimentos, e consequente optimização do processo de tratamento.

A realidade actual demonstra uma cultura de fiabilidade direccionada para a utilização dos equipamentos, respectiva manutenção e a todo o suporte técnico vital para assegurar a viabilidade do tratamento, como o fornecimento de água purificada aos monitores de HD. A este processo estiveram no passado associados incidentes em outras organizações com graves consequências para os clientes, levando a alterações legislativas para regulamentação deste processo, com medidas de controlo apertadas através de avaliações frequentes e manutenção feita por técnicos especializados. Relativamente à prestação de cuidados directos ao doente, a cultura de fiabilidade ainda é um processo em fase inicial de implementação com auditorias de certificação, analisando todos os processos de prestação do serviço na instituição.

Na análise da hipótese D, pretendeu-se analisar se Aprendizagem Organizacional tem influência positiva na percepção de desempenho da organização, constatando-se uma significância ($\beta = 0,30$; $\rho < 0,05$).

Na análise consideramos que a significância é justificada pela ocorrência, nos últimos anos, de várias situações motivadoras do desenvolvimento de estratégias de aprendizagem

organizacional como as alterações no meio onde está inserida a organização, um novo processo de regulação, novas empresas concorrentes, o avanço tecnológico, a insatisfação dos clientes e as novas necessidades de serviço, justificando o estabelecimento de uma nova orientação e visão estratégica. A realidade da organização tem passado por uma reestruturação nas diferentes áreas de intervenção, com novas regulamentações governamentais relativas à acessibilidade e financiamento, estabelecendo novas regras na assistência aos doentes que necessitem de intervenções diagnósticas. A abertura de novas instituições nas áreas limítrofes estabeleceu um forte desafio à manutenção dos clientes devido à existência de regras relativas à subsidiação dos transportes com a empresa a assumir despesas significativas para garantir o conforto dos clientes interessados em manter-se na instituição.

O avanço tecnológico inovou os processos de acompanhamento e tratamento dos doentes com a introdução de uma política de qualidade, devido à necessidade de uma adaptação de toda a organização à nova realidade, tendo sido estabelecido um novo conceito de prestação do serviço, assegurando a quase totalidade dos processos de assistência ao cliente (acesso vascular, terapêutica, controlo analítico, tratamento e acompanhamento médico, transporte para a clínica e suporte social e nutricional). Desta forma, os resultados obtidos nesta amostra estão de acordo com as conclusões das investigações levadas a cabo por Watkins, Selden e Marsick (1997); Watkins, Yang e Marsick (1997); Yang, Watkins e Marsick (1998), que identificaram uma correlação positiva entre as dimensões da aprendizagem organizacional e a *performance*.

Relativamente à hipótese F ($\beta = 0,16$; $\rho > 0,01$) avaliada no modelo que adicionámos à investigação, a interpretação deste resultado é justificada pela inexistência de uma standardização de processos assentes numa norma relativa à prestação de cuidados aos doentes com cateter como AVH. Esta acção deve ser encarada no contexto da fiabilidade, pois representa um processo delicado com a execução a poder comprometer a qualidade do serviço prestado ao cliente, pondo em risco a sua situação de saúde. É fundamental o desenvolvimento na instituição de *guidelines* de actuação, relativamente à prestação de cuidados aos doentes com cateter, procurando analisar as áreas de actuação relativas a estes doentes que os colaboradores identifiquem como problemáticas, definindo novas formas de actuação. Esta estratégia deve estar assente numa política de qualidade com a definição de padrões na prestação dos cuidados a este tipo de acesso vascular, com a criação de critérios de avaliação do desempenho dos profissionais integrado na perspectiva do desempenho da

organização, com o objectivos dos colaboradores compreenderem o impacto da sua prestação na *performance* da organização.

As auditorias de controlo devem ser estabelecidas de forma programada para avaliação, sendo para isso fundamental a certificação de elementos da organização que possam promover auditorias frequentes para posterior análise dos resultados com os colaboradores. A dimensão do problema justifica a criação da figura de um gestor com influência na coordenação de acessos vasculares, coordenando uma equipa que, segundo Watkins e Marsick (1993,1996), promova uma cultura de constante questionamento relativamente às práticas, com espírito de inovação e motivada para a experimentação. Esta figura deve fomentar o *team learning*, utilizando todas as suas capacidades individuais a favor da equipa proporcionando um espírito de colaboração e capacidade de interacção, transmitindo *empowerment* aos restantes colaboradores, criando um processo de partilha de uma visão do grupo, procurando identificar as diferenças entre o que é transmitido e o que é percebido pelos profissionais, estabelecendo a sua acção numa liderança estratégica com capacidade de introduzir a aprendizagem num processo de mudança e orientação da organização para a inovação, integrando as pessoas e a estrutura num processo de aprendizagem contínua e permanente mudança.

2 Conclusões

A avaliação da *performance* nas organizações de saúde é uma actividade recente, assumindo um carácter particular tendo em conta as especificidades que caracterizam esta área de intervenção. Os indicadores de avaliação existentes são insuficientes para os gestores das instituições de saúde definirem as estratégias de actuação para a mudança do paradigma existente em Portugal. Na área da HD a introdução de indicadores de qualidade é ainda mais recente e resultou de um processo de negociação da retribuição às instituições privadas da prestação de um serviço público. Estes indicadores baseados em critérios clínicos foram definidos para todas as instituições, permitindo uma análise directa da *performance* destas organizações. Não pretendemos extrapolar os resultados para as outras instituições, no entanto temos a ideia que os indicadores indirectos analisados nesta instituição podem ser utilizados em outras instituições desta área específica, com resultados semelhantes.

A cultura dos profissionais de saúde destas instituições ainda é muito orientada para os processos, e pouco para os resultados. A lógica destes profissionais é definida pela sua actuação competente, com a utilização dos recursos existentes na prestação de um serviço complexo, orientado para o doente. Os profissionais centralizam as suas atenções nas tarefas a realizar, orientadas para a qualidade dos resultados da sua intervenção no doente. A lógica da administração está orientada para os resultados, com a definição de critérios de avaliação económicos, não existindo uma orientação estratégica para o acompanhamento dos indicadores clínicos e estabelecimento de formas de actuação perante estas avaliações. Esta diferença é acentuada pelo tipo de vínculo institucional definido para os maiores grupos de profissionais (médicos e enfermeiros), estabelecendo uma relação de prestação de serviços resultando num fraco *commitment* com a instituição. O distanciamento entre a administração e os colaboradores da “linha da frente”, acentuado pela dependência da instituição a nível de gestão de estruturas externas, com uma fraca estrutura de comunicação de fora para dentro, e internamente entre a estrutura intermédia e os profissionais da instituição, promove uma ausência de planos estratégicos, com a ausência de análise de processos e consequente avaliação das intervenções.

Os resultados que obtivemos neste trabalho de investigação estabelecem em primeiro lugar, a necessidade do grupo empresarial estabelecer uma linha de actuação uniforme para todas as instituições, através da definição de uma orientação estratégica e estabelecendo padrões de qualidade na actuação para todos os grupos profissionais. As instituições devem ser autónomas, com competências para análise, diagnóstico e estabelecimento de planos estratégicos, executando as respectivas avaliações através de indicadores objectivos e subjectivos. Na prestação de um serviço específico e altamente complexo, a instituição deve procurar estabelecer uma relação privilegiada com o cliente, para isso deve potenciar o clima de confiança que se desenvolve entre os profissionais de saúde e os clientes.

O plano estratégico deve estabelecer objectivos gerais para o grupo empresarial, e objectivos específicos para a instituição, estimulando o envolvimento de todos os grupos profissionais no processo. Esta estratégia necessita de uma liderança que valorize os diferentes grupos profissionais, promovendo um forte *commitment* com a instituição, valorizando a actividade profissional dos actores no processo, com a definição de resultados e indicadores de qualidade para a instituição que promovam, segundo Gittel (2009), a coesão da equipa em busca da performance colectiva, com a pressão sobre o grupo a resultar na procura de um objectivo

colectivo, com os resultados do grupo a sobreporem-se aos individuais, aumentando a capacidade de comunicação entre os profissionais e potenciando a coordenação entre os elementos do grupo. Os profissionais devem sentir-se como peças fundamentais na organização, através da horizontalização das hierarquias dentro e entre os diferentes grupos profissionais. Deve ser direccionada uma estratégia de *empowerment* para os elementos seniores da instituição, promovendo a transmissão dos valores da organização e dos seus conhecimentos numa área em que o *know how* estabelece uma forte diferenciação nos modos de actuação. A aposta no desenvolvimento de estruturas qualificadas para a supervisão de cuidados que promovam estratégias de *coaching* e *feedback*, promovendo a articulação dos diferentes grupos durante o processo e estabelecendo estratégias de comunicação de resultados, motivando uma percepção partilhada do processo de trabalho, entendendo desta forma as diferentes perspectivas dos diversos grupos profissionais envolvidos. No global, a instituição deve promover a articulação entre os diferentes grupos profissionais, procurando alterar a realidade de vários grupos profissionais com o desempenho das suas funções centradas no cliente, com estratégias de actuação que estabelecem fronteiras rígidas entre as áreas de intervenção dos diferentes grupos, com as interacções existentes a motivarem conflitos, devido à intensidade das relações e à natureza das intervenções.

O plano de mudança deve potenciar a percepção dos profissionais de saúde relativamente ao seu desempenho e o impacto deste na *performance* da instituição, com análises internas e a avaliações comparativas com outras instituições concorrentes. No interior do grupo empresarial deve ser estabelecido um processo de avaliação periódico da satisfação dos clientes relativamente ao serviço prestado, assumindo o potencial de análise comparativa com outras instituições e o impacto desta avaliação nos colaboradores de cada instituição.

A compreensão por parte dos profissionais do impacto do seu desempenho na *performance* da instituição promoverá a introdução de uma cultura de fiabilidade, sendo necessário quantificar as consequências dos erros na *performance* da instituição. A cultura perante o erro nos profissionais de saúde ainda está muito associada à culpabilização e a atribuição de responsabilidades, a determinado indivíduo ou grupo profissional. Torna-se fundamental a implementação de uma cultura de fiabilidade assente na consciência dos processos complexos no tratamento de HD, procurando identificar entre os profissionais, os problemas existentes na área da prestação, motivando a atenção para todas as situações de potencial risco para o cliente, identificando-as e transmitindo-as aos elementos responsáveis, sendo fundamental o

feedback relativo às situações identificadas. A implementação de uma filosofia preventiva e de antecipação ao erro é fundamental na clínica, identificando os processos e os clientes de risco, gerindo os recursos na perspectiva de evitar a ocorrência de falhas ao invés de consumir recursos necessários à minimização das consequências. A autonomia existente nos profissionais de saúde na prestação do tratamento de HD, promove a capacidade de decisão imediata, a organização deve apenas assegurar as competências necessárias para a resolução imediata dos problemas. Segundo Edmonson (2008), é importante promover a reflexão sobre as práticas, motivando os profissionais a assumirem os seus erros numa cultura de segurança, assegurando a isenção de penalizações com o intuito de identificar as necessidades de aprendizagem. Estas acções passam pelo desenvolvimento na clínica de *guidelines* de actuação, criação de instrumentos para identificação, e análise das situações críticas e das práticas dos profissionais da clínica, promovendo uma postura reflexiva em relação ao desempenho por parte de todos os profissionais envolvidos no processo de tratamento de HD.

A fraca interactividade identificada entre os grupos profissionais, justificada pela forte concentração do serviço prestado no grupo de enfermeiros, e num determinado espaço físico, estabelece o desenvolvimento de um modelo de actuação que promova processos de comunicação consistentes, objectivos partilhados e o respeito mútuo por parte de todos os intervenientes de modo a potenciar uma gestão das interdependências de forma mais eficaz. Como Gitell (2009) refere, a construção de processos de trabalho de alta performance nas organizações de saúde, representa um grande benefício para a qualidade e eficiência dos cuidados prestados, através do aumento da coordenação relacional entre os profissionais da organização, e entre a organização e os seus parceiros estratégicos. A barreira à implementação destas medidas passa pelas constantes pressões, a que estão sujeitas as organizações de saúde relativamente à redução de custos e ao aumento da qualidade e produtividade, originadoras de comportamentos de stress entre os profissionais que são responsáveis pelo aumento dos desafios e necessidades, no entanto provocando uma limitação na acção dos mesmos. Nesta área verifica um conflito de interesses entre a administração que pretende promover a qualidade dos cuidados potenciando a redução de custos, e os prestadores directos, empenhados na máxima qualidade do serviço ao cliente, num processo onde o controlo dos custos não surge como uma prioridade.

As organizações com relações de trabalho positivas entre os profissionais, possuem mais resiliência conseguindo recuperar mais facilmente das ameaças externas. As pressões externas

permitem aumentar a coordenação relacional, mas são os sistemas de trabalho de elevada performance que permitem o aumento da coordenação relacional, com aumento da qualidade dos cuidados, performance e satisfação profissional.

A relação positiva identificada entre a aprendizagem organizacional e a percepção do desempenho da organização, consideramos estar justificada pela intensidade do desenvolvimento tecnológico introduzido durante os últimos anos no processo de tratamento ao IRCT. A introdução de equipamentos que definem o “estado da arte” do tratamento de HD nos dias de hoje, o desenvolvimento de uma plataforma informática de gestão do doente do ponto de vista clínico e administrativo e a introdução da tecnologia no acompanhamento do processo de tratamento do doente, possibilitando o acompanhamento *online* da evolução do processo, motivou a aposta por parte dos profissionais e da instituição na formação e constante actualização dos procedimentos gerais de actuação.

A aposta numa política de qualidade através da certificação com as normas ISO 9001:2000 (Sistemas de Gestão da Qualidade) ISO 14001:2004 (Sistemas de Gestão Ambiental) conduziu à institucionalização de processos de verificação, controlo e execução com o objectivo de promover a melhoria contínua dos serviços prestados aos clientes. Estas auditorias promovem a formalização de toda a actuação dos diferentes grupos profissionais, através da criação de mecanismos de normalização dos processos de actuação e interacção. Consideramos que é neste ponto onde o processo de certificação representa uma desvantagem competitiva, não valorizando os processos informais de interacção entre as diferentes equipas. A estratégia de certificação na clínica foi implementada sem a clareza e o suporte para a concretização da missão e visão, não existindo um envolvimento dos colaboradores no processo. A equipa entendeu estes processos de certificação como uma imposição, não reconhecendo este processo como a oportunidade de identificar os problemas, procurando soluções partilhadas para a resolução das situações ou actividades potencialmente problemáticas e conflituantes. A não envolvimento da equipa, a imposição de determinadas normas e um processo de certificação e que a perspectiva técnica é analisada por auditores não representantes das profissões auditadas, levou a um distanciamento dos profissionais do processo de aprendizagem organizacional. Consideramos que as auditorias de controlo e certificação devem sempre incluir elementos representantes das profissões que desempenham os processos auditados, potenciando a capacidade de identificação e avaliação de aspectos técnicos exclusivos de cada grupo profissional. O desenvolvimento de protocolos de actuação

e o estabelecimento de *guidelines* para a orientação da prestação dos serviços por parte dos profissionais de enfermagem da instituição, é fundamental para a mensuração dos *outcomes* e compreensão do impacto destes profissionais na *performance* da instituição. Será fundamental o desenvolvimento do fenómeno de aprendizagem individual que potencie a capacidade do indivíduo, com a receptividade da instituição ao processo que funcionará de forma interdependente com a aprendizagem organizacional.

A escolha da avaliação do desempenho percebido através da metodologia desenvolvida por Delaney e Huselid (1996), determinando a opinião dos colaboradores relativamente ao desempenho da clínica em comparação com as outras clínicas concorrentes, demonstrou-se pouco adequada devido ao facto de os profissionais desconhecerem a realidade das outras instituições, e a inexistência de análises comparativas do desempenho da instituição perante os seus concorrentes. Dos indicadores analisados apenas se verificou um impacto positivo da aprendizagem organizacional na percepção do desempenho da organização. A liderança deve assumir uma estratégia de valorização dos profissionais da instituição, enquadrando o seu desempenho perante os clientes e as instituições concorrentes. Esta estratégia deve promover uma cultura de fiabilidade, através de uma política de segurança e actuação perante o erro não persecutória para com o profissional, potenciando a análise de resolução eficaz das situações inesperadas. Os profissionais devem possuir a consciência do impacto do seu desempenho na *performance* da instituição, e este deve estar assente em processos definidos através de uma política de qualidade, que promova um trabalho coordenado entre os diferentes grupos profissionais, prestando um serviço ao cliente através de uma actuação interdependente. A instituição deve promover os canais de comunicação informais, valorizando uma comunicação frequente e oportuna entre os diferentes actores envolvidos, a partilha de conhecimentos, o estabelecimento de objectivos partilhados e o respeito mútuo por parte de todos os intervenientes.

Este trabalho de investigação realizado teve uma forte limitação associada ao facto de não ter sido autorizado a sua ampliação a mais clínicas pertencentes ao grupo. Pese embora esta clínica seja muito representativa, devido à sua dimensão e importância estratégica para o grupo, não é possível extrapolar conclusões para o universo de todas as instituições pertencentes ao grupo. A construção deste grupo em Portugal foi feita na maioria das situações através da aquisição das diferentes clínicas, justificando a existência de diferentes culturas organizacionais intrínsecas a cada uma das instituições, com pouca influência do

grupo empresarial. Um desafio para o futuro passa por um trabalho de investigação alargado a todas as clínicas existentes, com a definição de indicadores de desempenho da organização adequados, para uma análise do impacto das medidas analisadas nos diferentes modelos de investigação na percepção do desempenho da organização.

Referências Bibliográficas

- Delaney, J e Huselid, M. (1996), The impact of human resource management practices on performance in for – profit and nonprofit organizations, *Academy of Management Journal* 39, 949 – 969.
- Donabedian, A. *et al* (1982), Quality, cost and health: An integrative model, *Medical Care* Vol. 20, Nº. 10, 975-992.
- Edmondson, Amy (2008), The Competitive Imperative of Learning, *Harvard Business Review*, July–August, 60-67.
- Engemann, J., Friedman, J., Reed, S., *et al* (2005), Clinical outcomes and costs due to staphylococcus aureus bacteriemia among patients receiving long – term hemodialysis., *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 26: 534 – 539.
- Fragata, José e Martins, Luís (2006), *O Erro em Medicina, Perspectivas do Indivíduo da Organização e da Sociedade*, Livraria Almedina, Coimbra.
- Gittell, Jody (2009); “Relational Coordination: Guidelines for Theory, Measurement and Analysis”, Unpublished manuscript, <http://www.jodyhoffergittell.info/content/endnotes.html>.
- Gitel, Jody (2009); “*High Performance Healthcare*”, McGraw Hill, E.U.A.
- Hines S, Luna, K, Lofthus J, et al (2008), Becoming a High Reliability Organization: Operational Advice for Hospital Leaders, *AHRQ Publication* No. 08-0022. Rockville.
- Jong, A.; Ruyter, K.; Lemmink, J. (2005), Service Climate in Self-Managing Teams: Mapping the Linkage of Team Member Perceptions and Service Performance Outcomes in a Business Setting, *Journal of Management Studies* 42:8, 0022-2380.
- Jong, A.; Ruyter, K.; Lemmink, J. (2004), Antecedents an Consequences of the Service Climate in Boundary – Spanning Self – Managing Service Teams, *Journal of Marketing*, Vol. 64, 18-35.
- Kaplan, R. e Norton, D. (1996), *The Balanced Scorecard*, Harvard Business School Press, 1996.
- Kaplan, R. e Norton, D. (1992), The Balanced Scorecard – Measures that drive performance, *Harvard Business Review*, Janeiro – Fevereiro, 71-79.
- Klinguer, A. (2006), Patient Safety in the Dialysis Facility, *Blood Purification*, 24:19–21.
- Kohn, L., Corrigan, J. e Donaldson, M (2001), *To Err Is Human – Building a Safer Health System*, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington .
- Lohr, K e Schroeder, S. (1990), A strategy for quality assurance in Medicare, *New England Journal of Medicine*, Vol. 322, 707-712.
- Marsick, Victoria J. e Watkins, Karen E. (2003), Demonstrating the Value of an Organization`s Learning Culture: The Dimensions of the Learning Organization Questionnaire, *Advance in Developing Human Resources*, Vol. 5, Nº 2, 132 – 151.
- Nissenson, A., Dylan, M., Griffiths, R., *et al* (2005), Clinical and Economic Outcomes of Staphylococcus aureus Septicemia in ESRD Patients Receiving Hemodialysis, *Am J Kidney Dis.*, Aug 46(2), 301-308.

Paulin, M., Ferguson, R. e Bergeron, J. (2006), Service Climate and organizational commitment: The importance of customer linkages, *Journal of Business Research*, 59, 906 – 915.

Reason, James T. (1990), *Human Error*, Cambridge University Press, Cambridge.

Reason, James T. (1997), *Managing the Risks of Organizational Accidents*, Brookfield, Vt.; Ashgate.

Schneider, B., White, S. e Paul, M. (1998), Linking Service Climate and Customer Perception of Service Quality: Test of a Causal Model; *Journal of Applied Psychology*, Vol. 83, N.º 2, 150-163.

Roy, T. (2001), Patients` safety and haemodialysis devices, *Nephrol. Dial Transplant*, 16, 2138 – 2142.

Watkins, K. e Marsick, V. (1993), *Sculpting the learning organization: Lessons in the art and science of systemic change*, Jossey-Bass, San Francisco.

Wall, T., Michie, J., Patterson, M., *et al* (2004), On the Validity of Subjective Measures of Company Performance, *Personal Psychology*, 57, 95 – 118.

Watkins, E. e Marsick. V. (1996), *Inaction: Creating the learning organization.*, American Society for Training and Development, Alexandria, VA.

Weick, K., Sutcliffe, K (2007), *Managing the Unexpected*, Jossey – Bass, San Francisco.

Wiley, J.(1996), Linking Survey Results to Customer Satisfaction and Business Performance, *in* Kraut, A., *Organizational Surveys: Tools for Assessment and Change*; Pfeiffer, San Francisco.

Wiley, J. e Brooks, S. (2000), How Workers Describe Top – Performing Units, *in* Ashkanasy, N, Wilderom, C. e Peterson, M, *Handbook of Organizational Culture & Climate*, Sage Publications, London.

Yang, B.; Watkins, K. e Marsick, V. (2004), The Construct of the Learning Organization: Dimensions, Measurement, and Validation, *Human Resource Development Quarterly*, vol. 15, N.º 1, 31-55.

Anexos

Anexo 1 - Pedido de autorização para a realização do trabalho de investigação

Exmo. Sr. Director Clínico da NMC –
Lumiar, Dr. Pedro Ponce

Lisboa, 31 de Agosto de 2009

Sou aluno do Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde ministrado no INDEG/ISCTE e após concluída a fase de pós – graduação, iniciei a elaboração do meu trabalho de investigação na área da Gestão em Saúde tutorado pelo Professor Luís Martins.

O trabalho pretende abordar o impacto da Fiabilidade Organizacional e da Coordenação Relacional na performance dos grupos profissionais de uma clínica de hemodiálise. Este trabalho insere-se na área da fiabilidade organizacional com o pressuposto de evidenciar a capacidade destas equipas em contribuir para a melhoria da cultura de fiabilidade nas organizações de saúde. O trabalho implicará uma abordagem no campo com entrevistas aos responsáveis pela clínica – Director Clínico e Enfermeira Chefe e ao Coordenador Nacional de Enfermagem e a aplicação de questionários devidamente validados internacionalmente pelos autores de referência do trabalho. Os objectivos do trabalho e a respectiva metodologia aqui resumida são apresentados de forma mais detalhada no projecto de investigação que segue em anexo.

Por este meio venho solicitar-lhe a autorização para a realização deste trabalho na vossa instituição assegurando desde já o cumprimento de todos os compromissos éticos e deontológicos que a minha profissão de enfermeiro estabelece, bem como os de investigador assegurando a total confidencialidade e comprometendo-me a divulgar este trabalho e/ou o nome da vossa instituição apenas com a vossa autorização, sendo que este trabalho apenas possui um cariz científico.

Disponibilizo-me para eventuais esclarecimentos que considere importantes. Grato pela sua atenção.

Telmo de Carvalho

Enfermeiro Responsável na NMC - Lumiar

Telemóvel: 916607532

Email: telmodecarvalho@gmail.com

Morada: Avenida Amália Rodrigues Lote 6 – 3º Esquerdo – 2675-623 Odivelas

Anexo 2 – Resposta ao pedido de autorização para a realização do trabalho de investigação

Caro Enfº Telmo,

Venho por este meio informar que a sua proposta de aplicação de estudo, na área da fiabilidade organizacional, na unidade de diálise do Lumiar foi aprovada superiormente.

No decorrer da próxima semana irei ligar-lhe para esclarecer consigo alguns detalhes relativamente à utilização do nome da instituição.

Dado o interesse do tema gostaria de saber se no final nos poderia facultar um resumo do estudo e resultados obtidos.

Cumprimentos

Nicole Matias

Anexo 3 - Pedido de autorização para alargamento do âmbito do trabalho de investigação

Exmo. Sr. Administrador da
Fresenius Medical Care Portugal, S.A.

Lisboa, 1 de Fevereiro de 2010

Sou aluno do Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde ministrado no INDEG/ISCTE e após concluída a fase de pós – graduação, iniciei a elaboração do meu trabalho de investigação na área da Gestão em Saúde tutorado pelo Professor Luís Martins e pelo Prof. Francisco Nunes.

O trabalho pretende abordar o impacto da Fiabilidade Organizacional e da Coordenação Relacional na performance dos grupos profissionais de uma clínica de hemodiálise. Este trabalho insere-se na área da fiabilidade organizacional com o pressuposto de evidenciar a capacidade destas equipas em contribuir para a melhoria da cultura de fiabilidade nas organizações de saúde. O trabalho implicará a aplicação de questionários devidamente validados internacionalmente pelos autores de referência do trabalho e o cruzamento dos dados obtidos com os *outcomes* da clínica, definidos antecipadamente. Os objectivos do trabalho e a respectiva metodologia aqui resumida são apresentados de forma mais detalhada no projecto de investigação que segue em anexo.

Por este meio venho solicitar-lhe a autorização para a realização deste trabalho nas seguintes instituições: Suldialise (Fogueteiro), Dialverca (Alverca), Tagus Dial (Barreiro), Hemodial (Vila Franca de Xira) e (NMC – Torres Vedras), assegurando desde já o cumprimento de todos os compromissos éticos e deontológicos que a minha profissão de enfermeiro estabelece, bem como os de investigador assegurando a total confidencialidade e comprometendo-me a divulgar este trabalho e/ou o nome da vossa instituição apenas com a vossa autorização, sendo que este trabalho apenas possui um cariz científico.

Disponibilizo-me para eventuais esclarecimentos que considere importantes. Grato pela sua atenção.

Telmo de Carvalho

Anexo 4 – Resposta ao pedido de autorização para alargamento do âmbito do trabalho de investigação

Caro Enfº Telmo Carvalho,

Estivemos a analisar o seu pedido e vimos por este meio informar que não será viável a aplicação dos questionários às clínicas propostas.

Neste momento temos diversos projectos internos que abrangem o mesmo âmbito de actuação e seria uma sobrecarga de informação nas clínicas.

Atentamente

Nicole Matias

Anexo 5 – Instrumento de colheita de dados - Questionário

QUESTIONÁRIO

Autor: Telmo de Carvalho

Data de aplicação: Janeiro 2010.

Exmo. Sr. ou Sr.ª:

No âmbito da realização do Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde do ISCTE, estou a realizar um estudo na área da gestão das clínicas de hemodiálise da Fresenius Medical Care®.

O presente questionário é anónimo, composto por um total de 15 questões e tem como objectivo analisar a percepção que os profissionais têm relativamente ao seu desempenho, avaliar os índices de coordenação relacional e fiabilidade existentes, bem como investigar o grau de clima de serviço e de aprendizagem organizacional. Pretende-se com este estudo analisar o impacto destas variáveis nos *outcomes* da clínica avaliados pela mortalidade e número de internamentos hospitalares relacionados com o acesso vascular em doentes com cateter como acesso vascular para hemodiálise.

Os instrumentos utilizados são validados internacionalmente e estão organizados em diferentes grupos e serão utilizados apenas com o objectivo de realizar este estudo. Relativamente à questão (p5) do **Grupo II** deve ser respondida apenas por enfermeiros, pois trata-se de uma questão que tem a ver com a directa prestação de cuidados de enfermagem ao doente com cateter como acesso vascular para hemodiálise.

O questionário está impresso na frente e no verso.

Obrigado pela sua colaboração!

GRUPO I

(p1) – **Sexo:** Masculino Feminino

(p2) – **Anos completos de relação profissional com a Instituição:**

Menos de 5 anos Entre 5 e 10 anos Mais de 10 anos

(p3) – **Profissão:** Médico Enfermeiro Administrativo/Técnico de Saúde

Técnico de Hemodiálise

Grupo II

(p4) Em termos gerais, como situaria o desempenho desta clínica comparativamente com outras concorrentes?

Muito Pior	Pior	Igual	Melhor	Muito Melhor
1	2	3	4	5

1. Na qualidade dos serviços que presta.	1	2	3	4	5
2. Na capacidade de desenvolvimento de novos serviços, programas ou actividades.	1	2	3	4	5
3. Na capacidade de atrair os melhores profissionais.	1	2	3	4	5
4. Na satisfação dos doentes.	1	2	3	4	5
5. No ambiente de trabalho.	1	2	3	4	5

(p5) Na prestação de cuidados de enfermagem aos doente com cateter como acesso vascular para hemodiálise, com que frequência...?

< 50%	50 % a 70%	71% a 85%l	86% a 95%	> 95%
1	2	3	4	5

1. Utiliza lavagem e/ou desinfeção das mãos antes do procedimento	1	2	3	4	5
2. Utiliza a técnica asséptica no manuseio do cateter no actos de ligar e desligar o doente	1	2	3	4	5
3. Utiliza o equipamento completo de protecção individual (Óculos, Máscara, Luvas, Avental)	1	2	3	4	5
4. Coloca a máscara cirúrgica ao doente durante os procedimentos com o cateter	1	2	3	4	5
5. Avalia a temperatura timpânica no início da sessão de hemodiálise	1	2	3	4	5
6. Observa pormenorizadamente o local de inserção do cateter, regista e alerta o médico em caso de alteração sugestiva de infecção	1	2	3	4	5
7. Comunica ao médico quando os débitos do cateter são inferiores a 200 mlmin^{-1}	1	2	3	4	5
8. Utiliza a técnica asséptica no manuseio do cateter nas intercorrências intradialíticas motivadas por falhas de débito	1	2	3	4	5

Grupo III

Pense agora na forma como habitualmente se relaciona com outros profissionais que intervêm directamente na prestação de cuidados aos doentes. Responda às seguintes questões de forma a caracterizar a sua relação com os profissionais da sua equipa e com o profissionais pertencentes a

(p6) Com que **frequência** comunica com os profissionais das seguintes funções sobre o estado dos doentes...

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Constantemente
1 Médicos	<input type="checkbox"/>				
2. Enfermeiros	<input type="checkbox"/>				
3. Técnicos	<input type="checkbox"/>				
4. Administrativo/T. de Saúde	<input type="checkbox"/>				

(p7) Em que medida os profissionais das seguintes funções comunicam consigo de **forma atempada** sobre o estado dos doentes...

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Constantemente
1 Médicos	<input type="checkbox"/>				
2. Enfermeiros	<input type="checkbox"/>				
3. Técnicos	<input type="checkbox"/>				
4. Administrativo/T. de Saúde	<input type="checkbox"/>				

(p8) Em que medida os profissionais das seguintes funções comunicam consigo de **forma rigorosa** sobre o estado dos doentes...

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Constantemente
1 Médicos	<input type="checkbox"/>				
2. Enfermeiros	<input type="checkbox"/>				
3. Técnicos	<input type="checkbox"/>				
4. Administrativo/T. de Saúde	<input type="checkbox"/>				

(p9) Quando existe um problema que envolve os doentes em que medida os profissionais das seguintes funções colaboram consigo para solucionar o **problema**?

	Culpam os outros			Resolve o problema	
1 Médicos	<input type="checkbox"/>				
2. Enfermeiros	<input type="checkbox"/>				
3. Técnicos	<input type="checkbox"/>				
4. Administrativo/T. de Saúde	<input type="checkbox"/>				

(p10) Qual o **grau de conhecimento** que os profissionais das seguintes funções têm acerca do trabalho que efectua sobre os doentes...

	Nenhum	Pouco	Algum	Muito	Total
1 Médicos	<input type="checkbox"/>				
2. Enfermeiros	<input type="checkbox"/>				
3. Técnicos	<input type="checkbox"/>				
4. Administrativo/T. de Saúde	<input type="checkbox"/>				

(p11) Em que medida os profissionais das seguintes funções **respeitam o trabalho** que faz com os doentes?

	De modo nenhum	Pouco	Ligeiramente	Muito	Completamente
1 Médicos	<input type="checkbox"/>				
2. Enfermeiros	<input type="checkbox"/>				
3. Técnicos	<input type="checkbox"/>				
4. Administrativo/T. de Saúde	<input type="checkbox"/>				

(p12) Em que medida os profissionais das seguintes funções **partilham os seus objectivos** no que diz respeito aos cuidados a prestar aos doentes...

	De modo nenhum	Pouco	Ligeiramente	Muito	Completamente
1 Médicos	<input type="checkbox"/>				
2. Enfermeiros	<input type="checkbox"/>				
3. Técnicos	<input type="checkbox"/>				
4. Administrativo/T. de Saúde	<input type="checkbox"/>				

Grupo IV

(p13) O seguinte conjunto de perguntas procura analisar o modo como a avalia o trabalho que é feito no seu serviço/unidade. Indique, de acordo com a escala seguinte, como avalia este serviço.

Precisa ser muito melhorado	Precisa ser melhorado	Satisfatório	Bom	Excelente
1	2	3	4	5

1. O conhecimento e competência dos colaboradores da sua unidade/serviço para prestar um serviço de qualidade superior	1	2	3	4	5
2. Os esforços feitos na sua unidade/serviço para medir e acompanhar a qualidade do trabalho e do serviço	1	2	3	4	5
3. O reconhecimento e as recompensas recebidas pelos colaboradores por prestarem um serviço de qualidade superior	1	2	3	4	5
4. A qualidade global do serviço prestado pela sua unidade/serviço	1	2	3	4	5
5. O envolvimento demonstrado pela chefia do seu serviço no sentido de apoiar os esforços de melhoria da qualidade do serviço	1	2	3	4	5
6. Os esforços de comunicação dos dirigentes com os colaboradores e os utentes/clientes	1	2	3	4	5
7. Os instrumentos, tecnologias e outros recursos dados aos colaboradores para suportar a prestação de um serviço de elevada qualidade	1	2	3	4	5

Grupo V

(p14) Este questionário é composto por uma série de afirmações relativas à organização onde trabalham Indique, de acordo com a escala seguinte, o seu grau de concordância.

Discordo Totalmente	Discordo	Não Concordo Nem Discordo	Concordo	Totalmente
1	2	3	4	5

1. Quando surgem falhas ou incidentes as pessoas preocupam-se em registá-los e comunicá-los	1	2	3	4	5
2. Perante situações inesperadas as pessoas valorizam o aparecimento de mais do que uma interpretação da situação	1	2	3	4	5
3. Os profissionais têm as competências (conhecimento, experiências) necessárias para dar resposta às situações inesperadas que acontecem	1	2	3	4	5
4. As pessoas chamadas a lidar com situações inesperadas são as melhor preparadas para isso, mesmo se essa não era a sua função habitual	1	2	3	4	5
5. Quando surgem situações inesperadas, as decisões dos melhores profissionais prevalecem sobre as das chefias	1	2	3	4	5

Grupo VI

(p15) Este questionário é composto por uma série de afirmações relativas à organização onde trabalham Indique, de acordo com a escala seguinte, o seu grau de ocorrência (toda a escala

	Nunca					Sempre
1. Na minha organização, as pessoas são recompensadas por aprender	1	2	3	4	5	6
2. Na minha organização, as pessoas despendem tempo para ganhar confiança umas com as outras	1	2	3	4	5	6
3. Na minha organização, as equipas revêem a sua forma de pensar como resultado das discussões em grupo ou	1	2	3	4	5	6
4. A minha organização disponibiliza os conteúdos das formações desenvolvidas a todos os colaboradores	1	2	3	4	5	6
5. A minha organização reconhece as pessoas que tomam iniciativa	1	2	3	4	5	6
6. A minha organização trabalha com a comunidade, para satisfazer necessidades comuns	1	2	3	4	5	6
7. Na minha organização, os líderes procuram continuamente oportunidades para aprender.	1	2	3	4	5	6

Fim.

